

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGERMAGEM

PEDRO HENRIQUE VIEIRA NUNES

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA
EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA REGIÃO DO CARIRI**

Juazeiro do Norte-CE
2019

PEDRO HENRIQUE VIEIRA NUNES

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA
EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA REGIÃO DO CARIRI**

Monografia apresentada a Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem do Centro Universitário
Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção
do grau de bacharelado em Enfermagem.
Orientador: Prof. Esp. José Diogo Barros

PEDRO HENRIQUE VIEIRA NUNES

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA
EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA REGIÃO DO CARIRI**

Monografia apresentada a Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem do Centro Universitário
Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção
do grau de bacharelado em Enfermagem.
Orientador: Prof. Esp. José Diogo Barros

Data de aprovação: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.^a Esp. José Diogo Barros
Orientador (a)

Prof.^a Esp. Ms. Andréa Couto Feitosa
Examinador 1

Dr. João Kennedy Teixeira Lima
Examinador 2

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a DEUS, fonte de toda a vida e libertação, que me orienta e me guia todos os dias no seu amor e me faz acreditar em um mundo melhor, mais justo, humano e fraterno.

A todos da minha família que de alguma forma contribuíram, incentivaram e motivaram a constante busca de realização da conquista de um sonho. Em especial minha mãe Maria Djanira, que por muitas vezes foi meu abrigo em meio às tribulações, além de ser a principal motivadora, palavras são poucas para descrever todo o amor e gratidão que tenho por ela.

A minha esposa Larysse Arraes e minha filha Maria Lara Arraes, por serem minha fonte de inspiração e motivação para alcançar esta conquista e me ajudarem a evoluir como homem e pessoa, estarem presentes em todos os momentos a quais mais precisei durante a trajetória me apoiando e dando forças, a elas todo meu amor.

Aos meus colegas de turma por estarem presentes e serem companheiros e amigos, onde compartilhamos segredos, alegrias e tristezas, apoiando uns aos outros em busca da conquista coletiva.

Aos meus professores que me orientaram e guiaram durante todo o caminho, despertando interesse e curiosidade durante todo o curso, me fazendo crescer intelectualmente para que assim me tornar-se um ótimo profissional.

DEDICATÓRIA

Dedico esta vitória a duas pessoas de grande importância na minha vida, a primeira a Deus, que é fonte da minha vida e guia de todos os meus atos, a segunda pessoa a minha mãe/vó Maria Djanira, por ser minha genitora e confiar, acreditar na minha capacidade e motivar meu crescimento

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” - *Arthur Schopenhauer*

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) alcançou o topo dos problemas mais relevantes da saúde pública devido ao exacerbado aumento da sua prevalência na população mundial e a morbimortalidade nos indivíduos acometidos, sobre tudo o aumento do número de fatores que condicionam as complicações cardiovasculares implicando em frequentes hospitalizações. Objetivo da pesquisa é descrever o perfil epidemiológico do doente renal crônico em tratamento hemodialítico. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritivo, documental de abordagem quantitativa, com população de 220 prontuários onde após a implementação dos critérios de inclusão e exclusão a mostra obtida foi de 69 prontuários, realizada no período vigente de abril a junho de 2019, tendo como instrumento de coleta de dados um formulário de construção própria, elaborado para essa finalidade a qual seguiu todas as exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 onde dispões das pesquisas realizadas com seres humanos. Os dados obtidos foram analisados quantitativamente através de métodos estatísticos descritivos e tabulados através do Excel 2013 e expressos em formato de tabelas e gráficos. De acordo com os resultados obtidos observou-se a prevalência no sexo masculino 59,5%, de etnia autodeclarada parda (88%), situação conjugal casado (56,5%), escolaridade ensino fundamental completo (43%), com renda média de 1 a 2 salários mínimos (55%) e média de idade de 41 a 50anos (31,8%), oriundos proveniente de encaminhamento de área urbana (66,6%). O diagnóstico de base predominante foi a causa indeterminada (44%), seguidos de HAS (39%) e DM (4 %), evidenciando o tempo de tratamento foi possível verificar que a predominância está sob os indivíduos qual estão em tratamento entre 6 meses a 1 ano (29%). Por tanto, conclui-se que, os dados identificados para a ocorrência de DRC podem ser prevenidos, principalmente no âmbito da atenção primária em saúde. Destaca-se o importante e constante papel da Atenção Primária na promoção da saúde a indivíduos propensos ao quadro de DRC ao detectar, precocemente, a insuficiência renal e proceder com o encaminhamento correto.

Descritores: Epidemiologia, Doença Renal Crônica, Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) has reached the top of the most relevant public health problems due to the exacerbated increase in its prevalence in the world population and the morbimortality in the affected individuals, especially the increase in the number of factors that condition cardiovascular complications implying frequent hospitalizations. Objective of the research is to describe the epidemiological profile of the chronic renal patient undergoing hemodialysis. This is an exploratory, descriptive, documentary, quantitative approach, with a population of 220 medical records. After the implementation of the inclusion and exclusion criteria, the sample obtained was of 69 records, carried out in the period from April to June 2019. as a data collection instrument, a self-built form, designed for this purpose, which followed all the requirements established by Resolution 466/12, where human research is available. The data were quantitatively analyzed using descriptive statistical methods and tabulated through Excel 2013 and expressed in tables and graphs format. According to the results obtained, the prevalence was 59.5% in the male sex (88%), married (56.5%), full elementary school (43%), middle-income from 1 to 2 minimum wages (55%) and mean age from 41 to 50 years (31.8%), originating from routing of urban area (66.6%). The predominant baseline diagnosis was undetermined cause (44%), followed by hypertension (39%) and DM (4%), evidencing the time of treatment it was possible to verify that the predominance is under the individuals who are in treatment between 6 months to 1 year (29%). Therefore, it is concluded that, the data identified for the occurrence of CKD can be prevented, mainly in the scope of primary health care. It is important to emphasize the important and constant role of primary care in the promotion of health to individuals who are prone to CKD when they detect early renal failure and proceed with correct referral.

Keywords: Epidemiology, Chronic Kidney Disease, Health Profile.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 - Caracterização etiológica dos pacientes assistidos em uma unidade dialítica em Juazeiro do Norte – CE, 2019.....	25
Gráfico 2 - Caracterização por tempo de tratamento dos pacientes assistidos em uma unidade dialítica em Juazeiro do Norte – CE, 2019.....	28
Tabela 1. Classificação da DRC. Brasil, 2014.....	11
Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica e econômica dos pacientes assistidos em uma unidade dialítica em Juazeiro do Norte – CE, 2019.....	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CVC	Cateter Venoso Central
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPCC	Diálise Peritoneal Cíclica Contínua
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DR	Doutor
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
DRET	Doença Renal em Estágio Terminal
ESP	Especialista
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAV	Fistula Arteriovenosa
FG	Função Glomerular
FFR	Falência Funcional Renal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ITU	Infecção do Trato Urinário
KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
MS	Mestre
NKF	National Kidney Foundation
PMP	Pacientes por Milhão da População
PROF	Professor
QV	Qualidade de Vida
RMC	Região Metropolitana do Cariri

SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SNT	Sistema Nacional de Transplante
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCPE	Termo de Consentimento Pós Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TR	Transplante Renal
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 DEFINIÇÃO DA DRC.....	15
3.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL	15
3.3 FISIOPATOLOGIA	17
3.4 ESTÁGIOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	19
3.5 MANEJO CLÍNICO.....	20
3.6 TRATAMENTO.....	21
3.6.1 Terapia Renal Substitutiva: Hemodiálise, Diálise Peritoneal	21
3.7 TRANSPLANTE RENAL	24
4 METODOLOGIA	26
4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	26
4.2. LOCAL E PERIODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	26
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	27
4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS	27
4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	28
5 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS	30
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	30
5.3 CARACTERIZAÇÃO ETIOLÓGICA DOS PARTICIPANTES.....	33
5.4 CARACTERIZAÇÃO POR TEMPO DE TRATAMENTO DOS PARTICIPANTES.....	35
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	44
APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	45
APÊNDICE B – TERMO FIEL DEPOSITÁRIO	46
APÊNDICE C – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO	48
ANEXOS	49
ANEXO A. Declaração de Anuência	50

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis aproximadamente de 63% no total de óbitos no mundo, acometendo milhares de pessoas por ano. No Brasil, após ajustes para causas mal definidas e sub-registros, foi de 72,4% da mortalidade. O aumento das doenças crônicas é uma causa conhecida que tem iniciado muitas discussões, embasado atualmente como um eminente problema de saúde pública (SANTOS et al., 2017).

A Doença Renal Crônica (DRC) alcançou o topo dos problemas mais relevantes da saúde pública devido ao exacerbado aumento da sua prevalência na população mundial e a morbimortalidade nos indivíduos acometidos, sobre tudo o aumento do número de fatores que condicionam as complicações cardiovasculares implicando em frequentes hospitalizações. (MARTINS, 2017).

No Brasil, segundo os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em 2014, estimou-se que 112.004 pacientes se encontravam em terapia dialítica, sendo que a taxa de prevalência de pacientes em diálise é de 552 indivíduos.

O aumento gradual da incidência da DRC tem-se, em parte, ao acometimento de outras enfermidades diante sua prevalência crônico-degenerativas que destacando as mais frequentes diante a população a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (RIBEIRO et al., 2014).

Devido às implicações que intercepta o acesso do paciente até o atendimento o torna mais tardio até que sejam atendidos pelo especialista, os indivíduos com a DRC enfrentam o aumento do risco de mortalidade. Dentre as ameaças de mortalidade, mostram-se a polifarmácia, tratamento inadequado da doença mineral óssea, desnutrição, complicações vasculares temporárias, internação hospitalar prolongada, diminuição do acesso ao transplante renal e conseqüentemente, aumento dos gastos com serviços de saúde (SANTOS et al., 2017).

