



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

JOYCE CAROLLE BEZERRA CAVALCANTE

**PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE
EM CIDADE DO SERTÃO PARAIBANO**

**CAJAZEIRAS-PB
2018**

JOYCE CAROLLE BEZERRA CAVALCANTE

**PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE EM CIDADE DO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em Medicina
da Universidade Federal de Campina
Grande/UFCG, como pré-requisito para obtenção
do título de Médico.

Orientador: Prof. João Kennedy Teixeira Lima

CAJAZEIRAS-PB
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras – Paraíba

C376p Cavalcante, Joyce Carolle Bezerra.
Perfil dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em cidade do sertão paraibano / Joyce Carolle Bezerra Cavalcante. - Cajazeiras, 2018.
41f.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Me. João Kennedy Teixeira Lima.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2018.

1. Doença renal crônica. 2. Hemodiálise. 3. Perfil de saúde. 4. Pacientes.
I. Lima, João Kennedy Teixeira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

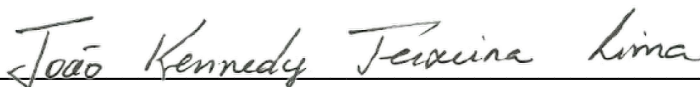
CDU - 616.61

JOYCE CAROLLE BEZERRA CAVALCANTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em
Medicina da Universidade Federal de Campina
Grande/UFCG, como pré-requisito para
obtenção do título de Médico.

Aprovado em 29/01/2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Prof. João Kennedy Teixeira Lima
(Orientadora - UACV/CFP/UFCG)



Profa. Dra. Eliane de Sousa Leite - HUJB/UFCG
(Membro examinador - HUJB/UFCG)



Profa. Maria do Carmo de Alustau Fernandes
(Membro examinador – UAETSC/CFP/UFCG)

CAVALCANTE, J. C. B. Perfil dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em cidade do sertão paraibano. 2018. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2018.

RESUMO

A doença renal crônica é caracterizada pela perda irreversível da função renal, cujo tratamento de escolha em fases avançadas é a terapia dialítica através da hemodiálise. O objetivo geral desse trabalho é descrever o perfil dos pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise no sertão paraibano. Os objetivos específicos consistem: descrever as características sócio demográficas, os possíveis fatores etiológicos da doença renal crônica, os resultados dos principais exames laboratoriais e a prevalência das morbidades associadas à doença renal dos pacientes em hemodiálise. Foi realizada uma pesquisa transversal, descritiva e de abordagem quantitativa realizado com 50 pacientes portadores de doença renal atendidos em clínica de hemodiálise de um hospital de Cajazeiras-PB. Houve predomínio de indivíduos com faixa etária entre 50 e 60 anos (56%), do sexo masculino (62%), pardos (52%), casados (64%), com baixa escolaridade (84%), aposentados (48%), com renda familiar de dois salários mínimos e procedentes de cidades circunvizinhas a Cajazeiras (62%). As etiologias da doença renal crônica mais citadas foram hipertensão arterial (52%) e diabetes mellitus (24%), com tempo médio de diagnóstico 59,08 meses. A maioria possuía mais de quatro anos de terapia dialítica. Os níveis séricos de albumina, cálcio e fósforo variaram, na maioria dos casos, entre 3,0g/dl a 4,0g/dl, 1,1mmol/l a 1,3mmol/l e 4,0mg/dl a 6,0mg/dl, respectivamente. Os resultados desse estudo sugerem a importância de conhecer o perfil dos pacientes para planejamento e seguimento adequado da doença renal crônica.

Palavras-chave: Doença renal crônica, Hemodiálise, Perfil de saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição da população em relação ao município	21
Gráfico 2 - Diagrama de dispersão com níveis de albumina sérica em g/dl	23
Gráfico 3 - Diagrama de dispersão com níveis de cálcio sérico em mmol/l	24
Gráfico 4 - Diagrama de dispersão com níveis de fósforo sérico em mg/dl	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas. Cajazeiras - Brasil, 2018	20
Tabela 2 - Ocupação dos pacientes portadores de DRC. Cajazeiras - Brasil, 2018	22
Tabela 3 - Etiologia da DRC e seu tempo de diagnóstico. Cajazeiras - Brasil, 2018	22
Tabela 4 - Patologias associadas. Cajazeiras - Brasil, 2018	23
Tabela 5 - Tempo de tratamento hemodialítico. Cajazeiras - Brasil, 2018	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DRC	Doença Renal Crônica
DRT	Doença Renal em Estágio Terminal
KDIGO	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TSR	Terapia de Substituição Renal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA	12
3.2 HEMODIÁLISE	15
4 MÉTODO	18
4.1 TIPO DE ESTUDO	18
4.2 LOCAL DE PESQUISA	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	18
4.5 COLETA DE DADOS	19
4.6 ANÁLISE DE DADOS	19
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial presente também no Brasil. Essa mudança no perfil demográfico brasileiro vem ocorrendo aceleradamente. Em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas terão 60 anos ou mais de idade, deixando o Brasil entre os dez países mundiais em número de idosos (BRASIL, 2010). Devido ao envelhecimento da população, houve alteração no perfil de morbimortalidade, aumentando, em número, os agravos crônicos. Assim, vem se evidenciando o aumento mundial da prevalência da doença renal crônica (JAMES; HEMMELGARN; TONLELLI, 2010), tornando-se uma preocupação na saúde pública.

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como alteração da estrutura ou função do rim, causando lesão (presença de albumina na urina ≥ 30 mg/dia) ou perda da função (taxa da filtração glomerular < 60 ml/min/1.73m²) presente por um período igual ou superior a três meses (KDIGO, 2013). Consiste da perda irreversível da filtração ou depuração renal, cujo o tratamento pode ser iniciado com medicamentos, controle dos níveis da pressão arterial e dieta. Entretanto, quando em fases mais avançadas ou na falha na resposta do tratamento conservador, é indicado o início da terapia dialítica, principalmente quando paciente se encontra com quadro clínico urêmico (RIELLA, 2010).

Estudos apontam o Brasil como provável possuidor do terceiro maior programa de diálise do mundo, possuindo uma população mais jovem e com menor prevalência de diabetes melitus, que aquela descrita nos países desenvolvidos, apresentando melhores índices de morbimortalidade em comparação com os centros norte-americanos e europeus (GRASSMANN et al., 2005).

Segundo censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2016), houve um crescimento da população em diálise ao longo dos anos. O número total estimado de pacientes no país em 2016 foi de 122.825. Este número representa um acréscimo aproximado de 30 mil pacientes em relação ao ano de 2010. A incidência aproximada de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) é de 6%, dos quais cerca de 92% desses pacientes são tratados com hemodiálise e aproximadamente 8% com diálise peritoneal (SBN, 2016).

Existem poucos estudos que avaliam pacientes em terapia dialítica, principalmente no que tange as condições de saúde, os fatores de risco que levam à DRC terminal e os programas específicos voltados à atenção básica, objetivando a redução da sua prevalência na população. Esses dados são importantes por tornarem possível o uso mais racional dos recursos econômicos

destinados a essa terapêutica, a qual é de elevado custo, auxiliando no desenvolvimento de intervenções a serem implementadas. Essas medidas atuam com vista ao aumento da sobrevida, à redução do risco e à melhora da qualidade de vida dos pacientes, bem como ao controle de doenças associadas (MEDEIROS; ABENSUR, 2009).

Em relação à referida escassez de estudos clínico-epidemiológicos dos pacientes em hemodiálise, quando o foco se volta para a região nordeste do Brasil, percebe-se uma carência maior na literatura. Ademais, são poucos os estudos sobre a temática no sertão paraibano.

Em posse desse conhecimento, surgiu a necessidade de caracterizar os pacientes com DRC em hemodiálise na cidade de Cajazeiras-PB quanto aos aspectos sócio-demográficos, epidemiológicos, laboratoriais e clínicos, assim como as suas correlações com dados nacionais.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Descrever o perfil dos pacientes com DRC submetidos à hemodiálise na cidade de Cajazeiras-PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as características sócio demográficas (idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar) dos pacientes submetidos à hemodiálise;
- Descrever os possíveis fatores etiológicos da DRC dos renais crônicos tratados com hemodiálise;
- Descrever os principais exames laboratoriais realizados durante o tratamento dialítico;
- Descrever a prevalência das morbidades associadas à doença renal dos pacientes em hemodiálise.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC se insere em uma abordagem clínica diversificada, pois esta abrange desde o surgimento único de fatores de risco, percorrendo alterações que denotam injúria renal, caracterizada pela microalbuminúria, chegando até a redução progressiva da filtração glomerular. Nesse contexto, a DRC é definida como lesão renal por um período igual ou maior que três meses, onde são encontradas alterações estruturais ou funcionais dos rins, as quais podem ser evidenciadas por exames histopatológicas, testes de imagens ou na composição da urina e do sangue, mesmo na presença de filtração glomerular preservada (MEDEIROS; ABENSUR, 2009). Segundo *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (2013), a definição de DRC também engloba a redução na taxa ou no ritmo de filtração glomerular abaixo de $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, por um tempo superior a três meses, independentemente da presença ou ausência de lesão renal referida anteriormente (KDIGO, 2013).

