

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

HELDER MATHEUS ALVES FERNANDES

**PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO
PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

MOSSORÓ/RN

2021

HELDER MATHEUS ALVES FERNANDES

**PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO
PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Monografia apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Bacharelado em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Me. Heloisa Alencar Duarte.

MOSSORÓ/RN

2021

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana

F363p Fernandes, Helder Matheus Alves.

Perdas além do processo dialítico: uma ressignificação psicossocial através do padrão dietético em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico / Helder Matheus Alves Fernandes. – Mossoró, 2021.

83 f. : il.

Orientador: Profa. Esp. Heloisa Alencar Duarte.
Monografia (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Doença renal crônica. 2. Hemodiálise. 3. Psicossocial.
4. Nutrição. I. Duarte, Heloisa Alencar. II. Título.

CDU 613.2:616.61

HELDER MATHEUS ALVES FERNANDES

**PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO
PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Monografia apresentado pelo Aluno Helder Matheus Alves Fernandes, do Curso de Bacharelado em Nutrição da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido conceito de APROVADO, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado em: 29/11/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ma. Heloisa Alencar Duarte
Orientadora – FACENE/RN

Esp. Ana Karollyne Queiroz de Lima
Membro – FACENE/RN

Ma. Lissa Melo Fernandes de Oliveira
Membro – FACENE/RN

Dedico esta monografia a todos os pacientes que tiveram a Doença Renal Crônica e que, infelizmente, faleceram por complicações/progressão desta doença. Também, àqueles que ainda estão enfrentando esse problema, desejando-lhes força, fé, resistência, resiliência nesse processo, para que consigam adaptar-se às perdas além do processo dialítico e, acima de tudo, nunca desistam do tratamento até a espera do transplante, o que possibilitará longevidade bem como qualidade e ressignificação de vida.

O Eterno Retorno

“E se um dia ou uma noite um demônio surgisse em tua mais solitária solidão e te dissesse: Esta vida, assim como tu a vives agora e como a viveste, terás de vivê-la ainda uma vez e ainda inúmeras vezes; e não haverá nela nada de novo, cada dor, cada prazer e cada pensamento e suspiro e tudo o que há de infinitamente pequeno e de grande em tua vida há de te retornar, e tudo na mesma ordem e sequência — e do mesmo modo esta situação ira te aranha. Ou seja, e se tudo, absolutamente retornasse? Qual seria a nossa reação se não houvesse mais nada além desta vida que retorna eternamente? Assim, a eterna ampulheta da existência será sempre virada outra vez — e tu com ela, se tornara a poeirinha da poeira. Você não se prostraria e rangeria os dentes e amaldiçoaria o demônio que assim falou? Ou você já experimentou um instante imenso, no qual lhe responderia: “Você é um deus e jamais ouvi coisa tão divina!”. Se esse pensamento tomasse conta de você, tal como você é, ele provavelmente transformaria e o lhe esmagaria por dentro. O questionamento que estou querendo fazer a tu seria “Você quer isso mais uma vez e por incontáveis vezes?”, pensaria sobre os seus atos como o maior dos pesos? Ou o quanto você teria de estar bem consigo mesmo e com a vida, para não desejar nada além dessa última, eterna confirmação e dessa aprovação?”

(Nietzsche, 1882, p.341).