Segundo o Brasil (2014b), o portador de doença renal crônica é qualquer indivíduo que indiferentemente da etiologia apresente os sinais clínicos durante três meses consecutivos: TFG: $< 60\text{ml}/\text{min}/1,72\text{m}^2$. Caso apresente $> 60\text{ml}/\text{min}/1,72\text{m}^2$ relacionar a DRC se estiver associado a um marcador de disfunção renal ou avaliação de imagem.

O tratamento em Hemodiálise (HD) é executado com o auxílio de uma máquina denominada de rim artificial e as formas de tratamentos utilizados no paciente nefropata crônico são: terapia renal substitutiva, por intermédio da hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal cíclica, diálise peritoneal intermitente e transplante.

O foco da nefrologia é a Terapia Renal Substitutiva (TRS) – diálise e transplante renal – como método estabelecido de tratamento para os pacientes que progrediram para Doença Renal Crônica em Estágio Terminal (DRET). Salienta-se também a relevância da realização do tratamento associado com a dieta, restrição do consumo hídrico e o uso de medicamentos (CASTRO, GROSS, 2013).

O paciente a qual realiza o tratamento hemodialítico padece sob a implementação de novos hábitos em sua rotina diária. Ela passa mais de 40 horas mensais em uma unidade de terapia hemodialítica, oprimido por uma máquina para assegurar a manutenção da sua vida, com danos biopsicossociais que geram atribulações psicológicas, como temor da morte, sujeição de alguém, modificação da autoimagem, além de detrimentos no seu contexto social (SANTOS et al., 2015).

A Doença Renal Crônica é uma patologia a qual o tratamento é de longo prazo e de elevado custo. Por tanto, é relevante analisar e identificar qual sua epidemiologia a fim de identificar precocemente e reduzir o progresso da doença tendo uma diminuição de pacientes em fase terminal. Devido ao aumento do índice de diagnóstico em todo o país, nota-se a carência de estudos a fim de conhecer a causas para que assim possam ser tratadas de forma eficaz assim melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo os gastos no cofre público. Desse modo, o objetivo desse estudo foi traçar perfil socioeconômico, epidemiológico e identificar quais os determinantes que implicam a patologia em pacientes em tratamento hemodialítico?

Espera-se que os resultados obtidos através dessa pesquisa ajudem a propagar conhecimento diante a temática estudada, bem como descrever qual o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com doença renal crônica e identificar os principais fatores que contribuem para o seu surgimento, a fim de buscar melhorias na qualidade da terapêutica utilizada e dos pacientes acometidos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil epidemiológico do doente renal crônico em tratamento hemodialítico.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes da pesquisa;
- Listar os principais fatores etiológicos da doença renal crônica;
- Correlacionar perfil epidemiológico ao desenvolvimento de lesões renais irreversíveis;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DEFINIÇÃO DA DRC

O rim possui múltiplas funções, como a excreção de fluidos finais dos diversos metabolismos, síntese de hormonal, controle do balanço hidroeletrolítico, do metabolismo ácido-básico e da manutenção da pressão arterial. Existem diversas formas de avaliar as funções renais, mas na visão clínica, a atividade excretora é aquela que tem mais correlação com os desfechos clínicos tendo como declínio de forma paralela com a sua função excretora, na prática clínica, a função renal pode ser identificada através da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (BRASIL, 2014a).

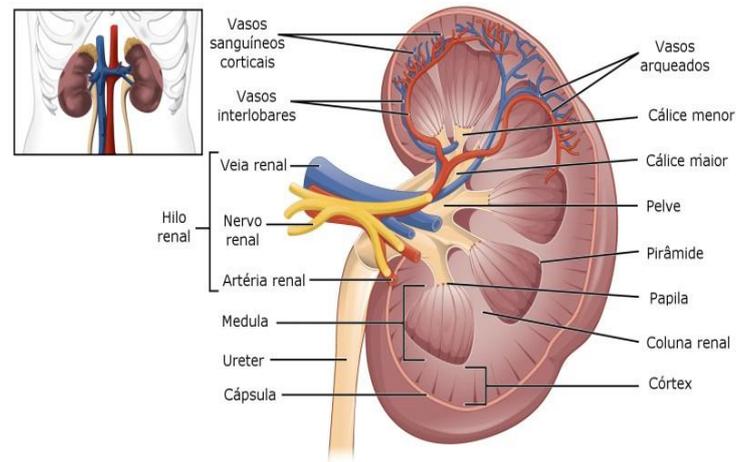
A insuficiência renal crônica é caracterizada como uma síndrome suscitada por uma diversidade de nefropatias que, conseqüentemente a sua evolução progressividade, determina-se de modo gradativo e quase sempre inexorável uma redução global das copiosas funções renais, isto é, glomerulares, tubulares e endócrinas (OLIVEIRA et al., 2015).

A Doença Renal Crônica (DRC) tem como principal causa fisiológica um dano renal ocasionado geralmente por uma lesão e a redução progressiva da atividade dos rins, dada pela caracterização evidenciada da minguanamento da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). A insuficiência renal crônica está relacionada da inabilitação dos rins em manter-se realizando sua função, assim o indivíduo acometido passará a depender de uma das modalidades terapêuticas de terapia substitutiva, como a Dialise Peritoneal (DP), Hemodiálise (HD) e transplante renal (SILVA et al., 2016).

3.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL

Os rins são órgãos duplos, com coloração marrom-avermelhada, forma de um “grão de feijão”, protegido por uma membrana fibromuscular fina denominada cápsula renal. Apresentam superfícies anteriores e posteriores, bordas mediais (côncavas) e laterais (convexas) e polos superiores e inferiores. Nas bordas mediais localiza-se o hilo, que é onde se encontram a artéria e a veia renal, os vasos linfáticos, plexos nervosos e ureter, este se expande dentro do seio renal formando a pelve e por fim o ducto coletor (HANSEN, 2015).

Figura 1-



Fonte: infoescola.com

Os rins assemelham-se ao padrão do formato de um grão de feijão, possuem uma borda lateral convexa e uma medial côncava, possui uma depressão chamado hilo. O hilo renal se abre no seio renal, onde são localizados os vasos renais e a pelve renal, contendo também uma pequena quantidade de gordura. Identifica-se no hilo renal a veia renal, ventralmente, a artéria renal em posição intermediária e a pelve dorsalmente (VERONEZ; VIEIRA, 2018).

Este órgão são estruturas retro-peritoniais, encontrados na região lombar, aos flancos da coluna vertebral entre duas vértebras torácicas e as três primeiras vértebras lombares. Esses são protegidos pelo peritônio e envolto por um tecido areolar frouxo, que é um envólucro especial da fáscia subserosa denominada de fáscia renal sendo anterior e posterior, e por uma composição de tecido adiposo cognominado gordura perirrenal. Sua coloração é marrom escuro. Os parâmetros dos rins possuem em torno de 12 cm de estatura, e 5 a 7, 5cm de largura e 2, 5cm de espessura. Já o peso existe variação entre o homem e a mulher adultos, sendo que no homem difere entre 125 a 170 gramas, na mulher 115 a 155 gramas. Devido à presença do fígado, o rim direito é um pouco mais baixo que o esquerdo (MORAES; COLICIGNO, 2007).

Os rins são órgãos complexos, de grande atuação e diversas obrigações, como a excreção de impurezas tóxicas produzidas pelo organismo como: ureia e o ácido úrico filtram limpos e faz a depuração. O órgão delibera a quantidade de líquidos, portanto, qualquer redundância de água no corpo é excretada pela urina, o denominado efeito diurético. O rim atua sobre o controle dos sais de nosso corpo, eliminando os seus acúmulos ou agregando-os nas situações de necessidade. Ele sintetiza e libera hormônios: a eritropoetina, a vitamina D e a renina (DALAPICOLA, 2013).

Ferraz (2015) retrata que acerca da fisiologia renal, pesquisas evidenciam que, obstante que constituam de 0,5 % do total da massa do corporal a 1% do peso corpo de um homem adulto, esses recebem 20 a 25 % o débito cardíaco, bombeando o sangue pelo coração em cada batimento cardíaco, sendo assim o órgão mais irrigado de todo corpo.

O sistema renal (rins) são órgãos essenciais para a manutenção da homeostase de todo corpo humano. Tem como principal função vital, responsáveis pela excreção de elementos tóxicos presentes no organismo, regulação do volume de líquidos realizando filtração do sangue (filtram, por minuto, cerca de 20% do volume sanguíneo bombeado pelo coração). Sendo, a função renal é considerada de acordo com o nível de Filtração Glomerular (FG) e sua disfunção é identificada na Doença Renal Crônica (DRC), quando há diminuição ou perda das funções renais, excretora e endócrina. Quando a FG atinge valores inferiores a 15 L/min/1,73m², estabelece-se a Falência Funcional Renal (FFR), afetando outros órgãos como o coração (SANTOS et al., 2017).

A função renal dentro dos parâmetros de anormalidades tem como capacidade de variar as proporções de soluto e água na urina em resposta de diversas funções fisiológicas. Quando há excesso de líquido no corpo a uma diminuição na osmolaridade no líquido corporal, os rins podem realizar a excreção de até 50 mOsm/L com finalidade de balancear os níveis osmótico (BRUNNER, SUDDARTH, 2015).

3.3 FISIOPATOLOGIA

A insuficiência renal ocorre quando há a diminuição da função do funcionamento renal ou perda funcional total, ocorrendo assim, uma síndrome urêmica, ou seja, um composto de sinais e sintomas evidenciados pelas alterações fisiológicas relacionadas a perda da função renal, caracterizada pelo aumento da concentração, no organismo, de substâncias, como ureia e creatinina (SMELTZER; BARE, 2011).