As principais etiologias da DRC são doenças primárias renais, alterações do trato urinário e patologias sistêmicas que acometem os rins (BARROS; THOMÉ, 2006). Dentre as patologias sistêmicas podemos citar: diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; hipertensão arterial não controlada; lesões hereditárias; distúrbios vasculares; medicamentos e agentes tóxicos (RIBEIRO et al., 2009).

Estudos clínicos apontam que pacientes hipertensos, diabéticos, ou com história familiar positiva para nefropatias apresentam maior risco de desenvolver DRC (BARROS; THOMÉ, 2006). A hipertensão arterial é a causa mais frequente de DRC no Brasil e a segunda no mundo, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes de qualquer idade (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). A diabetes mellitus é a causa mais frequente de DRC no mundo e já é a segunda etiologia mais comum entre os pacientes em diálise no Brasil, uma vez que a hiperglicemia consiste em um fator de risco independente para nefrosclerose diabética. Além disso, os diabéticos apresentam risco aumentado de eventos cardiovasculares (KDIGO, 2002). Os familiares de pacientes portadores de DRC apresentam prevalência aumentada de hipertensão arterial, diabetes mellitus, proteinúria e doença renal, ou seja, além de predisposição direta para doença renal, ainda são susceptíveis a desenvolver fatores de risco desencadeadores da injúria renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Independente do fator desencadeante, na fase de progressão das patologias renais, tanto mecanismos hemodinâmicos quanto imunológicos estão presentes na fisiopatologia da DRC

(REMUZZI; BERTANI, 1998). Devido à perda da massa renal, os néfrons remanescentes alteram sua hemodinâmica glomerular, como forma de adaptação, desencadeando hipertensão e hipertrofia glomerular e, conseqüentemente, aumento na taxa de filtração por glomérulo. Entretanto, esse processo de adaptação, inicialmente benéfico, se presente por muito tempo, torna-se lesivo, levando a proteinúria, esclerose glomerular e agravamento na perda de massa renal funcionante (MEDEIROS; ABENSUR, 2009).

Diante desse processo progressivo de perda da função renal, os primeiros sintomas da DRC podem demorar anos para serem notados, apresentando manifestações clínicas e laboratoriais iniciais mínimas ou ausentes (FERNANDES et al., 2000). Por isso, o diagnóstico pode ser sugerido pela associação de um quadro clínico inespecífico. A sintomatologia principal abrange: nictúria, poliúria, oligúria, edema, hipertensão arterial, fraqueza, fadiga, anorexia, náusea, vômito, insônia, câibras, prurido, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorreia, amenorreia, atrofia testicular, impotência, déficit cognitivo, déficit de atenção, confusão e sonolência (CARPENITO, 1999).

Por outro lado, nos casos mais avançados de falência renal, quase a totalidade dos órgãos e tecidos sofrem seus efeitos. Ocorre um acúmulo de substâncias tóxicas no meio interno, seja por excreção deficiente, seja por excesso de produção, devido a distúrbios metabólicos, podendo culminar na perda dos equilíbrios acidobásico e volumétrico do organismo, o que, se não adequadamente manejado, pode levar à morte (RIELLA, 2010).

Em suma, sintomas clínicos importantes surgem quando a perda de néfrons é igual ou superior a 70%, tendo em vista que concentrações sanguíneas da maioria dos eletrólitos e volumes do líquido corporal podem ainda ser mantidos relativamente dentro da normalidade até que o número de néfrons funcionantes diminua abaixo de 20 a 30% do normal (GUYTON; HALL, 2002). Conforme a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) diminui, a doença renal pode ser classificada em leve, moderada, grave ou terminal. Existem inúmeras doenças nefrológicas que ocasionam a perda progressiva da função do rim, porém, após um período variável, estas evoluem para o estado conhecido de doença renal em fase terminal, definido pela queda irreversível da função renal para níveis residuais (< 15% do normal), sendo necessária a introdução de uma TRS (BASTOS et al., 2004).

Para a clínica e epidemiologia, a DRC pode ser dividida em seis fases, de acordo com o grau de comprometimento da função renal (ROMÃO JÚNIOR, 2004). Estes estágios são:

- Estágio 0 (função renal normal com ausência de lesão renal) – maior importância para a epidemiologia, tendo em vista que abrange pessoas em risco de desenvolver a

insuficiência renal, como hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC.

- Estágio 1 (lesão com função renal normal) – doença em fase inicial de injúria renal com filtração glomerular acima de 90 ml/min/1,73m².
- Estágio 2 (doença renal funcional ou leve) – nessa etapa há início da perda de néfrons, onde não existe alteração dos níveis de ureia e creatinina plasmáticos e nem sintomas clínicos importantes. Apenas métodos acurados de avaliação da função do rim detectarão anormalidades. A TFG está entre 60 e 89 ml/min/1,73m².
- Estágio 3 (doença renal laboratorial ou moderada) – apesar do quadro clínico, se presente, ser discreto, o paciente apresenta bom estado geral com sinais e sintomas, muitas vezes, relacionados à causa básica. Avaliação laboratorial simples já evidencia, geralmente, níveis elevados de ureia e de creatinina plasmáticos. Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min/1,73m².
- Estágio 4 (doença renal clínica ou severa) – nessa fase há quadro clínico de uremia, com presença de anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas digestivos. A filtração glomerular se encontra entre 15 a 29 ml/min/1,73m².
- Estágio 5 (DRC terminal) – os rins não controlam o equilíbrio interno, o qual se torna alterado e pode ser incompatível com a vida. O paciente apresenta estado geral comprometido e bastante sintomático. Compreende a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m².

A TFG, também denominado de ritmo de filtração glomerular, consiste no melhor índice de função renal, uma vez que a funcionalidade do néfron apresenta uma relação íntima com a filtração glomerular. O método disseminado para sua avaliação é a medida da depuração plasmática de certas substâncias (endógenas ou exógenas) pelos rins, as quais devem, preferencialmente, ser um marcador que não seja reabsorvido nem secretado pelo túbulo, apresentando uma depuração apenas por filtração glomerular. Na prática clínica, tradicionalmente, usa-se a depuração de creatinina medido em urina de 24 horas ou estimado com base em fórmulas que utilizam a creatinina sérica (MEDEIROS; ABENSUR, 2009).

Para efeitos de tratamento, iremos considerar somente os estágios de 2 a 5 da classificação da DRC, tendo em vista que os anteriores consistem no controle dos fatores de risco modificáveis que podem desencadear a lesão renal, como diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Muitos pacientes podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos nos estágios 2 e 3, então, se faz necessário, a realização de exames complementares para detectar, por exemplo, o aparecimento da proteinúria associada a hipertensão arterial, principais problemas dessas fases. A meta terapêutica fundamental, nesse momento, consiste na desaceleração do processo de perda de função renal por meio de uma rigorosa avaliação clínica (MEDEIROS; ABENSUR, 2009). Podemos enumerar como principais objetivos dessa conduta:

- 1) Diagnóstico, classificação do estágio e definição da nefropatia causadora da DRC, quando possível, para que as etiologias passíveis de reversão possam ser tratadas;
- 2) Identificação de fatores de risco para doença cardiovascular e dos fatores decisivos da progressão da DRC;
- 3) Diagnóstico e manejo de complicações da DRC.

Essa abordagem que visa retardar a DRC é de tratamento conservador. Apesar desse tratamento ter sua eficiência estabelecida, ainda não se conhece quantos pacientes com DRC progredirão para Doença Renal Crônica Terminal (DRT) e quais pacientes apresentam maior risco de necessitar de TRS. No entanto, torna-se lógico concluir que medidas de prevenção ou que retardem a evolução da doença renal terão impacto maior se forem realizadas precocemente. Ademais, é sempre importante enfatizar que o tratamento bem-sucedido da doença de base também é muito importante na prevenção de DRT (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A TRS consiste no tratamento que visa promover medidas que substituam a função renal, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, uma vez que os rins do paciente não conseguem estabelecer o equilíbrio interno. Por isso, é normalmente a terapia indicada para indivíduos com DRT, ou seja, no estágio 5 na classificação anterior. Para os pacientes que apresentam uma doença renal grave (estágio 4), mas os quais ainda não necessitam da TRS, preconiza-se a permanência da manutenção do tratamento conservador, bem como o preparo adequado para o início da TRS, como realização da fístula arteriovenosa utilizada na hemodiálise (BRASIL, 2014).