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se por uma perda progressiva e irreversível da função renal, sendo considerada um grave problema de saúde pública por levar em consideração o aumento significativo de incidência e prevalência de morbimortalidade na população geral. Nesse sentido, torna-se necessária a visualização do sujeito no seu paradigma psicossocial, que determina e influencia o padrão dietético para uma nova ressignificação além da hemodiálise, necessitando de intervenções, medidas, protocolos e condutas no estilo de vida, o qual possibilite a melhor convivência com a doença. O objetivo do presente estudo foi identificar os fatores psicossociais que influenciam na adesão do padrão dietético por pacientes que fazem hemodiálise. Sobre as considerações metodológicas, trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional e descritivo-analítico, com delineamento transversal, realizado em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise, por intermédio do acesso à internet, de forma *online*, não possuindo uma delimitação da região, estado ou cidade específica para a coleta de dados. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2021, através do formulário eletrônico semiestruturado do Google Forms. Foram incluídos, no estudo, pacientes com DRC em terapia hemodialítica, a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos e que estejam com o tratamento a mais de um ano. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB sob o parecer nº 4.983.490 e CAAE 50592821.0.0000.5179, sendo fundamentada na resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Os resultados foram expressos por estatísticas descritivas através do software SPSS v.23.0 com interpretação de média, mediana e desvio-padrão. A partir dos resultados obtidos, é possível sugerir que as perdas contribuem para que o processo dialítico sofra ressignificação nesses pacientes constantemente, ou seja, além de perpassar o padrão psicossocial e dietético, o mesmo contribuir para além de outras perdas, isto é, perdas sociais, alimentares, laboral, psicológicas, comportamentais, emocionais, econômicas e, até mesmo, culturais. Para mais, a ressignificação, nos pacientes, possibilitou uma nova visualização de vida jamais enxergada antes, sendo marcada por uma experiência transcendental, única e individual de cada paciente, tanto de uma nova perspectiva positiva quanto negativa. Ademais, identificou-se a coexistência dos padrões dietéticos e psicossociais nos pacientes, representada pelas influências emocionais, comportamentais e cognitivas relacionadas à alimentação e à nutrição, causando aspectos de conflito e perturbação psíquica em não saber se relacionar com a comida, devido às restrições da doença renal, e, também, a ressignificação de procurar assistência em saúde mental, e melhorar/modificar os hábitos alimentares inadequados para uma alimentação mais saudável, empática e humana. Conclui-se que, as perdas além do processo dialítico devem ser consideradas nas demandas para a realização de mais estudos aprofundados que assumam perspectivas diferenciadas entre a coexistência das perdas psicossociais assim como alimentares, e possibilitem estratégias de como mobilizar os governantes, os profissionais da Nefrologia e Nutrição, a sociedade, incluindo os setores de pesquisa, para o planejamento e a execução de intervenções e/ou de reformulação de políticas públicas nas referidas áreas frente a essa problemática, de modo que essas perdas possam ser superadas e minimizadas.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; hemodiálise; psicossocial; nutrição.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is characterized by a progressive and irreversible loss of kidney function, being considered a serious public health problem because of the significant increase in the incidence and prevalence of morbidity and mortality in the general population. In this sense, it is necessary to visualize the subject in his psychosocial paradigm, which determines and influences the dietary pattern for a new meaning beyond hemodialysis, requiring interventions, measures, protocols and behaviors in the lifestyle, which enable better living with the disease. The aim of the present study was to identify the psychosocial factors that influence the adherence to the dietary pattern by patients undergoing hemodialysis. Regarding methodological considerations, this is a quantitative, observational and descriptive-analytical study, with a cross-sectional design, carried out in patients with CKD undergoing hemodialysis, through internet access, online, without a delimitation of the region, state or specific city for data collection. Data were collected from September to October 2021, using the semi-structured Google Forms electronic form. The study included patients with CKD undergoing hemodialysis, from 18 years of age, of both genders and who have been receiving treatment for more than one year. The research was submitted and approved by the Research Ethics Committee (CEP) of FACENE – FAMENE João Pessoa – PB under opinion No. 4.983.490 and CAAE 50592821.0.0000.5179, being based on resolution No. 466/12 of December 12th de 2012. The results were expressed by descriptive statistics using the SPSS v.23.0 software with interpretation of mean, median and standard deviation. From the results obtained, it is possible to suggest that the losses contribute to the dialysis process to undergo constant re-signification in these patients, that is, in addition to pervading the psychosocial and dietary pattern, it contributes beyond other losses, that is, social losses, food, work, psychological, behavioral, emotional, economic and even cultural. Furthermore, the re-signification, in patients, allowed a new view of life never seen before, being marked by a transcendental, unique and individual experience of each patient, both from a new positive and negative perspective. In addition, the coexistence of dietary and psychosocial patterns in patients was identified, represented by emotional, behavioral and cognitive influences related to food and nutrition, causing aspects of conflict and psychological disturbance in not knowing how to relate to food, due to food restrictions. kidney disease, and also the redefinition of seeking mental health care, and improving/modifying inappropriate eating habits for a healthier, empathic and humane diet. It is concluded that losses beyond the dialysis process should be considered in the demands for further in-depth studies that assume different perspectives between the coexistence of psychosocial and dietary losses, and enable strategies on how to mobilize government officials, Nephrology professionals and Nutrition, society, including the research sectors, for the planning and execution of interventions and/or the reformulation of public policies in those areas facing this problem, so that these losses can be overcome and minimized.