A DRC é caracterizada pelo comprometimento da função homeostática renal associada a distúrbios da composição de líquidos naturais. As epidemiologias mais comuns são as glomerulonefrites e nefrites tendo como consequência a obstrução e isquemia causando aumento da pressão intrapélvica, infecções por microrganismos ou deposição de complexos antígeno-anticorpo-complemento (BUJA, 2007).

Na Insuficiência Renal Crônica (IRC) o paciente nefropata poderá algumas manifestações caracterizada pelos distúrbios metabólicos modificando o pH da urina tomando-a mais ácida, tal como o aumento da densidade, pois na lesão renal poucos

rudimentos que regressam para a circulação e são apercebidos na urina relacionado ao trauma renal (PEIXOTO, LAMOUNIER, 2012).

A função renal é ponderada pela Filtração Glomerular (FG) e a sua redução é vista na Doença Renal Crônica (DRC), caracterizada a perda das funções reguladoras, excretoras e endócrinas do sistema renal. Quando a FG alcança níveis muito baixos, menores que 15 mL/min/1,73m², determina-se Falência Funcional Renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado da continua perda funcional progressiva observado na DRC (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2010).

A Insuficiência Renal Crônica apresenta um conjunto de sinais e sintomas que são decorrências ou estão relacionadas às doenças que evolução com degradação limiar da filtração glomerular. As sintomatologias identificadas são: fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náuseas ou insônia, e as manifestações específicas: anemia, hipertensão, poliúria, nictúria, hematúria ou edema (BARROS et al., 2009).

O indicador primordial fisiológico da insuficiência renal crônica é a filtração glomerular, a qual ocasiona a perda da função renal. A progressão da insuficiência renal está associada com a queda progressiva da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) acarretando incapacidade da realização das funções regulatórias, excretórias e endócrinas, ocorrendo o envolvimento de essencialmente todos os outros órgãos do organismo (SILVEIRO, MACHADO, RODRIGUES, 2013).

Os indicadores clínicos em destaque na DRC são: a fraqueza, adinamia (fraqueza muscular) e fadiga a qual se relaciona com o índice de anemia, objeção de prurido, edema e pele fina de fácil ocasionar lesões, anorexia, náuseas e vômitos são características iniciais que se progridem com a relação dos níveis de azotemia (elevação plasmática), dispneia gratativa, dor retroesternal(dor torácica não cardiogênica) que pode estar associado à sintomas da pericardite, nictúria, dor, dormência em membros periféricos e câimbras nas pernas, impotência e perda da libido, irritabilidade fácil e incapacidade de concentração (DALAPICOLA, 2013).

O rim é o principal órgão participante ativamente na síntese de bioativos de vitamina D a partir de precursores inertes. Por tanto, a doença renal crônica é um ponderoso indicador de risco para o desencadeamento da míngua de vitamina D. A déficit de vitamina D têm sido concatenado aos índices de mortalidade eminente na população geral e em pacientes mantidos em programa de hemodiálise. O uso da Vitamina D como método propedêutico, tem comprovado a atenuação da morbimortalidade cardiovascular e infecciosa, dado este de

grande relevância, sendo que são as principais causas de morte em pacientes com DRC (VARGAS, LIMBERGER, 2013).

3.4 ESTÁGIOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2014) apresentou a definição da Doença Renal Crônica a qual foi proposta pela National Kidney Foundation (NKF), dos Estados Unidos, em seu documento Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) baseado em evidências clínicas e relacionadas na avaliação das Taxas de Filtração Glomerular (TFG).

Segundo o Ministério da Saúde a classificação dos estágios da doença renal crônica tendo como objetivo de identificar o melhor tratamento para cada estágio e um melhor prognóstico (BRASIL, 2014).

Tabela 1. Classificação da DRC. Brasil, 2014.

ESTÁGIO	TFG (ml/min/1,73m²)
1	>90
2	60 - 89
3 ^a	45 - 59
3b	30 - 44
4	15 - 29
5	<15

Fonte: Brasil,2014

Os estágios da DRC serão baseados nos níveis de TFG. A TFG dentro da normalidade é de 124 ml/min/1,73m²; no estágio 1 apresenta uma lesão renal considerada normal; no estágio 2 ocorre uma atenuação discreta da TFG; no estágio 3a e 3b essa diminuição da TFG já é considerada de nível moderado; no estágio 4 ocorre uma perda drástica da TFG e no estágio 5 o indivíduo apresenta a diminuição nos níveis mais grave da TFG, sendo necessário uma TRS (BRUNNER, SUDDARTH, 2015).

É determinado que pacientes que se encontram com DRC estágio 4, taxa de filtração glomerular (TFG) entre 29 e 15 ml/min/1,73m², e estágio 5, TFG abaixo de 15 ml/min/1,73m², devem ter o recuso terapêutico supervisionado por um nefrologista (DSBD, 2015).

3.5 MANEJO CLÍNICO

O método para substituir a função renal pode ser o conservador sendo destinado de acordo com a classificação. Esse recurso terapêutico é indicado a pacientes que ainda apresentam atividade renal significativa ou residual, tendo como objetivo o retardamento do início da TRS ou incluir métodos dialíticos (dialise peritoneal e hemodiálise) e o transplante renal (CASTRO, 2018).

Tendo como principais agravantes acarretando ao início da TRS: pericardite, descomedimento hídrico ou edema pulmonar resistente aos diuréticos, hipertensão arterial vertiginosa com pouca reatividade aos anti-hipertensivos, encefalopatia urêmica gradativa ou neuropatia com confusão, asterixis, mioclonus, convulsões, diátese hemorrágica relacionada à uremia, hipercalemia refratária, uremia determinada e acidose metabólica (SAMTLEBEN, BLUMENSTEIN, 1999).

Os métodos serão definidos após avaliação da função renal através dos níveis TFG e avaliação clínica por uma equipe multiprofissional que juntos irão definir o melhor tratamento a ser realizado em cada indivíduo (FERMI, 2011).

Para uma melhor identificação os recursos terapêuticos clínicos a esses pacientes serão ordenados de acordo com estágios a seguir:

Nos estágios 1 e 2: Quando houver presença de proteinúria ou albuminúria glomerular ou apresentar alterações no exame de imagem, as condutas prestadas a estes pacientes deverão ser realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o equilíbrio e controle dos riscos modificáveis: HAS, DM, tabagismo, doenças cardiovasculares, obesidade, dislipidemia. Esses riscos são os principais desencadeantes da DRC (BRASIL., 2014, BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

O manejo da DRC, estágio 5, se dá através de um hermético regime terapêutico, que compreende a execução da hemodiálise, de um intransigente regime farmacológico, dietético e de limitação de líquidos. Os quatro aspectos do tratamento são intrínsecos e formadores dos pilares da terapia, acarretando positivamente nas taxas de morbidade/mortalidade. A não adesão a uma destas variáveis ocasionará negativamente na qualidade de vida dos nefropatas e nos custos da saúde (LINS et al., 2018).

As recomendações do Ministério da Saúde são voltadas a reeducação alimentar, orientando os pacientes com DRC diminuem o consumo de sódio ou dieta hipossódica, pratiquem atividades físicas ao menos 5x por semana e deixem o tabagismo e também a

realização periódica dos exames para avaliação da função renal. Nos estágios 3^a e 3b os pacientes deverão seguir as orientações do estágio 1 e 2 além de realizar semestralmente todos os exames para avaliação do quadro clínico. No 4 estágio o paciente deverá seguir as recomendações dos estágios anteriores para manter os níveis dos riscos advindos para prevenir possíveis complicações a transição da progressão da DRC para o estágio 5 elevam o risco de morbidade e morbimortalidade, bem como os encargos sociais, financeiros e os custos do sistema de saúde (BRASIL,2014).

Fármacos inibidores do sistema renina-angiotensina ou que realizam o bloqueio do receptor da angiotensina II têm-se utilizado para redução do aumento da hipertensão intraglomerular, a proteinúria e a pressão arterial sistêmica e, ocasionalmente, postergar a queda na TFG, sendo que nas fases mais graves da DRC com TFG, > 12 a 15 ml/min/1,73m², podem ser suspensas para melhora da função renal reestabelecendo o hiperfluxo e a hipertensão glomerular (K/DOQI, 2004).

Ao longo da fase terapêutica, os portadores de insuficiência renal crônica podem vir a ter o nível de qualidade de vida alterada, visto que há ansiedade prévia e na etapa do tratamento propriamente dito, há perda da autonomia, há dificuldade em lidar com uma doença inconversível e incurável (BASTOS, KIRSZTAJN, 2011).

Nesse contexto, torna-se imprescindível a participação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção da doença renal, tendo em vista os fatores de risco a qual devem ser rastreado e realizado intervenções voltadas a cada fator como: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo. Os quais apresentam maior predisposição à doença, requerendo uma abordagem integral e interdisciplinar de uma equipe multiprofissional. Para tal situação, a redução dos índices da DRC é complexa e envolve, pelo menos, três ações principais: o diagnóstico precoce, o encaminhamento imediato para acompanhamento especializado e a correção das principais complicações e comorbidades da DRC, bem como o engajamento do paciente e seus familiares para a TRS (BASTOS, KIRSZTAJN, 2011).

3.6 TRATAMENTO

3.6.1 Terapia Renal Substitutiva: Hemodiálise, Diálise Peritoneal

A insuficiência renal é uma síndrome clínica marcada por uma redução da função renal tendo como complicação o acúmulo de metabólitos e eletrólitos, que pode ser subdividida em Insuficiência Renal Aguda (IRA) e Insuficiência Renal Crônica (IRC), de acordo com a classificação da patologia. As terapêuticas existentes nas doenças renais terminais são: a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e o transplante renal (TR). Esses métodos terapêuticos substituem, parcialmente, a função renal, minoram os sintomas clínicos da doença e resguardam a vida do paciente, porém, nenhum deles é curativo (PRATES DS, et al.,2016).