3.2 HEMODIÁLISE

A TRS deve ser indicada para pacientes renais crônicos com TFG inferior a 10 ml/min/1,73m². Entretanto, pacientes diabéticos e com idade inferior a 18 anos podem ter como critério de início da TRS uma TFG menor do que 15 ml/min/1,73m². Além desses critérios estabelecidos, deve-se atentar para a condição clínica e alteração laboratorial do paciente, tendo

em vista que as indicações se baseiam na presença de sinais e sintomas de uremia, além do nível de função renal. (BRASIL, 2014). Existem condições clínicas que, quando presentes, são sinalizadoras de DRC avançada e tornam mandatário o início de TRS, como pericardite urêmica, sobrecarga volêmica refratária ao uso de diuréticos, hipertensão não controlada, encefalopatia ou neuropatia periférica avançadas, diátese hemorrágica atribuída à uremia, hipercalcemia e acidose metabólica não controladas e desnutrição energético-proteica (MEDEIROS; ABENSUR, 2009).

A TRS compreende duas modalidades terapêuticas: método de depuração artificial do sangue (diálise) e implante de um aloenxerto renal (transplante renal). Por sua vez, a depuração renal pode ser realizada por dois métodos, a hemodiálise e a diálise peritoneal. Porém o transplante renal é a modalidade que garante melhor qualidade de vida e maior sobrevida (WOLFE et al., 1999). A escolha da terapêutica mais adequada deve ser individualizada, com intuito de promover uma melhor qualidade de vida e de reduzir a morbidade e a mortalidade, uma vez que as três modalidades de substituição da função renal apresentam vantagens e desvantagens, além de problemas médicos e técnicos, peculiares a cada método (MAZZUCHI; FERNÁNDEZ-CEAN; CARBONELL, 2000). Ademais a escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente (BRASIL, 2014).

A hemodiálise é a TRS mais usada no mundo para a manutenção de pacientes portadores de DRC. No Brasil, em 2016, 92,1% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise (SBN, 2016). Tem a finalidade de realizar, de forma artificial, o processo de remoção de resíduos metabólicos e de eletrólitos e líquidos excessivos do sangue. Para isso, uma máquina especial utilizada, a qual impulsiona o sangue por um circuito e uma solução balanceada por outro, fazendo com que circulem em lados opostos da membrana do dialisador ou capilar. Em média são realizadas três sessões por semana com duração de 03 a 04 horas (RIBEIRO et al., 2009).

Durante as sessões de hemodiálise, o paciente pode estar sujeito ao aparecimento de complicações, pois, pode haver um desequilíbrio eletrolítico provocado pela remoção do excesso de líquidos, o uso dos anti-hipertensivos pelos pacientes, e também por ajuste da hemodiálise de acordo com as necessidades individuais de cada paciente (RIBEIRO et al., 2009). As principais complicações agudas são: hipotensão arterial; câimbras musculares; convulsões; prurido; dor torácica; náuseas e vômitos; embolia gasosa; hipertensão arterial; febre e calafrios (BRUNNER, 1998). Como complicações crônicas, podemos citar: anemia grave, descalcificação, desnutrição, hepatite, aumento do peso por retenção hídrica e complicações

inerentes a morbidades associadas. Por esse motivo, há necessidade de acompanhamento clínico e tratamento adequado realizado pelo nefrologista em cada sessão de hemodiálise (FERMI, 2003).

Além da importância do controle rigoroso das complicações físicas, vale salientar que existem estudos os quais evidenciaram que a hemodiálise promove alterações no estilo de vida dos indivíduos e de seus familiares, desencadeando comprometimento nos aspectos emocionais, econômicos, sociais, laborais e outros. Ademais, a exposição crônica a fatores inóspitos relacionados à doença renal pode contribuir com o surgimento de transtornos mentais, como a depressão, uma vez que há bastante tempo gasto nas sessões de hemodiálise, constantes consultas médicas, frequentes exames laboratoriais, dietas rigorosas e expectativa de transplante (COSTA; COUTINHO, 2014). Diante disso, torna-se necessário estimular as capacidades adaptativas para o novo estilo de vida, incentivando a tomada do controle do seu tratamento e de sua vida, para, conseqüentemente, melhorar seu ajustamento (RESENDE; NERI, 2009).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo é um corte transversal de abordagem quantitativa. O estudo transversal produz um retrato da situação de saúde de uma população em relação a causa-efeito investigada, ou seja, o fator e o efeito são observados no mesmo momento histórico, gerando dados de prevalência de maneira objetiva (PEREIRA, 2003). A pesquisa pode ser classificada quando a abordagem do problema em qualitativa e quantitativa, sendo, essa última definida como tudo que pode ser mensurado em números, classificado e analisado, utilizando-se de técnicas estatísticas (RAMOS; RAMOS; BUSNELLO, 2005).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Clínica de Hemodiálise Nephro em Cajazeiras-PB. Essa cidade está inserida na região denominada de mesorregião do Sertão Paraibano, sendo uma das quatro mesorregiões do estado da Paraíba. Atualmente essa área é composta por quatro regiões metropolitanas (Patos, Cajazeiras, Sousa e Vale do Piancó) e formada pela união de 83 municípios agrupados em sete microrregiões (MOREIRA; TARGINO, 1997). Em 2015, Cajazeiras possuía uma população de 61.431 habitantes, divididos em 565,899 km² de área e perfazendo uma densidade demográfica média de 108,55 habitantes por quilômetro quadrado (CORREIA; CORREIA, 2015).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 67 indivíduos com DRC que realizam hemodiálise em Cajazeiras. A amostra foi constituída dos 50 pacientes que obedeceram os critérios de inclusão e exclusão, além de aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contido no anexo I.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados os seguintes critérios para seleção da amostra: ser apto para comunicar-se e concordar em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE, além de ser portador de DRC e de realizar tratamento com hemodiálise na referida clínica. Como critério de exclusão, iremos desconsiderar indivíduos menores de 18 anos e maiores de 65 anos.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de maio a junho de 2017, após a emissão do parecer do comitê de Ética em Pesquisa. Os pacientes já eram usuários dos serviços de hemodiálise. Após a identificação destes, uma explicação sobre o estudo e o sigilo relativo às informações e identidades foi fornecida, solicitando posteriormente a autorização do mesmo para aplicação do instrumento. Em seguida, foram solicitados a responder individualmente ao instrumento de coleta de dados (ANEXO II) previamente desenvolvido pelos pesquisadores por meio de questionário, garantindo-lhes a privacidade na aplicação do mesmo. Para maiores esclarecimentos, também foi solicitada autorização para coletar dados do prontuário.

O instrumento de coleta de dados constou de questões sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e laboratoriais (ureia, creatinina, albumina e eletrólitos séricos).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados quantitativamente de forma estatística simples por meio dos cálculos de frequências absolutas e percentuais, descritos e apresentados em tabelas e gráficos. Consideramos como variáveis independentes os dados sociodemográficas (idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar) e como dependentes a etiologia da doença renal, morbidades associadas e os resultados dos principais exames laboratoriais.

Os dados foram processados no programa Excel para a construção de um banco de dados referentes às variáveis quantitativas e expresso em gráficos e tabelas com o auxílio da planilha *Excel* para *Windows XP* versão 2007.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram considerados nesse estudo. Logo, a pesquisa foi encaminhada para Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras e seguiu a recomendação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

A coleta de dados somente ocorreu com o parecer de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 67260417.3.0000.5575 (ANEXO III). Foi solicitada permissão às instituições para a coleta de dados. O consentimento prévio dos pacientes e a assinatura do TCLE foram assegurados. Também foi garantida liberdade ao paciente para participar ou não do estudo, sem prejuízo ao seu atendimento. Sua participação no estudo foi voluntária, sendo assegurado o sigilo das informações e a garantia do anonimato.

5 RESULTADOS

Dos 67 pacientes que realizam hemodiálise no hospital em estudo, 11 foram excluídos por terem mais de 65 anos, quatro por recusarem a participar da pesquisa e os demais por impossibilidade para responder o questionário, restando 50 pacientes. Os dados foram organizados em tabelas as quais resumem os dados sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos.