Key-words: chronic kidney disease; hemodialysis; psychosocial; nutrition.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estágio da DRC conforme a TFG na presença ou ausência de albuminúria.	17
Tabela 2 – Classificação da albuminúria na DRC.	17
Tabela 3 - Fatores associados à progressão da DRC.	18
Tabela 4 - Principais sinais, sintomas e manifestações clínicas da DRC.	19
Tabela 5 – Novas recomendações de proteínas no tratamento conservador.	23
Tabela 7 – Recomendações de energia, carboidratos e lipídeos na DRC.	24
Tabela 8 – Estatística descritiva das características sociodemográficas e socioeconômicas dos pacientes em terapia hemodialítica.	31
Tabela 9 – Continuação das estatísticas descritivas das características sociodemográficas e socioeconômicas dos pacientes em terapia hemodialítica.	32
Tabela 10 – Classificação do estado nutricional através do índice de massa corporal (IMC) dos pacientes em terapia hemodialítica.	33
Tabela 11 – Características psicossociais dos pacientes em terapia hemodialítica.	34
Tabela 12 – Continuação das características psicossociais dos pacientes em terapia hemodialítica.	36
Tabela 13 – Características do padrão dietético dos pacientes em terapia hemodialítica.	37
Tabela 14 – Continuação das características do padrão dietético dos pacientes em terapia hemodialítica.	39

LISTA DE SIGLAS

ADA - *American Dietetic Association*
ADA - Hormônio Antidiurético
AGS - Ácidos Graxos Saturados
AHA - *American Heart Association*
AND - *The Academy of Nutrition and Dietetics*
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APD - Diálise Peritoneal Automatizada
ASBRAN - Associação Brasileira de Nutrição
BRASPEN - *Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition*
CAPD - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCV - Doenças Cardiovasculares
DEP - Desnutrição Energético-Proteica
DHGNA - Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica
DM - Diabetes Mellitus
DP - Diálise Peritoneal
DPA - Diálise Peritoneal Automatizada
DPI - Diálise Peritoneal Intermitente
DRC - Doença Renal Crônica
DRIs - *Dietary Reference Intakes*
EBPG - *European Best Practice Guidelines*
ECG - Eletrocardiograma
EN - Estado Nutricional
ERO - Espécies Reativas de Oxigênio
FAV - Fístula Arteriovenosa
FG – Filtração Glomerular
GAPB - Guia Alimentar para a População Brasileira
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
HD - Hemodiálise
HDL - *High Density Lipoprotein*
HPTS - Hiperparatireoidismo Secundário

IMC - Índice de Massa Corporal
KDOQI - *National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*
LDL - *Low Density Lipoprotein*
LES - Lúpus Sistêmicos
MS - Ministério da Saúde
NKF - *National Kidney Foundation*
OMS - Organização Mundial de Saúde
PMP - Por Milhão de População
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
QFN - Conselho Federal de Nutricionistas
RDA - *Recommended Dietary Allowance*
RI - Resistência Insulina
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
TGI - Trato Gastrointestinal
TRS - Terapia Renal Substitutiva
TxR - Transplante Renal
USRDS - *United States Renal Data System*
VET - Valor Calórico Total

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
2.1 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	15
2.2 PROGRESSÃO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA	16
2.3 COMPLICAÇÕES METABÓLICAS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA	18
2.4 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)	20
2.4.1 Transplante renal	21
2.4.2 Hemodiálise	21
2.4.3 Diálise Peritoneal	22
2.5 NOVAS RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA	23
2.6 PERDAS PSICOSSOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA	25
3 METODOLOGIA	27
4 RESULTADOS	31
5 DISCUSSÕES	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	68
ANEXOS	75

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em uma síndrome, na qual ocorre uma perda lenta e silenciosa, progressiva e irreversível da função renal. Por definição, é considerada quando há alterações renais (estruturais ou funcionais) com duração superior a três meses e/ou uma diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) para valores menores do que 60 ml/min/1,73 m², também por um período maior do que três meses (SANTOS *et al.*, 2017).

Diante dessa classificação, é preciso reconhecer que a DRC está mais suscetível à morbimortalidade quando associada a alguns fatores de risco, entre os quais se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), que são comumente coexistentes na DRC. Além do mais, podem ser citados outros fatores de risco, como as Doenças Cardiovasculares (DCV), a obesidade, a idade avançada e o uso de medicações nefrotóxicas, que podem colaborar com resultados indesejáveis na saúde, bem-estar, predispondo a inúmeras desordens e obstáculos na convivência da doença (AGUIAR *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, nos últimos anos, a DRC tem sido considerada como um grande problema de saúde pública, afetando mais de 2 milhões de pessoas em todo o mundo, uma vez que vem recebendo bastante atenção pelos pesquisadores na área da Nefrologia e profissionais da área da saúde, em investigar medidas alternativas para melhorar a qualidade de vida e bem-estar, dado que a doença não possui cura (NEVES; SANTOS; TREVISAN, 2016; SAGLIMBENE, *et al.*, 2021). Contudo, os portadores de DRC em estágios avançados têm o seu tratamento baseado na Terapia Renal Substitutiva (TRS): hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal (TxR), sendo a HD a principal escolha, tornando-se utilizada em 91% dos casos (SESSO *et al.*, 2016).