Décadas atrás, a hemodiálise objetivava apenas impedir a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia. Hoje, além de ser a melhor indicação terapêutica, realiza regresso dos sintomas urêmicos, esse método terapêutico diligência, a longo prazo, a contenção das complicações, a afim de reduzir do risco de mortalidade, a reparação da Qualidade de Vida (QV) e a reinserção do paciente na sociedade social, pois em pacientes com nefropatas, os lapsos que dificultam a adesão ou até mesmo a não adesão, tem como transcendência o progresso da patologia levando o individuo a óbito (GRINCENKOV, et al. 2011).

A nova imposição de vida a qual é imposta pela IRC é asseverada na submissão da terapia hemodialítica; as quais configuram uma das preponderantes formas de substência da vida. As modicidades acarretadas pela patologia apontam que o indivíduo acometido necessita realizar a modificação de suas incumbências e praxes, além de viabilizar tempo para realização do tratamento (SILVA et al., 2015).

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) mais utilizada em pacientes com disfunção renal crônica ou aguda é a hemodiálise. Para que seja iniciado o tratamento é necessária a punção de um acesso vascular que permita fluxo adequado para a passagem do sangue diante o dialisador. O acesso vascular mais indicado é a fístula arteriovenosa (FAV), por apresentar menor risco de complicações e de fácil manuseio. Entretanto, na impossibilidade de confecção de uma FAV ou em situações de emergência, o Cateter Venoso Central (CVC) é indicado (DANSKI et al., 2017).

A Hemodiálise tem como objetivo remover do sangue as excretas nitrogenadas e o excesso de líquido por meio de uma membrana semipermeável denominada dialisador. No entanto, diante esse processo há uma série de fatores impertinentes e estressantes ao portador de DRC, como alterações metabólicas e endócrinas, alterações na percepção da autoimagem e mudanças no estilo de vida, sendo considerados obstáculos para a adesão ao tratamento hemodialítico (MARCIEL et al., 2015).

A hemodiálise vem sendo o recurso terapêutico mais operado na atualidade, sendo um método que retira solutos acumulados de pacientes com perda total ou parcial da função renal. Apesar de todos os benefícios da HD, as condições exigências impostas pela enfermidade e pela própria terapia dialítica acarretam em uma diversidade de alterações orgânicas, com complicações agudas, crônicas e nutricionais (GRINCENKOV et al., 2011).

A incapacidade das atividades diárias, as mudanças na vida produtiva e pessoal, bem como no papel desempenhado pelo paciente antes e após o início da hemodiálise, são questões que afetam a percepção da qualidade de vida e favorecem a desabilidade funcional destes indivíduos. Pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico apresentam déficits significativos no que se refere à saúde geral e mental (SANTOS et al., 2017).

Na hemodiálise, o sangue é transferido do paciente para uma máquina dialisadora onde, através de um dialisador, ocorre a filtração extracorpórea do sangue. A remoção do acúmulo de líquidos e a depuração do sangue com a retirada de substâncias ureia, fósforo, ácido úrico e moléculas médias, as quais não favorecem ao organismo em excesso ocorre através dos processos de difusão, ultrafiltração e convecção (COSTA et al., 2010).

Outro tipo muito utilizado de tratamento que também realiza a mesma função renal e tem o a mesma característica da hemodiálise é a diálise peritoneal. Para a realização da filtração do sangue, esse tipo de diálise é realizado no peritônio, a qual se localiza dentro do abdômen e reveste os órgãos internos. A mesma age como um “dialisador”, é, na verdade, uma membrana semipermeável, heterogênea, contendo diversos e diferentes poros, tendo a fisiologia e uma anatomia relativamente complexa (MACHADO, 2014).

A Dialise Peritoneal (DP) é uma opção para início imediato da diálise crônica pois oferece grande vantagem por não utilizar o CVC, resguardando assim o acesso vascular e a função renal residual, podendo reduzir a mortalidade e morbidade dos pacientes acometidos (MENDES et al., 2017).

São três formas de realizar a DP: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Intermitente (DPI). Na DPAC o paciente acometido necessita de um sistema fechado e manual, no qual o líquido entra e sai da cavidade abdominal pela força da gravidade. Normalmente são realizadas três ou quatro trocas por dia. A DPA é realizada no período da noite por uma máquina cicladora que infunde e drena o líquido peritoneal automaticamente. Já a DPI, é realizada em ambiente hospitalar com duração de 20 a 24 horas seguidas, duas vezes por semana (RANGEL et al., 2017).

A Diálise Peritoneal possui inúmeras vantagens como baixo custo, preservação da função renal residual, preservação do sistema vascular, redução de causas de instabilidades

hemodinâmicas no paciente, oferta maior flexibilidade de horários de realização do tratamento e reduz contraindicações alimentares e de ingestão de líquido (MOURA, 2017).

3.7 TRANSPLANTE RENAL

No Brasil, o transplante de órgãos foi outorgado pela Lei nº 10.211, em 23 de março de 2001. A mesma dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamentos, sendo permitida a retirada em pacientes falecidos para alguma finalidade terapêutica mediante autorização formal do responsável legal (BRASIL, 2011).

Segundo dados do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no Brasil a fila de espera para transplante renal até maio de 2016 apresentou cerca de 25.578 pessoas inscritas, e o tempo médio de espera por um rim é de 2 anos e 8 meses. Dados mostram que durante o ano de 2015 foi realizado o total de 5.409 transplantes renais (ABTO, 2016).

De acordo com o Registro Brasileiro de Transplante, em 2015, o Brasil perdurava 19.440 indivíduos em lista de espera para transplante renal. No ano seguinte, esse número aumentou para 21.264, havendo redução para 21.059 no ano de 2017. Atualmente, até o mês de junho de 2018, 21.962 pessoas encontram-se em lista única de espera (ABTO, 2018).

Quando contraposto com a hemodiálise, o transplante renal é o tratamento de melhor escolha para muitos pacientes com insuficiência renal. A realização de um transplante bem-sucedido deduz-se em uma vida mais longa e com melhor qualidade, enquanto que o tempo de realização de diálise até a realização do transplante é um dos motivos de aumento de risco tanto para a mortalidade do doente transplantado, tanto para a rejeição do órgão (LIMA, 2017).

Dessa forma, traçar um perfil dos pacientes a qual estão na lista única de espera possui uma grande importância, uma vez que são os mesmos que estão aguardando a convalescença de sua qualidade de vida e aumento da sobrevida. Analisando e descrevendo essa população, poderemos implementar e realizar intervenções diretas nos centros de transplantes, norteando novas estratégias de cuidado em busca de redução nas taxas de morbidade e mortalidade e recusa familiar (CAMPOS et al., 2017).

O transplante renal é admitido como um avanço na Medicina moderna, que proporciona maior sobrevida com boa condição aos pacientes com insuficiência renal irreversível. O transplante renal, quando executado como forma terapêutica adequada, é o manejo de escolha para pacientes com doença renal em estágio terminal (DRET), visto por

apresentar baixos custos e ofertar melhores resultados. Países em fase de desenvolvimento reiteradamente possuem taxas baixas de transplante, não só por esses profusos fatores de relação, mas também pela baixa infraestrutura inferior e mão de obra treinada insuficiente (SBN, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Deteve-se a uma pesquisa exploratória, descritivo, documental de abordagem quantitativa. Pesquisas é a análise de amostras de natureza heterogênea, que por acaso até então não obteve uma apreciação aprofundada, ou que podem ser reavaliados, e dessa forma busque-se novas maneiras de interpretação complementar ao que já foi produzido (SEVERINO, 2014).

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa exploratória utiliza metodologias para o levantamento bibliográfico sobre as temáticas a qual se estar pesquisando. Ainda que a pesquisa seja estudo de caso, há necessidade de que se realize um levantamento sobre o assunto a qual se quer explorar, e devido a isso, em muitas situações, análises desse tipo fazem uma combinação com a pesquisa descritiva. De acordo com essa avaliação, essa recebe classificação de descritiva pois observa, realiza registros e descreve dados de certos fenômenos na amostra analisada.

Fontelles et al., (2009) em ensaio documental, necessita da utilização de documentos para que se possa realizar uma análise sobre o mesmo, então tem como base documentos.

A pesquisa quantitativa exhibe informações e opiniões que podem ser interpretadas em números e assim categorizados e verificados onde serão levantado às hipóteses e categorização em relação às variáveis para dá-se uma precisão no fruto da pesquisa, evitando a incoerência no desenvolvimento de análise e interpretação dos dados, sendo usada para definir a relação causa/efeito na ocorrência entre outros (PRONADOV; FREITAS. 2013).

4.2. LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma unidade dialítica situada na cidade de Juazeiro do Norte-CE tendo em vista a referência ao tratamento, no período vigente de abril a junho de 2019, em horário comercial de funcionamento da instituição.

A Região Metropolitana do Cariri (RMC), antigo CRAJUBAR, está localizada no estado brasileiro do Ceará. A região metropolitana surgiu a partir da conturbação entre os municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha denominado triângulo CRAJUBAR. Foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 78, sancionada em 29 de junho de 2009.

Somando-se aos municípios de Juazeiro do Norte, Barbalha e Crato, foram incluídos os municípios limítrofes de Caririaçu, Farias Brito, Jardim, Missão Velha, Nova Olinda e

Santana do Cariri. Tem como área de influência a região sul do Ceará e a região da divisa entre o Ceará e os estados do Pernambuco, Paraíba e Piauí.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN,2013) a taxa de prevalência de pacientes em tratamento dialítico em 2016 foi de 595 pessoas por milhão da população (pmp), variando por região entre 344 pacientes por milhão da população na região Norte a 700 pacientes pmp na região Sudeste. A taxa de prevalência global aumentou em relação a 2016 (544/pmp), e tem havido tendência a permanente crescimento global.