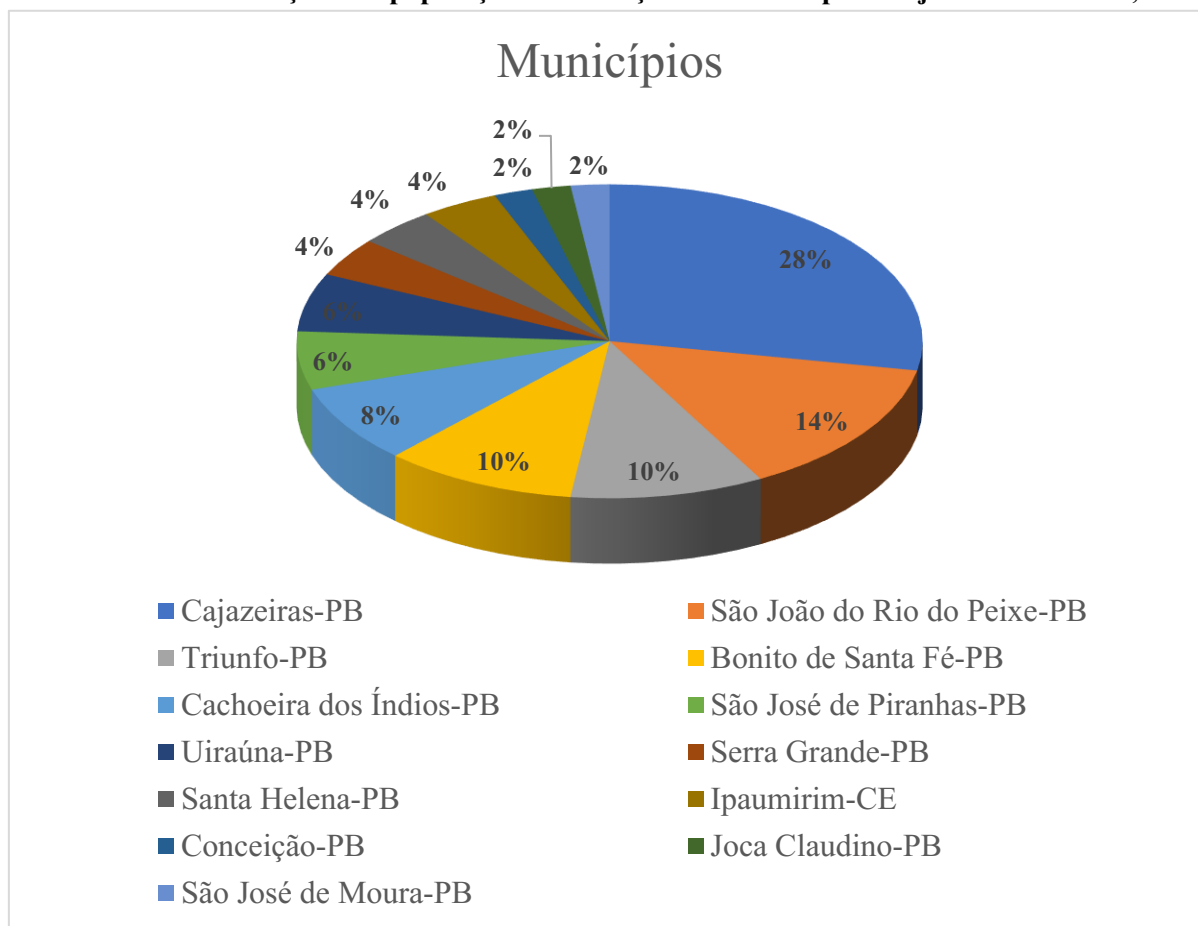
Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas. Cajazeiras - Brasil, 2018.

Variáveis	Nº	%		
Idade				
De 20 a 29 anos	2	4		
De 30 a 39 anos	9	18		
De 40 a 49 anos	11	22		
De 50 a 59 anos	14	28		
De 60 a 65 anos	14	28		
Sexo				
Feminino	19	38		
Masculino	31	62		
Raça				
Branco	9	18		
Negro	15	30		
Pardo	26	52		
Estado Civil				
Solteiro	14	28		
Casado	32	64		
Divorciado	1	2		
Viúvo	3	6		
Escolaridade				
Não alfabetizado	14	28		
Ensino fundamental incompleto	28	56		
Ensino fundamental completo	3	6		
Ensino médio completo	4	8		
Ensino superior completo	1	2		
Renda Familiar				
01 Salário mínimo	1	2		
02 Salários mínimos	44	88		
03 ou mais Salários mínimos	5	10		
	Média	Desvio-padrão	Mediana	
Idade	49,66	9,58	50,50	

A distribuição dos dados de perfil sociodemográfico pode ser observada na Tabela 1. Os pacientes tinham entre 23 e 65 anos, com idade média de 49,66 anos ($\pm 9,58$), predominando a faixa etária entre 50 e 65 anos. Dos 50 indivíduos participantes do estudo, a maioria era do sexo masculino e parda. Em relação ao estado civil, houve predomínio de casados. A maior parte possuía baixa escolaridade – sem instrução e com ensino fundamental incompleto. A renda familiar mensal preponderante era de dois salários mínimos.

Em relação à procedência, 72% dos pacientes renais crônicos não moravam no município de Cajazeiras (Gráfico 1), tendo que se deslocar das cidades circunvizinhas de origem para a realização da hemodiálise. No entanto, quase a totalidades dos indivíduos eram procedentes do estado da Paraíba e uma minoria morava em uma cidade do Ceará.

Gráfico 1 - Distribuição da população em relação ao município. Cajazeiras - Brasil, 2018.



De acordo com a ocupação dos renais crônicos submetidos à hemodiálise na clínica estudada, a maioria dos entrevistados, encontravam-se aposentados ou com licença saúde (Tabela 2). Dentre a população que desenvolvia alguma atividade profissional 14% era agricultora.

Tabela 2 – Ocupação dos pacientes portadores de DRC. Cajazeiras - Brasil, 2018.

Ocupação	Nº	%
Aposentado	24	48
Do lar	8	16
Agricultor	7	14
Desempregado	1	2
Outros	10	20
Total	50	100

A hipertensão arterial foi a etiologia da DRC mais citada, ficando a diabetes mellitus em segundo lugar. Cinco pacientes tinham etiologias desconhecidas. O tempo médio de diagnóstico das patologias causadoras da DRC foi de 59,08 meses ($\pm 33,80$), com mediana de 48 meses, ou seja, quatro anos (Tabela 3). Nos pacientes hipertensos, encontrou-se que 12 (48%) foram diagnosticados antes do período dialítico e 9 destes referiram ter mais de cinco anos de diagnóstico. Entre os diabéticos, apenas três (25%) foram diagnosticados antes do tratamento com hemodiálise, possuindo entre 18 meses e 5 anos de diagnóstico.

Tabela 3 – Etiologia da DRC e seu tempo de diagnóstico. Cajazeiras - Brasil, 2018.

Etiologia da DRC	Nº	%
Hipertensão arterial	26	52
Diabetes melitus	12	24
Rins policísticos	4	8
Litíase renal	1	2
Pielonefrite	1	2
Glomerulonefrite	1	2
Indeterminada	5	10

Tempo de diagnóstico (meses)	
Média	59,08
Desvio-padrão	33,80
Mediana	48

Além da patologia de base, 20 pacientes relataram possuir outras morbidades associadas, sendo a hipertensão arterial e suas complicações citadas pela grande maioria dos 20 pacientes (98%), o restante possuía diabetes melitus (Tabela 4).

Tabela 4 – Patologias associadas. Cajazeiras - Brasil, 2018.

Patologias associadas	Nº	%
Presente	20	40
Ausente	30	60
Total	50	100

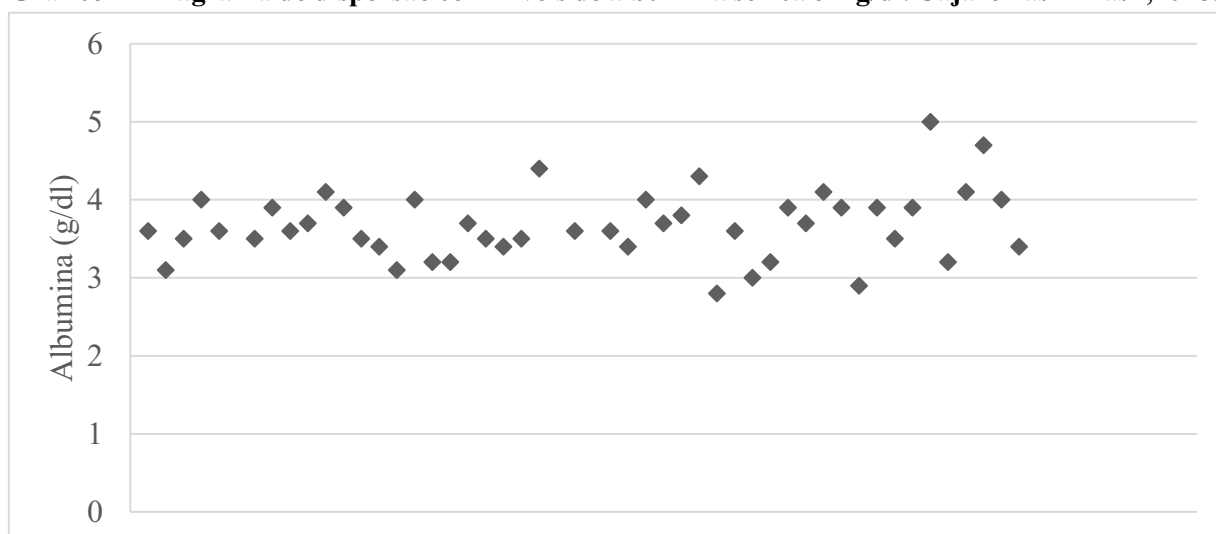
Quanto ao tempo que os entrevistados sofrem com a DRC, que é linear ao período que os mesmos realizam o tratamento hemodialítico, a maioria possuía mais de quatro anos, variando entre 3 meses e 13 anos, com média e mediana de 50,76 e 41 meses, respectivamente. Houve predomínio de renais crônicos com mais de 8 anos de tratamento.

Tabela 5 – Tempo de tratamento hemodialítico. Cajazeiras - Brasil, 2018.

Tempo de tratamento hemodialítico (anos)	Nº	%
< 1	5	10
1 – 2	8	16
2 – 3	4	8
3 – 4	6	12
4 – 5	4	8
5 – 6	7	14
6 – 7	4	8
7 – 8	3	6
> 8	9	18

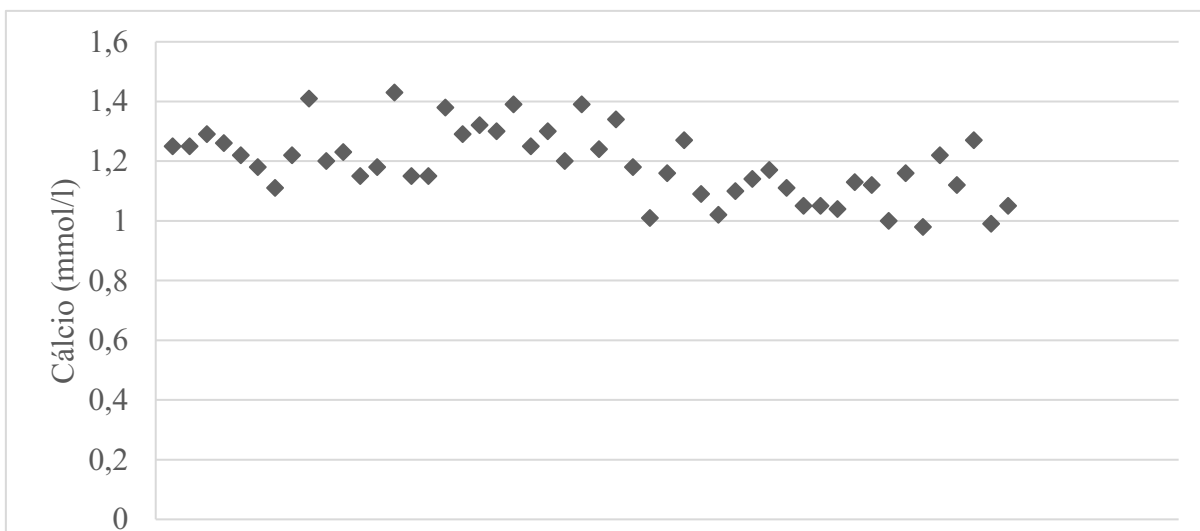
As variáveis de exames laboratoriais foram colhidas em uma única data, com intuito de garantir fidedignidade da interpretação dos dados, sendo observados os seguintes exames: níveis séricos de albumina, cálcio e fósforo. Outros exames não foram acrescentados no estudo, por uma deficiência considerável destes em registros dos pacientes.

Gráfico 2 - Diagrama de dispersão com níveis de albumina sérica em g/dl. Cajazeiras - Brasil,2018.



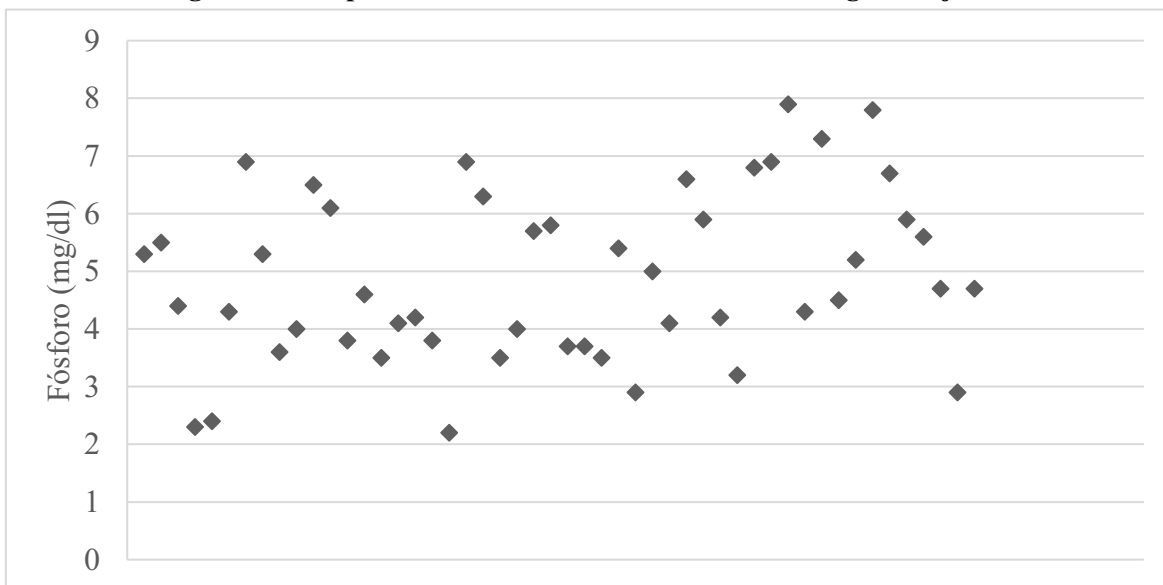
Em relação à dosagem da albumina sérica, seus níveis variaram de 2,8g/dl a 5,0g/dl. Para 68% destes predominaram valores de 3,0 a 4,0g/dl (Gráfico 2).

Gráfico 3 - Diagrama de dispersão com níveis de cálcio sérico em mmol/l. Cajazeiras - Brasil, 2018.



De acordo com o Gráfico 3, a maioria dos valores de cálcio concentraram-se entre 1,1mmol/l a 1,3mmol/l (60%), variando de 0,98mmol/l ao valor máximo de 1,43mmol/l.

Gráfico 4 - Diagrama de dispersão com níveis de fósforo sérico em mg/dl. Cajazeiras - Brasil, 2018.



O Gráfico 4 ilustra a dispersão do fósforo sérico com valores de 2,2mg/dl a 7,9mg/dl, sendo que a maioria dos valores (46%) se localiza entre 4,0mg/dl a 6,0mg/dl.

5 DISCUSSÃO

Os dados sociais e demográficos demonstram que 78% dos indivíduos estudados apresentam faixa etária variando entre 40 e 65 anos. Oliveira Junior, Formiga e Alexandre (2014), em estudo realizado em outra cidade da Paraíba, evidenciaram dados semelhantes, uma vez que 67% dos pacientes apresentaram entre 40 a 69 anos de idade. Vale salientar que a função renal diminui a partir dos 40 anos, aumentando a incidência de pacientes com doença renal a partir dessa faixa etária (SANTOS; BARRETOS; VIVAS, 2016).

Dos pacientes analisados, 72% correspondem à faixa etária entre 20 a 59 anos. Segundo Sesso et al (2016), no Brasil, o percentual de pacientes em diálise com idade de 19 a 64 anos foi de 66,4% em 2014. Entretanto, isso não se configura no cenário mundial, tendo em vista que, pouco mais de um milhão de pessoas são submetidas à hemodiálise e mais da metade possui idade superior a 65 anos (GUIMARÃES et al., 2016). Essa divergência da literatura nacional comparada ao encontrado em outros países constitui um achado social importante, já que a DRC normalmente tem o idoso como principal grupo de risco. A presença significativa de um novo perfil crescente de adultos em idade economicamente ativa, notadamente em países emergentes sobrecarrega o sistema previdenciário, devido aposentadorias precoces, além de gastos relacionados à saúde (BARBOSA et al., 2006).