Foi enviado um ofício a instituição, solicitando a autorização para realização da pesquisa (APÊNDICE A).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa obteve como população 220 prontuários, onde após a análise sobreposta aos critérios de inclusão, os quais foram: unidades a qual responderam e aceitaram o pedido de autorização para realização da pesquisa, prontuários de pacientes com doença renal crônica, com faixa etária de 18 á 50 anos, de ambos os sexos e que estejam em tratamento hemodialítico há mais de 3 meses e como critérios de exclusão foram desconsideradas todas as unidades a quais se recusaram participar do estudo ou não responderam ao pedido de autorização, os prontuários que por ventura vinham a faltar informações relevantes para o estudo e que não condiziam com que estava sendo avaliado, foram excluídos da análise.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Todos os procedimentos para coleta de dados iniciou-se a partir do pedido de autorização (Apêndice A) e do termo Fiel Depositário (Apêndice B) emitido pela entidade que participou da presente pesquisa bem como do uso da aplicação dos instrumentos do estudo. O instrumento que foi utilizado para realização da coleta de dados, foi um roteiro de formulário (Apêndice C) de construção própria elaborado para essa finalidade, onde foi composto por informações norteadoras que foram listadas conforme a linha de pensamento desenvolvida nos objetivos.

Todos os dados coletados foram criteriosamente analisados quanto a sua viabilidade e após isso foi posto em prática. Ressalta-se que todo material coletado, agrupado e disposto em tabelas e gráficos utilizando para isso os recursos do software Windows 2010, dessa forma havendo possibilidade para que se possa proceder com uma análise estatística descritiva.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta os dados foram analisados quantitativamente através de métodos estatísticos descritivos e tabulados através do Excel 2013. Os resultados estarão expostos em formato de tabelas e gráficos.

A tabela contém os dados que foram obtidos pelo próprio pesquisador do estudo, se apresentam de forma quantitativa em colunas e fileiras (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Os gráficos podem evidenciar aspectos visuais dos dados, de forma clara e de fácil entendimento. Em geral, são empregados para dar destaque a certas relações significativas. A representação dos resultados estatísticos com elementos geométricos permite uma descrição imediata do fenômeno (PRONADOV; FREITAS, 2013).

De acordo com Carvalho (2013), os dados apresentados nos gráficos permitem uma representação instantânea dos resultados estatísticos, por serem claros e objetivos, sendo assim fáceis de serem entendido.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

É de extrema importância a utilização dos documentos como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Consentimento Pós -Esclarecido (TCPE) quando se trata de pesquisas que envolvam seres humanos, que servem para mostrar o compromisso de executar cada uma das exigências estabelecidas resolução 466/12 utilizada na realização do estudo (BRASIL, 2012).

Contudo, por se tratar de uma pesquisa de análise documental, onde não terá participação dos sujeitos e sim participantes, os termos acima citados serão dispensados, pois a amostra do presente estudo será constituída por prontuários dos pacientes que realizam determinados procedimentos.

A presente pesquisa é caracterizada como de risco mínimo, tendo em vista que foram manipulados apenas os prontuários que são disponibilizados por etapas, onde a pesquisador se compromete em fazer sigilo sobre as informações e zelo com os documentos a si confiados, objetivando com isso evitar danos, rasuras e extravios. Para a realização desse procedimento foi disponibilizado uma sala, e todos os prontuários foram protocolados para uma maior segurança.

A pesquisa traz como benefício identificar os principais agravantes e patologias de base que acometem a insuficiência renal crônica afim de identifica-las e elaborar planos para promoção e prevenção da saúde com foco nas patologias de base a quais são predominantes na população mundial.

O trabalho foi enviado ao CEP da UNILEÃO, aguarda apreciação para aprovação.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

O presente estudo foi realizado em uma unidade de diálise situada na cidade de Juazeiro do Norte-CE, obtendo como fonte de pesquisa a análise dos prontuários dos pacientes a qual regiram aos critérios de inclusão. Obteve-se como população 220 prontuários, sendo que após análise a amostra obtida foi composta por 69 prontuários, as quais obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão. O questionário foi estruturado com objetivo de traçar o perfil epidemiológico.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica e econômica dos pacientes assistidos em uma unidade dialítica em Juazeiro do Norte – CE, 2019.

IDADE	QUANTIDADE (N°)	PERCENTUAL (%)
20 - 30	13	19,00
31 - 40	34	49,20
41 - 50	22	31,80
TOTAL	69	100,00%
SEXO		
Feminino	28	40,5
Masculino	41	59,5
TOTAL	69	100%
ETNIA		
Branco	4	5
Negro	5	7
Pardo	65	88
TOTAL	69	100,00%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	5	7
Fund. Incompleto	12	17
Fund. Completo	14	20
Ens. Médio Incompleto	16	23
Ens. Médio Completo	19	28
Ens. Superior Incompleto	1	2
Ens. Superior Completo	2	3
TOTAL	69	100%
PROCEDÊNCIA		
Zona Urbana	46	66,60
Zona Rural	2	3

Intermunicipal	21	30,40
TOTAL	69	100%
RENDA FAMILIAR		
< 1	3	4,60
1 a 2	38	55
2 a 3	2	2,80
Auxílio Doença	26	37,60
TOTAL	69	100,00%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

A amostra do estudo foi composta por 69 prontuários, onde foram interpretados os dados necessários para obtenção do perfil sóciodemográfico dos pacientes sob tratamento dialítico (faixa etária, sexo, etnia, estado civil, escolaridade e tipo de procedência).

Após análise dos dados, foi possível identificar a prevalência da DRC, evidenciada no sexo masculino (59,5%), seguido pelo sexo feminino (40,5%), com faixa etária de 18 – 30 (19%), 31 - 40 (49,2%), 41 - 50 (31,8%) e, em relação à etnia é 88% eram pardos, 7% eram negros e 5% se autodeclararam brancos; sobre a situação conjugal, apurou-se elevado percentual de casados ou com união estável: 56,5%, e solteiros 42% confirmando os achados de outros estudos.

Quanto ao grau de escolaridade o maior percentual foram os pacientes com o ensino médio completo (29%), seguido de ensino médio incompleto (23%), fundamental completo (20%), fundamental incompleto (17%), Analfabeto (7%), Superior (3%).

Com relação ao tipo de procedência são predominantes os pacientes oriundos da zona urbana (66,6%), seguido de encaminhamentos intermunicipais (30,4%) e da zona rural (3%).

A Tabela 2 identifica a distribuição dos pacientes em relação à caracterização sóciodemográfica dos participantes do estudo.

Conforme Sesso et al., (2016), a taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2016 foi de 596 pacientes por milhão da população (pmp), variando por região entre 344 pacientes pmp na região Norte a 700 pacientes pmp na região Sudeste.

A taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise crônica em 2017 foi de 610 pacientes por milhão de habitantes (pmp), variando de 473 pmp no Norte a 710 pmp no Centro-Oeste (THOMÉ et al., 2019).

Segundo Ribeiro et al., (2014), a prevalência no sexo masculino se dá devido à baixa procura dos homens ao serviço de saúde ao contrário das mulheres, uma vez estas buscam os serviços de saúde devido a cuidados ginecológicos, o que as leva a se preocuparem mais com a saúde. Desta forma, os homens tornam-se mais suscetíveis à doença do que as mulheres.

O inquérito brasileiro de diálise crônica de 2016 retrata que cinquenta e sete por cento dos pacientes com DRC eram do sexo masculino. O percentual de pacientes em diálise com idade menor ou igual a 12 anos, entre 13 a 19, 20 a 64 anos, 65 a 74 anos ou ≥ 75 anos foi de 0,3%, 0,9%, 65,7%, 21,8% e 11,2%, respectivamente. Em 1 de julho de 2016, 92,1% dos pacientes em diálise crônica (SESSO et al., 2017).

Acredita-se que tal prevalência relacionada à situação conjugal está voltada à faixa etária dos clientes, que em sua maioria possuem mais de 30 anos, fase da vida a qual existe a busca por um relacionamento mais sólido e construção de família ou carência de apoio social (MELLO et al., 2017).

Além disso, circunstâncias como o analfabetismo e baixa escolaridade atalham o entendimento dos pacientes acometidos voltado às orientações e à adesão aos cuidados pertinentes ao tratamento (COUTINHO; TAVARES, 2011).

Os indivíduos a qual coabitam em área urbana tendem a procurar mais frequentemente as unidades de saúde para fins de obterem exames de rotina, diagnósticos e prevenção, em contrapartida na área rural a principal motivo para a procura de cuidado são as doenças e em regimes emergenciais (BURILLE, GERHARDT, 2014).

Identificou-se na análise socioeconômica que a maioria dos pacientes a qual realizam a TRS possui como renda familiar, entre 1 a 2 salários mínimos (55%), recebe benefício ofertado pelo governo (37,6%), renda < 1 salário mínimo (4,6%) e os indivíduos a qual possuem de 2 a 3 salários mínimos (2,8%).

De acordo com Frazão et al., (2015) a astenia relatada pelos os pacientes acometidos é ocasionada pela atrofia da musculatura, que causa a ausência da força, que correlacionada a de indivíduos não acometidos é de 30 a 40% a redução, acarretando o paciente a situação física prejudicada, de tal forma que afetará a qualidade de vida dos pacientes e o seu bem estar, pois lesam a limites cardiorrespiratórios e físicos, reduzindo a atuação no execução das atividades de lazer, trabalho e convívio social. Em relação ao exercício da ocupação muitos pacientes entram no índice de desempregados ao longo do tratamento, pois suas circunscrições suscitadas pela enfermidade podem fazer com que o mesmo não possa mais atua em sua função trabalho.