Foi evidenciado que 62% dos renais crônicos estudados são do sexo masculino. Esse mesmo dado foi encontrado em estudos recentes desenvolvidos no Nordeste (MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014; RIBEIRO et al., 2014; SOARES et al., 2013), Norte (MELLO et al., 2017), Sul (TELLES et al., 2014) e Sudeste (CRAVO et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2016; COUTINHO; TAVARES, 2011) do Brasil, não havendo divergências em relação ao cenário nacional exposto no censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, que indicava discreta predominância (57%) do sexo masculino (SBN, 2016). Vale salientar que a progressão da doença renal é mais rápida em homens e em indivíduos de faixa etária mais avançada (BREGMANN, 2004). Segundo Oliveira e outros autores (2015), a maior prevalência de homens em tratamento com hemodiálise é justificada pela baixa procura dos homens aos serviços de saúde, deixando-os mais vulneráveis ao desenvolvimento de complicações doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial, principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC (SANTOS; BARRETOS; VIVAS, 2016). Ademais, a prevalência da hipertensão arterial nos homens é quase três vezes maior que nas mulheres (NOMURA, PRUDÊNCIO, KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

No presente estudo houve uma prevalência da cor parda (52%) entre os pacientes em hemodiálise, o que está de acordo com dados da literatura (LANZA et al., 2008; MELLO et al., 2017; SANTOS, 2006). Divergindo destes resultados, outros estudos realizados no Nordeste (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014; OLIVEIRA et al., 2015), Sul (TELLES et al., 2014) e Sudeste (CRAVO et al., 2011) do Brasil apresentaram prevalência da etnia branca. Isso se deve provavelmente à grande extensão do território nacional, com divergências de etnias entre as regiões e elevada prevalência de miscigenação. É importante salientar que a literatura sugere a inexistência de fatos conclusivos de afrodescendentes ou outras etnias estarem mais vulneráveis à DRC (ZAMBONATO; THOMÉ; GONÇALVES, 2008).

Foi evidenciado um elevado percentual de casados no estudo (64%). Resultado semelhante foi encontrado na literatura. Em análise do perfil socioeconômico de 245 indivíduos submetidos à hemodiálise em João Pessoa-PB, Oliveira et al (2015) observaram que 66% apresentava união estável (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014). Presume-se que a prevalência predominante de uniões estáveis esteja associada a idade dos pacientes, em sua maioria com mais de 30 anos. Faixa etária está caracterizada pela maior procura relacionamentos sólidos e constituição de família. Ao analisar esse dado, um estudo associou a existência de cônjuge à melhor adesão do cliente ao tratamento dialítico (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013).

No que tange a escolaridade, dos entrevistados, 56% não havia completado o ensino fundamental. Em estudo realizado na cidade de Sousa-PB com 76 pacientes em tratamento de hemodiálise, verificou-se que a maioria tinha ensino fundamental incompleto (51%) (MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014). É importante ressaltar que a taxa de analfabetismo encontrada foi de 28%, sendo superior aos 17,3% encontrado por Coutinho e Tavares (2011) e aos 20% citado por Guimarães e autores (2016), ambas realizadas em centros de hemodiálise localizados no Sudeste do Brasil. Quando comparado as cidades do Nordeste, a prevalência de pacientes sem instrução é semelhante ao encontrado no nosso estudo, 28% (MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014) e 32% (RIBEIRO et al., 2014). Isso denota que o Nordeste ainda é a região que registra mais analfabetos, mesmo apresentando uma redução na taxa de analfabetismo nos últimos anos, caindo de 32,7% para 19,9% (COUTINHO; TAVARES, 2011). Devido à baixa escolaridade, o entendimento dos pacientes a respeito das informações fornecidas pelos profissionais, além da compreensão do procedimento hemodialítico, podem estar prejudicados, comprometendo o tratamento e o estado de saúde destes (RIBEIRO et al., 2014). Portanto, é necessário, para que

melhore a adesão da terapêutica, que os profissionais de saúde utilizem uma linguagem popular e de métodos participativos para transmitir as informações e orientações (OLIVEIRA et al., 2015).

Com relação aos dados relacionados à situação de renda, 88% dos pacientes referiram possuir renda familiar de dois salários mínimos, o que caracteriza baixo nível socioeconômico. Barbosa e outros autores (2006) evidenciaram que a renda é um fator que pode dificultar a terapêutica dialítica, levando em conta os gastos com saúde envolvidos. Foi evidenciado que indivíduos com baixa renda, pouco estudo, pertencentes a minorias étnicas ou raciais, de origem indígena, ou em situação de risco social, sofrem com elevadas taxas de DRC e contribuem para as complicações associadas (GARCIA-GARCIA; JHA, 2015).

Dos 50 indivíduos analisados nesse estudo, 36 (72%) não moravam no município de Cajazeiras-PB, refletindo a organização centralizada de distribuição dos centros de diálise do país, devido à falta de investimentos públicos na abertura de novos centros de hemodiálise em cidades menores, ocasionando transtornos aos pacientes que precisam se deslocar três vezes por semana, para terem acesso ao tratamento (MELLO et al., 2017).

Quanto à ocupação, 48% eram aposentados e 16%, do lar e 14%, agricultores. Outros estudos também encontraram maior percentual de aposentados (TERRA; COSTA, 2007). De acordo com esses resultados, a população submetida à hemodiálise encontra-se inativa economicamente. Isso pode levar ao comprometimento do tratamento, uma vez que, além do comprometimento financeiro, a atividade laboral tem papel importante na existência do indivíduo (RIBEIRO et al., 2014).

O trabalho é item fundamental na avaliação da qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, estando intimamente associado à autoestima e à representação do papel produtivo diante da sociedade (CARREIRA; MARCON, 2003). Corroborando com esse fato, Niu e Li (2005) afirmaram que o emprego e a atividade de ocupação entre os pacientes submetidos à hemodiálise tem sido um importante fator que pode melhorar a qualidade de vida desses pacientes, sendo de extrema importância a inserção desses indivíduos em ofícios, assim que possível.

Sobre a etiologia, constatou-se que 52% possuem como causa da DRC a Nefropatia Hipertensiva, 24% Nefropatia Diabética, 10% indeterminada, 8% Doença Renal Policística e 6% outras patologias. Resultados semelhantes foram encontrados no Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014 (SESSO et al., 2016), no qual os mais frequentes foram Hipertensão Arterial (35%) e Diabetes (29%), seguidos por Glomerulonefrite Crônica (11%) e Rins

Policísticos (4%); outros diagnósticos foram feitos em 11% e este foi indefinido em 9% dos casos.

Diversos autores na literatura mostram a ocorrência de hipertensão arterial e diabetes melitus como principais etiologias para DRC, sendo a nefropatia hipertensiva a principal causa no Brasil (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014; TELLES et al., 2014; GUIMARÃES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015). No entanto, a nefropatia diabética é apontada como principal causa de DRC nos países desenvolvidos (SANTOS; BARRETOS; VIVAS, 2016). No Brasil, até 2012, a prevalência de hipertensão arterial foi de 50% na faixa etária de 55 a 64 anos e de 59,2% em pessoas com 65 anos ou mais (BRASIL, 2012). Além dessa elevada prevalência, vale ressaltar que a referida patologia é considerada fator de risco independente para desenvolvimento de insuficiência renal crônica terminal (KLAG et al., 1996).

Vale salientar que a hipertensão arterial e a função renal estão intimamente relacionadas, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal. Logo, a elevada percentagem de pacientes hipertensos pode estar relacionada ao diagnóstico da DRC em uma fase avançada, na qual já haja a elevação da pressão arterial devido ao quadro renal descompensado (GUIMARÃES et al., 2016).

No que tange ao tempo em hemodiálise, houve uma variação de 3 meses a 13 anos, onde 54% possuíam mais de quatro anos de terapêutica dialítica. O tempo médio de tratamento era de 4 anos e três meses, coincidindo com os dados do estudo de Oliveira e outros autores (2015), que observaram tempo de hemodiálise superior a 4 anos em cerca de 45% da população estudada. Dessa forma, pode-se deduzir que há alta incidência tratamentos dialíticos e baixa proporção de mortalidade após quatro anos de tratamento. Estudos ressaltam que, para aumentar sobrevida em diálise, é indispensável que o indivíduo adquira compreensão, adaptação e participação no tratamento (MELLO et al., 2017).

As comorbidades citadas no nosso estudo foram: hipertensão arterial sistêmica (95%) e a diabetes mellitus (5%). Concordando com um estudo realizado em São Paulo, o qual encontrou, como patologias associadas doença renal e hipertensão arterial sistêmica em 86,9% dos pesquisados e diabetes mellitus em 45,3% (PÚBLIO et al., 2015). A hipertensão arterial consiste de uma causa importante de morbimortalidade em pacientes em diálise. Diante disto, para que haja aumento da sobrevida desses indivíduos, é imprescindível o acompanhamento rigoroso e atento do quadro clínico do paciente, assim como, o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos (MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014).

A maioria dos resultados de exames analisados estava fora dos valores normais de referência, concordando com o estudo de Guerra-Guerrero, Sanhuesa-Alvarado e Cáceres-Espina (2012), o qual encontrou vários exames laboratoriais alterados, como o valor do hematócrito, creatinina, paratormônio, ferritina, cálcio e fósforo. Este estudo apresentou ainda que valores alterados de albuminemia e a creatinemia interferem na qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico.

Dentre os exames realizados em pacientes submetidos à hemodiálise, o fósforo e o cálcio têm papel importante para a avaliação do tratamento periódico, uma vez que distúrbios no equilíbrio de cálcio, fósforo, calcitriol e paratormônio ocorrem precocemente nos pacientes com DRC e são fundamentais na patogênese das doenças ósseas (SESSO; FERRAZ, 2003). Baseado em valores padrões (2,1-2,5 mmol/l) do cálcio plasmático (MOTTA, 2013), ocorreu hipocalcemia em todos os pacientes analisados, com valor máximo de 1,43mmol/l. São considerados normais níveis de fósforo de 2,5 a 4,5mg/dl (MOE, 2006). Diante disto, 50% dos pacientes apresentaram hiperfosfatemia, com valores de 4,6mg/dl a 7,9mg/dl. Contrastando com o estudo de Costa e Cruz (2013), o qual encontrou níveis de cálcio e fósforo sérico dentro das recomendações das diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia em 68,92%, 51,35%, respectivamente. Pacientes com longo período de tratamento dialítico podem apresentar reduções moderadas dos níveis de cálcio sérico, sendo de origem multifatorial em muitos casos, como a causada pela hiperfosfatemia. Ademais, defeitos como estes no metabolismo mineral relacionam-se à deficiência de vitamina D (MOTTA, 2009).

As concentrações séricas normais de albumina encontram-se entre 3,5g/dl e 5,0g/dl. A albumina sérica apresenta-se diminuída em 13 pacientes dos 47 que possuíam esse dado registrado em prontuário (27,66%). Esse exame é comumente utilizado para avaliar o estado nutricional de pacientes em hemodiálise, estando relacionado, quando em níveis muito baixos (< 2,5g/dl), a maior risco de mortalidade, tanto na população em hemodiálise como em diálise peritoneal. Entretanto, outros aspectos devem ser considerados por alterarem os valores de albumina (distribuição corporal, alterações nutricionais resistentes ao tratamento e resposta inflamatória). Por isso, avaliar corretamente o estado nutricional destes pacientes é ainda um desafio a ser enfrentado pela nefrologia clínica (SANTOS et al., 2004).

6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, pode-se afirmar que o principal objetivo deste trabalho foi obtido, por meio do estabelecimento do perfil epidemiológico dos portadores de Doença Renal Crônica em terapia com hemodiálise numa cidade do sertão paraibano.

O conhecimento do perfil dos pacientes salienta a importância de medidas de promoção à saúde e prevenção da doença renal crônica entre os portadores de hipertensão arterial principalmente, além de ser instrumento para estudos posteriores, focado no contexto paraibano, servindo para subsidiar condutas que melhorem a assistência e a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, D. A. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 304-309, set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300008>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- BARROS, E.; THOMÉ, F. Prevenção das doenças renais. In: BARROS, E. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. cap. 4, p. 59-61.
- BASTOS, M. G.; CARMO, W. B.; ABRITA, R. R.; ALMEIDA, E. C.; COSTA, D. M. N.; GONÇALVES, J. A.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, F. R.; PAULA, L. B. Doença renal crônica: problemas e soluções. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 24, n. 4, p. 202-215, 2004. Disponível em: <www.jbn.org.br/export-pdf/313/26-04-04.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 56, n. 2, p. 248-53, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200028>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.** v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, n. 112, sessão 1, p. 59, jun. 2013. Disponível em: Acesso em: 25 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 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**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BREGMANN, R. Anemia na doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 31, n. 1, p. 36-39, 2009. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1326/pt-BR/anemia-na-doenca-renal-cronica>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- BRUNNER, L. S. Cuidados aos pacientes com disfunção urinária e renal. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- CARPENITO, L. J. **Plano de cuidados e documentação**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 619-23

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 823-831, dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600018>>. Acesso em: 10 set. 2017.

CORREIA, P. E.; CORREIA, A. **Patos se reúne com mais de 20 cidades e forma a nova região metropolitana da PB**. Disponível em: <<http://portalcorreio.uol.com.br/politica/politica/maispolitica/2015/03/19/NWS,256259,7,416,POLITICA,2193-PATOS-REUNE-CIDADES-FORMA-NOVA-REGIAO-METROPOLITANA.aspx>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L. Hemodiálise e depressão: representação social dos pacientes. **Psicol. estud.** Maringá, v. 19, n. 4, p. 657-667, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722381608>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

COSTA, R. S.; CRUZ, A. P. Perfil dos níveis de cálcio iônico, fósforo, produto cálcio-fósforo e paratormônio em pacientes hemodialisados. **Rev Para Med**. Belém, v. 27, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n1/a3504.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 19, n 2, p. 232-9, 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_232-239.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

CRAVO, C. D. L.; MIRAZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; SOUZA JÚNIOR, J. L. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um Hospital Universitário. **Cienc Cuid Saude**. Maringá, v. 10, n. 1, p. 110-115, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10720>>. Acesso em: 22 set. 2017.

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu; 2000.

FREITAS, E. B.; BASSOLI, F. A.; VANELLI, C. P. Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais. **HU Revista**. Juiz de Fora, v. 39, n. 1 e 2, p. 45-51, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1928/2023-12859-1-pb.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

GARCIA-GARCIA, G.; JHA, V. DRC em Populações Desfavorecidas. **J. Bras. Nefrol**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 14-18, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/pt_0101-2800-jbn-37-01-0014.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

GRASSMANN, A.; GIOBERGE, S.; MOELLER, S.; BROWN, G. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. **Nephrol**.

Dial Transplant. v. 20, p. 2587-2593, 2005. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfi159>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

GUERRA-GUERRERO, V.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; CACERES-ESPINA, M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 838-846, out. 2012. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500004>>. Acesso em: 12 set. 2017.

GUIMARÃES, G. L.; GOVEIA, V. R.; MENDONZA, Y. Q.; CORRÊA, A. R.; MATOS, S. S.; GUIMARÃES, J. O. Perfil do paciente em uso de cateter venoso central em hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v. 10, n. 12, p. 4434-42, dez. 2016. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11507/0>>. Acesso em: 20 out. 2017.

GUYTON, A. C.; HALL, J. **Tratado de fisiologia médica.** 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JAMES, M. T.; HEMMELGARN, B. R.; TONLELLI, M. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. **Lancet.** v. 375, n. 9722, p. 1296–1309, 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20382326>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

KDIGO. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am. J. Kidney Dis.** v. 39, n. 2, p. 1-246, 2002. Disponível em:
<https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

KDIGO. KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int.** v. 3, n. 1, p. 1-150, 2013. Disponível em:
<http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

KLAG, M. J.; WHELTON, P. K.; RANDALL, B. L.; NEATON, J. D.; BRANCATI, F. L.; FORD, C. E.; SHULMAN, N. B.; STAMLER, J. Blood pressure and end-stage renal disease in men. **N. Engl. J. Med.** v. 344, n. 1, p. 13, 1996. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7494564>>. Acesso em: 22 set. 2017.

LANZA, A. H. B.; CHAVES, A. P. A.; GARCIA, R. C. P.; BRANDÃO, J. A. G. Perfil biopsicossocial de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Arq. Bras.de Ciências da Saúde.** Santo André, v. 33, n. 3, p. 141-5, 2008. Disponível em:
<<files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2008/v33n3/a141-145.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

LUGON, J. R. Chronic Kidney Disease in Brazil: A Public Health Problem. **J. Bras. Nefrol.** v. 31, n. 1, p. 2-5, 2009. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1321>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

MAZZUCHI, N.; FERNÁNDEZ-CEAN, J. M.; CARBONELL, E. Criteria for selection of ESRD treatment modalities. **Kidney Int.** v. 57, n. 174, p. 136-143, 2000. Disponível em:

<[http://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)47054-1/abstract](http://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)47054-1/abstract)>. Acesso em: 25 abr. 2016.

MEDEIROS, F. S. R.; ABENSUR, H. Doença Renal Crônica. **Clínica Médica**. Barueri: Manole, 2009. v. 3, p. 637-651.

MELO, W. F.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**. Vitória da Conquista, v. 7, n. 2, p. 142-156, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/285>>. Acesso em: 22 set. 2017.