Apontou-se em estudos desempenhados no Brasil, voltados ao nível socioeconômico e de escolaridade, o subsidio desses dois aspectos para o desenvolvimento da DRC destacando que a população mais favorecida financeiramente busca mais os serviços de saúde: prevenção e exames de rotina, ao passo que, nos estratos de pior rendimento, há uma maior

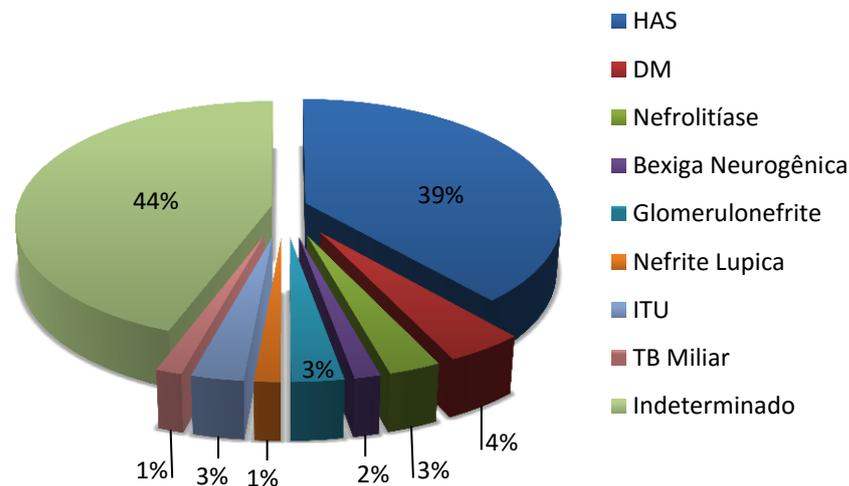
representatividade por busca de serviços de saúde por motivo de doença (NUNES et al., 2014).

Comparando com outros estudos é possível identificar que a prevalência relacionado a idade e dá através de que o jovem-adulto tende a procurar uma estabilidade familiar e que por sua vês tende a apenas se preocupar com as atividades diárias (trabalho) e não realiza mais atividades de lazer e físicas assim levando ao sedentarismo e obesidade mórbida geralmente hoje apresentadas no sexo masculino.

5.3 CARACTERIZAÇÃO ETIOLÓGICA DOS PARTICIPANTES

Analisou-se e avaliou-se a causa da DRC em 69 prontuários, onde a principal acometimento primário da doença renal foram causas indeterminadas (44%), hipertensão arterial sistêmica (39%), diabetes mellitus (4%), nefrolitíase (3%), seguido de glomerulonefrite (3%), infecção do trato urinário (3%), Bexiga neurogênica (1%), nefrite lupica,(1%), tuberculose miliar (1%).

Gráfico 1 - Caracterização etiológica dos pacientes assistidos em uma unidade dialítica em Juazeiro do Norte – CE, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Patologia de origem indeterminada foi o principal precedente generante predominante da doença renal crônica. Em estudos, foi identificada a baixa prevalência de DM como fator etiológico e um indicador superior a (28%) de causas não identificadas para DRC. Levando

em conta que devido os pacientes não possuírem acesso a assistência especializado ao longo dos estágios iniciais de DRC e a carência na realização de biópsias renais e exames diagnósticos (OLIVEIRA, FORMIGA, ALEXANDRE, 2013).

A causa mais evidenciada de DRCT encontrada foi diabetes. A hipertensão primária como etiologia de DRCT foi superestimada. Indica-se que a análise do fator primário da DRCT venha a ser fundamentado sobre parâmetros standardizados, que precisam ser retificados e incrementados amiudadamente nas unidades de diálise, e inteirados às Secretarias Estaduais de Saúde (SARMENTO et al., 2018).

As políticas de saúde pública retratam que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, são as relevantes causas da DRC. Diversas outras patologias como glomerulonefrites, más-formações do trato urinário e doenças renais hereditárias são bem menos frequentes na identificação da definição da etiologia (CASTRO, 2018).

O aumento progressivo da incidência da IRC deve-se, em parte, ao incremento da prevalência de algumas enfermidades crônico-degenerativas destacando-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) (BATISTA, LOPES, 2009).

As causas primárias mais frequentes da doença renal crônica (DRC) terminal em 2017 foram hipertensão (34%) e diabetes (31%). Nenhuma mudança significativa foi observada nessas proporções de diagnósticos primários nos últimos anos (THOMÉ et al., 2019).

Conforme Ribeiro et al., (2008), as patologias mais prevalentes na população são HAS e DM. Na literatura, mais de 30% dos pacientes que dão início ao tratamento dialítico apresentam diabetes. A morbidade e mortalidade são conseqüentemente maiores em pacientes diabéticos do que nos pacientes não diabéticos, sendo as enfermidades cardiovasculares e as infecções as principais causas de morte. A hipertensão arterial sistêmica também é evidenciada uma das principais causas importante de morbidade e mortalidade que acelera a aterosclerose e precipita complicações relacionadas ao aumento da pressão arterial média.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), as análises clínicas têm comprovado que o manejo da hipertensão arterial e do diabetes mellitus tem apresentado impacto ponderadamente na velocidade de progressão da insuficiência renal. A diretrizes voltadas ao tratamento do doente renal crônico tem recomendado acondicionar a pressão arterial abaixo de 130/80mmHg e a hemoglobina glicada abaixo de 7%, na tentativa de retardar a progresividade da DRC.

Para manutenção do diabetes as condutas devem ser diferentes identificando as necessidades de cada paciente. Nos indivíduos em terapia com hipoglicemiantes orais, a indicação do uso da insulina é quando a TFG é $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$, mas essa terapia vem se

modelando de acordo com a inserção de novas drogas que possuem maior segurança para indicação em pacientes renais crônicos. Para os indivíduos que já realizam uso de insulina é comum a redução a dose administrada, pois a devido a metabolização da insulina na célula tubular renal e tem sua meia-vida estendida quando a doença renal progride para as fases mais avançadas (KIDNEY, 2013).

Na Europa, foram identificados no censo de 2015, referentes ao ano de 2013, pelo representante, European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA, 2015), expressa que o DM é o precedente da falência renal apresentando maior acometimento na Europa (22,4%), de forma coletiva para o ano de 2013, seguido por causa indeterminada (17,1%), causas variadas (17,1%) e nefrosclerose hipertensiva (15,2%). Os acometimentos de grande incidência de idade >65 anos, no mesmo ano, foi diabetes mellitus (22,2%), causas variadas (17,1%), glomerulonefrite/esclerose (16,6%) e causa indeterminada (14,3%). A modalidade de terapêutica de mais acometimento foi HD para quase a totalidade dos casos (79,2%), seguido de diálise peritoneal (15,0%) e transplante renal (5,7%) (ERA-EDTA, 2015).

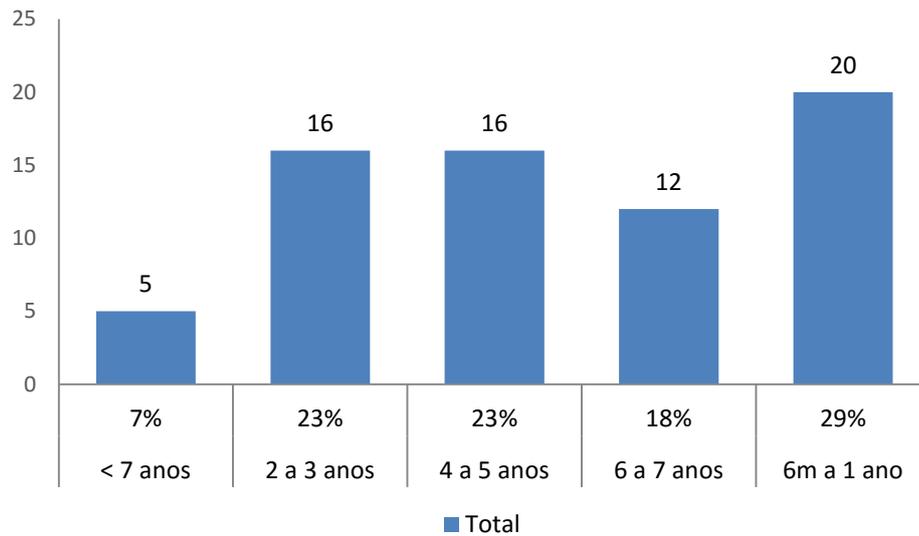
As patologias de origem indeterminadas por sua vez se analisado profundamente o perfil dos pacientes é possível identificar que o paciente possuía uma patologia de base que se agravou e acarretou a DRC.

Hoje é identificado que as principais patologias crônicas evidenciadas na população é a HAS e DM, que por sua vez possuem tratamento e monitoramento das mesmas. A falta de acompanhamento, má alimentação e sedentarismo são fatores que em conjunto geram essas patologias de base a qual mata milhares todo ano.

5.4 CARACTERIZAÇÃO POR TEMPO DE TRATAMENTO DOS PARTICIPANTES

A análise da média de tempo em tratamento com TRS foi de 6 meses a 1 ano (29%), seguidos de 2 a 3 anos (26%) e 4 a 5 anos (26%) e 6 a 7 anos (18%), observado pacientes acima de 7 anos (7%).

Gráfico 2 - Caracterização por tempo de tratamento dos pacientes assistidos em uma unidade dialítica em Juazeiro do Norte – CE, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

O tempo de tratamento em Terapia Renal Substitutiva (TRS) é de $22,46 \pm 21,42$ meses ou $1,87 \pm 1,78$ anual, dos quais 96 (80%) dos participantes possuem < 3 anos tratamento com TRS e não houve indivíduos com mais de 10 anos de tratamento. Destaca-se na literatura, no que se refere ao início do tratamento dialítico por cateter, o benefício para o paciente em tratamento dialítico quanto à permanência reduzida no hospital após a diálise, melhor controle da pressão arterial e menos edema agudo de pulmão quando se inicia a diálise com acesso vascular permanente. Entretanto, é visto índices considerados altos em que os pacientes que iniciam a TRS por fístula arteriovenosa possuindo menor morbidade. Isto identifica que a maior parte dos pacientes renais crônicos constitui referência tardia, já que foi iniciada a diálise em esquema de urgência, sendo esse um fator de impacto na sobrevida dos mesmos (LIMA, 2014).