MELLO, M. V. F. A.; MENEZES, K. S. P.; PIRES, K. K. C.; ANGELO, M. Panorama da doença renal terminal em um estado da Amazônia brasileira. **REME – Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 21, 2017. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-30564>. Acesso em: 22 set. 2017.

MOE, S. M. **Metabolismo do Cálcio, do Fósforo e da Vitamina D nas Doenças Renais e na Insuficiência Renal Crônica**. In: KOPPLE, J. D.; MASSRY, S. Cuidados Nutricionais das Doenças Renais. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MOREIRA, E.; TARGINO, I. **Capítulos de Geografia Agrária da Paraíba**. João Pessoa: Editora da UFPB. 1997.

MOTTA, V. T.; **Bioquímica Clínica para laboratório** – Princípios e Interpretações. 5ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2009.

MOTTA, T. V.; **Bioquímica Clínica para laboratório** – Princípios e Interpretações. 4ª Edição. Ed. Robe, 2003.

NIU, S. F.; LI, I. C. Quality of life patients having renal replacement therapy. **J. Adv. Nurs**. Taiwan, v. 51, n. 1, p. 15 – 21, jul. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15941456>>. Acesso em: 22 set. 2017.

NOMURA, P. I.; PRUDENCIO, L. A. R.; KOHLMANN JR, O. Características do indivíduo hipertenso. **J. Bras. Nefrol**. São Paulo, v. 17, n 1, p. 13-20, 1955. Disponível em: <www.jbn.org.br/export-pdf/1037/17-01-05.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

OLIVEIRA JUNIOR, H. M.; FORMIGA, F. F. C.; ALEXANDRE, C. S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. **J. Bras. Nefrol**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 367-374, set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140052>>. Acesso em: 22 out. 2017.

OLIVEIRA, C. S.; SILVA, E. C.; FERREIRA, L. W.; SKALINSKI, L. M. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 29, n. 1, p. 42-49, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12633>>. Acesso em: 22 set. 2017.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PÚBLIO, L. R.; PÚBLIO, T. R.; FARIA, R. N.; VIANA, T. C. **Perfil bioquímico e hematológico dos pacientes submetidos à hemodiálise em uma unidade de saúde de Guanambi-BA**. Guanambi: Faculdade Guanambi, 2013.

RAMOS, P.; RAMOS, M. M.; BUSNELLO, S. J. **Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese**. Blumenau: Acadêmica; 2003.

REMUZZI, G.; BERTANI, T. Patrophysiology of progressive nephropathies. **N. Engl. J. Med.** v. 339, n 20, 1148-56, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9811921>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 767-776, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a17>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

RIBEIRO, I. P. Perfil epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica. **Enferm. Foco**. Salvador, v. 5, n. 3, p. 65-69, 2014. Disponível em: <revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/567/249>. Acesso em: 22 set. 2017.

RIBEIRO, R. C. H. M.; FERRARI, R. R.; BERTOLIN, B. C.; CANOVA, J. C. M.; LIMA, L. C. E. Q.; RIBEIRO, D. F. O perfil sócio-demográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 16, n. 4, p. 175-180, 2009. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK6_out-dez_2010.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J. Bras. Nefrol.** v. 26, n. 3, 2004. Disponível em: <www.jbn.org.br/details/1183/en-US>. Acesso em: 25 abr. 2016.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 52, n. 5, p. 356-359, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2017.

SANTOS, A. R.; BARRETOS, C. S.; VIVAS, W. L. P. Perfil hematológico em pacientes renais crônicos. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Aracaju, v. 3, n. 3, p. 177-194, out. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/2961>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SANTOS, N. S. J. DRAIBE, S. A.; KAMIMURA, M. A.; CUPPARI, L. Albumina sérica como marcador nutricional de pacientes em hemodiálise. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 17, n. 3, p. 339-349, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000300007>>. Acesso em: 10 set. 2017.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de Diálise da SBN. 2016.** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2016>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SESSO, R. C. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **J. Bras. Nefrol.** v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0476.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

SESSO, R. C.; FERRAZ, M. B. Avaliação Crítica do Sevelamer no tratamento da Hiperfosfatemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **Rev. Assoc Med Brás.** v. 49, n. 1, p. 103-8, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15389.pdf>>. Acesso em 17 Maio 2016.

SOARES, G. L.; OLIVEIRA, E. A. R.; LIMA, L. H. O.; FORMIGA, L. M. F.; BRITO, B. B. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. **Rev. Mult. Saúde Hosp São Marcos.** Teresina, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7946/1/2013_art_lholima.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

TELLES, C. T. Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Rene.** Fortaleza, v 15, n 3, p. 420-6, maio-jun. 2014. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1564/pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **R Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 430-6, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a18.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

WOLFE, R. A.; ASHBY, V. B.; MILFORD, E. L.; OJO, A. O.; ETTENGER, R. E.; AGODOA, L. Y.; HELD, P. J.; PORT, F. K. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. **N. Engl. J. Med.** v. 341, p. 1725-30, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10580071>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. D.; GONÇALVES, L. F. S. Perfil Socioeconômico dos Pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 30, n. 3, p. 192-9, 2008. Disponível em: <www.jbn.org.br/export-pdf/57/30-03-05.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa: “**PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NO SERTÃO PARAIBANO**”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a participação no estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias: Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Pesquisador Responsável: João Kennedy Teixeira Lima - Telefone: (088) 9997 4817; E-mail: drjoaokennedy@gmail.com.

Pesquisadores participantes: Joyce Carolle Bezerra Cavalcante – Telefone: (083) 998081148; E-mail: joycbez@gmail.com

O objetivo é caracterizar os pacientes com Doença Renal Crônica em hemodiálise no Sertão da Paraíba, sendo as cidades de Cajazeiras, Sousa e Patos as de interesse, quanto aos aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, laboratoriais e clínicos, assim como as suas correlações com dados nacionais. Estou convidando os pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento de hemodiálise, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores (CFP) Campus Cajazeiras. O CEP - Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão que avalia os projetos de pesquisa na tentativa de proteção do indivíduo a ser estudado. Se houver autorização serão coletados os dados por meio de entrevista e acesso ao prontuário: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, doença de base, morbidades associadas e resultados de exames laboratoriais. Os riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões, constrangimento, que possam ser provocados pela pesquisa, são mínimos, o maior risco seria a divulgação de sua identidade, porém me comprometo a manter seu nome em segredo; os benefícios possivelmente serão relacionados com melhor entendimento da assistência no serviço de Nefrologia. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em publicações e eventos científicos e serão apresentados os dados de todos os voluntários juntos e seu nome não aparecerá.

Em caso de dúvidas, entrar em contato.

• CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e

esclarecido pelo pesquisador João Kennedy Teixeira Lima sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores (CFP) Campus Cajazeiras – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares – Tel (83) 3532-2000 - CEP 59800000

_____ - PB/_____/_____/_____

Assinatura do participante ou sujeito:

Assinatura do pesquisador:

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome		Nº
Profissão	Sexo	Idade
Escolaridade	() Médio	() Superior incompleto
	() Outro	() Superior completo
Estado Civil	Etnia	
Renda familiar		
Naturalidade		
Procedência		
Informação da patologia		
1. Tempo de diagnóstico		
2. Patologia de base		
3. Outra(s) patologia(s) associada(s)		
Exames Laboratoriais		
1. Ureia		
2. Creatinina		
3. Cálcio e fosfato		
4. Proteínas totais e frações		

ANEXO III



UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS, SERTÃO PARAIBANO

Pesquisador: JOÃO KENNEDY TEIXEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67260417.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.061.096

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS, SERTÃO PARAIBANO, 67260417.3.0000.5575 e sob responsabilidade de JOÃO KENNEDY TEIXEIRA LIMA trata de apresentar o perfil dos pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise na cidade de Cajazeiras.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS, SERTÃO PARAIBANO tem por objetivo principal traçar o perfil dos pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise na cidade de Cajazeiras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS, SERTÃO PARAIBANO é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa JOÃO KENNEDY

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Telefone: (83)3532-2075

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

TEIXEIRA LIMA redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS, SERTÃO PARAIBANO, número 67260417.3.0000.5575 e sob responsabilidade de JOÃO KENNEDY TEIXEIRA LIMA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_862753.pdf	06/05/2017 20:38:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOD.pdf	17/04/2017 18:13:14	JOAO KENNEDY TEIXEIRA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/03/2017 21:45:56	JOAO KENNEDY TEIXEIRA LIMA	Aceito
Outros	autorizacaohrc.pdf	20/03/2017 21:42:30	JOAO KENNEDY TEIXEIRA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	fratual.pdf	20/03/2017 21:37:16	JOAO KENNEDY TEIXEIRA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 12 de Maio de 2017

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)