O tempo de tratamento de cada paciente, difere de acordo com o grau de acometimento, devido à apresentação dos sinais e sintomas a qual geram um sinal de alerta e assim a busca de auxílio médico que por sua vez se depara com o paciente em fase crônica levando ao tratamento principal que é a diálise ao paciente, que por ventura fosse encaminhado previamente ou até mesmo a busca de um especialista na fase aguda, o tratamento seria simples e resguardaria a função glomerular.

6 CONCLUSÃO

Diante o presente estudo foi possível identificar a prevalência a qual a DRC está sob a população, sendo consideravelmente um grande problema público de saúde, a qual vem a cada vez mais crescendo número de indivíduos acometidos pela patologia.

Visto que, o percentual de pacientes com a faixa etária é entre 31 á 40 anos, está ligado a mudanças de hábitos de via que por sua vez nessa faixa etária a maioria se acomoda e a única tarefa ser realizada é o trabalho. A prevalência dos indivíduos acometidos está entre a população masculina, vista como a baixa adesão aos programas de saúde, de situação conjugal casados de etnia parda. A baixa escolaridade e situação econômica estão associadas devido à falta de informação ou até mesmo o desconhecimento relacionado à doença, formas de prevenção e tratamento e de procedência prevalente na zona urbana onde as implicações como a falta de tempo e o medo da procura acarretam a evolução progressiva da DRC.

A predominância das principais causas da doença renal crônica é de origem indeterminada que por maioria das vezes é realizado o diagnostico tardio da DRCT, seguido da HAS e DM, uma vez que a cada ano o índice dessas patologias crônicas cresce no Brasil estando relacionado com predisposição genética, sedentarismo, obesidade e maus hábitos alimentares.

É, portanto, necessário, mais pesquisas voltadas a área a qual sejam desenvolvidas com objetivo de apresentar melhorias na assistência prestada aos pacientes acometidos e visando a prevenção das patologias de base a qual já existem prestadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), regidas pelos programas de saúde, mesmo assim apresenta uma baixa adesão além de um acompanhamento ineficaz.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Centros de transplantes **ABTO**. São Paulo: 2016. Disponível em: Acesso em: 28.10.2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Centros de transplantes **ABTO**. São Paulo: 2018. Disponível em: Acesso em: 26.02.2019.
- BARROS E, MANFRO RC, THOMÉ FS, GONÇALVES LFS. **Nefrologia, rotinas, diagnóstico e tratamento**. 12º ed. Porto alegre: Artmed; 2009.
- BASTOS MG, KIRSZTAJN GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 2011;33(1):93-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>
- BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel, KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras** 2010; 56(2): 248-53.
- BATISTA PBP, LOPES AA. Estudo Epidemiológico sobre a terapia renal substitutiva II. **Epidemiol Serv Saúde**. [on line] 2009 abr/jun; [citado 2009 set 13]; 18(2): Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado do Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde, 2014b**. p.: 10 il. ISBN1. Doença Renal Crônica
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2018.
- BRASIL. Lei Federal nº10. 211/2011. **Sistema Nacional de Transplantes**. 2011. Disponível em: Acesso em: 26.09.2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Ficam definidos os critérios para organização da linha de cuidado para a pessoa com doença renal (DRC) e instituído o incentivo para custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Ficam aprovadas as diretrizes clínicas para o cuidado com a pessoa com DRC no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 50, 14 de março de 2014a, Seção 1, p 34-37.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BUJA, L. Maximillian. **Atlas de patologia humana de Netter/ L. Maximilian Buja, Gerhard R. F. Krueger; tradução Cláudio S.L. Barros.** – Porto Alegre: Artmed, 2007. 560 p.:il. 28cm.

BURILLE A, GERHARDT TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade** 2014; 23: 664-676.

CASTRO EK, GROSS CQ. Percepção Sobre a Doença Renal Crônica de Pacientes em Hemodiálise: Revisão Sistemática. **Salud & Sociedad** 2013; ENERO – ABRIL; 4(1).

CASTRO MCM. Tratamento conservador em caso de renúncia à diálise. **Braz. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.) 2018;41(1):95-102. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n1/pt_2175-8239-jbn-2018-0028.pdf

CAMPOS CS, SANTOS KB, FERREIRA GF, BASTOS KV. Perfil epidemiológico dos pacientes em lista única de espera para transplante renal na Cidade de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 3, p. 407-413, out./dez. 2017.

CARVALHO, Ricardo Menezes. **Introdução à metodologia do estudo e do trabalho científico.** 10°. Ed. Recife: Atlas,2013. p.110-21.

CASTRO, Manoel C.M. Tratamento conservador de paciente com doença renal crônica que renuncia à diálise. **Braz. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.) 2018.

COSTA DE FREITAS MANIVA, SAMIA JARDELLE, AIRES DE FREITAS, CONSUELO HELENA. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [en linea] 2010, 11 (Enero-Marzo): [Fecha de consulta: 20 de outubro de 2018] Disponible en:<<http://p.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969015>> ISSN 1517-3852.

COUTINHO NPS, TAVARES MCH. Care for chronic renal patients undergoing hemodialysis, from the perspective of the user. **Cad Saúde Colet** [Internet]. 2011 [cited 2019 May 15] ;19(2):232–9. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_232-239.pdf.

DALAPICOLA MM. Incidência do diabetes Mellitus em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Revista Saúde e Desenvolvimento** 2013; jul/dez; 4(2).

DANSKI MTR, PONTES L, SCHWANKE AA, LIND J. Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central para hemodiálise: revisão integrativa. **Rev Baiana Enferm** (2017); 31(1):e16342.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2017-2018.pdf> acessado em 08/12/2018

ERA-EDTA. European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association. Summary of the 2013 ERA-EDTA **Registry Annual Report**. Amsterdam: ERA-EDTA; 2015. [acesso 2018 Abr 28]. Disponível em: <https://www.era-edta-reg.org/index.jsp?P=14>

FERRAZ, F.H.R.P. **Vulnerabilidade no acesso ao tratamento dialítico no Brasil: Uma análise bioética**. 2015. 112 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-graduação em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2015.

FERMI, M. **Diálise para enfermagem. Guia prático** – 2a Ed. - Guanabara Koolgan, Rio de Janeiro, 2011.

FERMI, M. **Diálise para enfermagem. Guia Prático** – 2º Ed. Guanabara Koolgan, Rio de Janeiro, 2011.

FONTELLES, M J et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a Elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, 2009. Disponível em <https://www.google.com.br/search?q=artigo+cientifico+FONTELLES+et+al.+Metodologia+da+pesquisa+cientifica+%3Adiretrizes+para+a+elabora%C3%A7%C3%A3o+de+um+protocolo+de+pesquisa&aq=on&oeq=UTF-8>. Acessado em 25 de Setembro de 2018.

FRAZÃO, C. M. F. Q; ARAÚJO, M.G. A; TINÔCO, J. D. S; DELGADO, M. F; LÚCIO, K. D. B; LIRA, A. L. B. C. Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem identificados nos indivíduos em hemodiálise. **Cien Cuid Saude** v. 4 p.1.156-1.164, 2015.

GRINCENKOV FRDS, FERNANDES N, Chaoubah A, BASTOS K, QURESHI AR, PÉCOITS-Filho R, BASTOS MG. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). 2011, **J. Bras. Nefrol**, 33(1), 38-44.

HANSEN, J. T. **Netter-Anatomia Clínica**. Elsevier Brasil, 2015. ISBN 8535283129.

K/DOQI. Clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2004;43 (suppl 1): S1-S290.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013; 3:1-150.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8.ed, São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, J.K.T. **Acessos vasculares: perfil clínico- epidemiológico dos pacientes em serviço de hemodiálise no interior do ceará- Brasil**. Dissertação (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina do ABC– Santo André, 2014.

LIMA, Bruno. A., ALVES, Helena. Evolução da atividade de transplantação renal em Portugal: dados públicos de 2003 a 2015. **Boletim Epidemiológico Observações**. 2017 janeiro-abril;6(18):24-27.

LINS SM, LEITE JL (In memoriam), GODOY S, TAVARES JM, ROCHA RG, SILVA FV. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paul Enferm**. 2018; 31(1):54-60.

MACIEL, C. G. *et al.* **Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos.** *Cogitare Enferm.* 2015 Jul/set; 20(3): 540-547

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, dez. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico:** Ciência e conhecimento, métodos científicos, teoria, hipótese e variáveis, metodologia jurídica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINS, Rodrigo José. **Perfil Clínico e Epidemiológico da Doença Renal Crônica: revisão integrativa.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2017.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MELLO MVFA, MENEZES KSP, PIRES KKC, ANGELO M. Panorama da doença renal terminal em um estado da amazônia brasileira. *REME – Rev Min Enferm.* 2017;21: e-994. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20170004

MENDES LM, ALVES CA, BUCUVIC EM, DIAS DB, PONCE D. Diálise peritoneal como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. *Braz. J. Nephrol.* (J. Bras. Nefrol.) 2017;39(4):441-446.

MOURA, Alvimar Rodrigues de. Diálise peritoneal: experiência de dez anos de um centro de referência no nordeste do Brasil. 2017. 88 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)** – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, 2017.

MORAES, C. A., COLICIGNO, P. R. C. **Estudo morfofuncional do sistema renal.** Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan; 2007.

NUNES MB, SANTOS EM, LEITE MI, COSTA AS, GUIHEM DB. Epidemiological profile of chronic kidney patients on dialysis program. *J Nurs UFPE* on line. 2014 Jan;8(1):69–76. Doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201410>.

OLIVEIRA CS, SILVA EC, FERREIRA LW, SKALINSKI LM. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 2015, jan./Mar 29(1): 42-49. ``

OLIVEIRA JUNIOR HM, FORMIGA FFC, ALEXANDRE CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. *Braz. J. Nephrol.* (J. Bras. Nefrol.), 2013. 36(3):367. Doi:10.5935/0101-2800.20140052.

PEIXOTO EF, LAMOUNIER TAC. Métodos laboratoriais para a identificação da insuficiência renal crônica. *Acta de Ciências e Saúde* 2012; 2(1).

PRATES DS, CAMPONOGARA S, ARBOIT ÉL et al. Transplante renal: percepções de pacientes transplantados e profissionais da saúde. **Rev. Enferm.** UFPE on line., Recife, 10(4):1264-72, abr., 2016.

PRODANOV, C.C; DE FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2^a Edição.** Editora Feevale, 2013.

RANGEL CHIF, RIBEIRO RCHM, CESARINO CB, BERTOLIN DC, SANTOS MC MAZER LE. Peritonites em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de diálise peritoneal. REME – **Rev. Min. Enferm.** 2017 [citado em];21: e1058. Disponível em: DOI:10.5935/1415-2762.20170068.

RIBEIRO IP, PINEHIRO ALS, SOARES ALA, SANTOS NFM. **Perfil epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica.** *Enferm. Foco* 2014; 5(3/4): 65-69. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso: 02.11.2018.

RIBEIRO, W. B., GUIMARÃES, T. A., FONTENELE, A. M. M. Infecções Fungicas em Transplantados Renais: Uma Revisão Integrativa. **Rev Pesq Saúde**, 18(2): 119-123, mai-ago, 2017.

RIBEIRO RCHM, OLIVEIRA GASA, RIBEIRO DF et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **ACTA Paulista de enfermagem**, 21.spe (2008): 207-211.

SANTOS, J.R.F.de M., et al. 2017. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Rev. Saúde.Com** 2017; 13(2): 863-870. Disponível em: www.uesb.br/revista/rsc/ojs. Acesso: 25.09.2018.

SANTOS BP dos, LISE F, Paula EA de et al. Insuficiência renal crônica: uma revisão integrativa acerca dos estudos com abordagem qualitativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(12):5009-19, dec., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15211>. Acesso: 25.09.2018.

SANTOS BP, OLIVEIRA VA, SOARES MC, SCHWARTZ E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS Health Sci.** 2017; 42(1):8-14.

SANTOS, Bianca Pozza dos et al, Consequences attributed to kidney transplantation: critical incident technique. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 748755, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Access on 01 mar. 2019. Epub Aug 04, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>.

SANTOS, J. R. F. de M., et al. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Rev. Saúde.Com** .2017; 13(2): 863-870

SARMENTO LR, FERNANDES PFCBC, PONTES MX, CORREIA DBS, CHAVES VCB, CARVALHO CFA, ARNAUD TL, SANTOS MHS, BARRETO LCB, MOLITERNO LAA. Prevalência das causas de DRCT em uma capital brasileira. **Braz. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.), 2018;40(2):130-135

SESSO RC, LOPES AA, THOMÉ FS, LUGON JR, SANTOS DR. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J Bras Nefrol** 2017;39(3):261-266.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho Científico**. 23ed. São Paulo. Cortez,2014.

SILVA, Cristiane Ferreira et al. Vivenciando o tratamento hemodialítico pelo portador de insuficiência renal crônica. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 3, ago. 2015.

ISSN 1561-2961. Disponível em:

<<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/316/95>>. Fecha de acceso: 29 may. 2019

SILVA, R. A. R.; SOUZA, V. L.; OLIVEIRA, G. J. N.; SILVA, B. C. O.; ROCHA, C. C. T.; HOLANDA, J. R. R. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Rev. Escola Anna Nery** 20(1) Jan-Mar 2016.

SILVEIRO P, MACHADO CJ, RODRIGUES RN. **Doença renal crônica: Um agravamento de proporções crescentes na população brasileira**. Belo Horizonte. [Texto para discussão]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de hiperparatireodismo secundário em pacientes em doença renal crônica**. 2013, 1- 39.

SMELTZER, S; BARE.C. et al. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. V2. Disponível em: Acesso em: 2 març.2019.

SAMTLEBEN W, BLUMENSTEIN M. **Indications for and selection of dialysis methods in acute and chronic renal failure including continuous methods**. Internist (Berl) 1999; 40: 3-12. 1999/03/23.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo SBN 2014** [acesso 2018 20 Set]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>. Acesso: 15.10.2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo SBN 2016** [acesso 2019 02 Fev]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>. Acesso: 02.02.2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Campanha de prevenção de doença renal (estatísticas brasileiras, sintomatologia)**. 2017 Disponível em: <https://www.sbn.org.br/previna.htm> Acesso: 07.11.2018

THOMÉ FS, SESSO RC, LOPES AA, LUGON JR, MARTINS CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **Braz. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.) 2019.

VARGAS TC, LIMBERGER JB. Tratamento Farmacológico com Estatinas: Uma Revisão Sistemática. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, 2013; 14(2): 175-187.

VERONEZ, D. A. L; VIEIRA; M. P. M. M. **Abordagem morfofuncional do sistema urinário**. 2018

APÊNDICES

APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Ao Diretor da Unidade.

Cumprimentamos a V. S^a e solicitamos a autorização para que o Pedro Henrique Vieira Nunes, do IX semestre do curso de graduação em Enfermagem Do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio realize a coleta de dados para a sua pesquisa de conclusão do curso para a obtenção do título Bacharel em Enfermagem. O aluno está sob orientação do Prof^º Esp. José Diogo Barros. A referida monografia tem como título: **PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALITICO EM UM CENTRO NEFROLÓGICO EM JUAZEIRO DO NORTE - CE.**

É importante ressaltar que a pesquisa obedecerá às recomendações advindas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, que diz respeito aos critérios éticos nos estudos envolvendo seres humanos.

Respeitosas Saudações.

_____, ____ de ____ de 2018.

Pedro Henrique Vieira Nunes
Pesquisador

Prof^º. Esp. José Diogo Barros
Professor Orientador

APÊNDICE B – TERMO FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Senho João Kennedy Teixeira Lima, CPF:820.115.593-91, Responsável técnico, fiel depositário dos prontuários e da base de dados do centro de nefrologia de Juazeiro do Norte, CNPJ:09641165/0001-17 na cidade de Juazeiro do Norte - Ce, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, vem na melhor forma de direito declarar que o aluno(a): Pedro Henrique Vieira Nunes, CPF:074.822.064-00 está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALITICO NA REGIÃO DO CARIRI.”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof^a. Esp. José Diogo Barros, cujo objetivo geral é descrever o perfil epidemiológico do doente renal crônico em tratamento hemodialítico. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes desta Instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade (nome), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça. Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, o (s) pesquisador (es) acima citados, compromete (m) -se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorda (m), igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima escrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônimas.

Juazeiro do Norte –Ce, _____ de _____.

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

(ASSINATURA DO (a) ALUNO)

(ASSINATURA DO (A) PESQUISADOR RESPONSÁVEL)

APÊNDICE C – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO

INSTUMENTO DE COLETA DE DADOS		
SEXO : <input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO	
IDADE:		
<input type="checkbox"/> 18 á 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 á 40 anos	<input type="checkbox"/> 41 á 50anos
ETNIA		
<input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> PARDO		
ESTADO CIVIL		
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo
ESCOLARIDADE		
<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Ens. Médio Completo <input type="checkbox"/> Ens. Superior Completo	
DOENÇA DE BASE:		
TIPO DE PROCEDÊNCIA		
<input type="checkbox"/> ZONA RUAL <input type="checkbox"/> ZONA URBANA <input type="checkbox"/> INTERMUNICIPAL		
TEMPO DE TRATAMENTO		
<input type="checkbox"/> 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 2 a 3 anos <input type="checkbox"/> 4 á 5 anos <input type="checkbox"/> 6 á 7 anos <input type="checkbox"/> > 7 anos		
RENDA FAMILIAR		
<input type="checkbox"/> < 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 á 2 salários mínimos	<input type="checkbox"/> 2 á 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Auxilio Doença	

ANEXOS

ANEXO A. Declaração de Anuência



Especialidades

- Clínica Médica
- Doenças Renais
- Hipertensão
- Hemodiálise

Convênios

- UNIMED

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, **JOÃO KENNEDY TEIXEIRA LIMA**, cadastrado no RG: 96029082581 SSP/CE, CPF 820.115.593-91, Responsável Técnico, declaro ter lido o projeto intitulado **PERFIL EPIDEMOLOGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO DO CARIRI** de responsabilidade do pesquisador **JOSÉ DIOGO BARROS**, CPF: 054.560.824-06 e RG nº 7265105 SSP-PE e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto nesta instituição, **CENTRO DE NEFROLOGIA DE JUAZEIRO**, CNPJ: 09641165/0001-17 tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a (Resolução CNS 466/12 ou Resolução CNS 510/16). Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte – Ce 25 de Março de 2019

CNJ - Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte

CNPJ: 09.641.165/0001-17

Av. Dr. Leão Sampaio, 2333 - Lagoa Seca - CEP: 63.010-070

Fone: (88) 3571.1070 - Fax: (88) 3512.3558

E-mail: cnjjuazeiro@terra.com.br

Dr. João Kennedy Teixeira Lima
Clínica Médica - Nefrologia
CREMEC - 8698