Atualmente, o tratamento mais eficaz, satisfatório e indicado, tendo em vista que envolve um menor custo econômico e oferece melhor qualidade de vida ao sujeito é o TxR, no entanto a taxa de transplantado não alcança a demanda de novos pacientes, dado que os números estatísticos de diagnóstico com DRC estão aumentando cada vez (SANTOS *et al.*, 2018).

Desse modo, quando o paciente com DRC está na fila para o aguardo do TxR, sobretudo aqueles em fase terminal, torna-se bastante difícil conseguir uma melhoria na qualidade de vida e longevidade por mais tempo, sendo considerada a HD e DP alternativas interessantes no que diz respeito ao processo de espera da lista de transplante, levando em

consideração, também, que a realidade no Brasil representa, em média, um valor de 30% do total das pessoas que aguardam em fila por este órgão anualmente (BATISTA *et al.*, 2017).

Mediante a visão das modalidades atuais no tratamento da DRC, frequentemente surgem novas intervenções de cuidado nas diferentes dimensões do sujeito, no sentido de possibilitar uma melhor convivência com a doença, estando incluídas diversas abordagens, entre elas se destacam a farmacoterapia e medidas não farmacológicas, isto é, dietoterapia, exercício físico e modificação no estilo de vida com acompanhamento do Estado Nutricional (EN) por intermédio de exames laboratoriais, consumo alimentar e história clínica (MAGALHÃES; GOULART; PREARO, 2018).

Nesse panorama, as condutas dietéticas para pacientes com DRC sofreram bastantes atualizações nos últimos tempos, principalmente a última da diretriz de nutrição para adultos com DRC, publicada pela *National Kidney Foundation* (NKF), em parceria *The Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) no final do segundo semestre de 2020, com intuito de reformular as práticas e protocolos das condutas dietoterápicas dos nutricionistas para que os pacientes com DRC tivessem uma melhor relação com alimentação, desfazendo alguns mitos em torno da dietética, principalmente no que tange ao modelo de dieta para esses pacientes, fatores que influenciam a hipercalemia e restrição de proteínas, de sódio, restrição hídrica e levantando questionamentos que, até antes, não eram discutidos na área da Nefrologia e Nutrição (IKIZLER *et al.*, 2020).

Neste seguimento, a diretriz se tornou um marco muito importante no mundo da nutrição e DRC, visto que, há 20 anos, não havia atualização desta, trazendo questionamentos importantes no manejo da DRC sobre a dieta dos nefropatas e novas recomendações nutricionais, principalmente, nas proteínas e energia no tratamento conservador e dialítico. Além disso, a diretriz ressalta bastante que os ajustes na hiperpotassemia/hipopotassemia ou de proteínas e energia devem ser realizados baseados na ingestão alimentar, sendo necessário individualizar o paciente conforme um ser psicossocial com julgamento clínico do nutricionista (IKIZLER *et al.*, 2020).

Por esse ângulo, o reconhecimento do paciente renal crônico como um sujeito psicossocial assim como o surgimento dos avanços ao longo dos anos na forma como se tem organizado o cuidado, paralelos a melhorias para a assistência à saúde a este segmento populacional são importantes. Desse modo, é imprescindível perceber a importância do acompanhamento desses pacientes, ou seja, desde o enfrentamento da doença, como tem sido a relação com dietoterapia, ambiente social, estado emocional/psíquico e fisiológico, uma vez que viver com essa enfermidade implica em sofrer perdas além do processo dialítico,

provocando medos e ansios na convivência da doença devido às suas complicações sérias em estágios mais avançados (MESTRE *et al.*, 2016 & REIS *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, torna-se urgente a implementação de políticas públicas de saúde e sociais, visando a garantir a qualidade da atenção à população com DRC, devido ao déficit no acompanhamento eficaz, o aumento progressivo da morbimortalidade por condições da perda da função renal, além dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença do doente renal e da população (GUIMARÃES; QUEIROZ, 2021; PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

Diante do exposto, entendendo a importância de vislumbrar o paciente renal crônico como um ser psicossocial, isto é, a formação do vínculo humanizado considerando todas as dimensões físicas, emocionais, culturais, psicológicas, alimentares e sociais do paciente com o nutricionista, deve-se impor prioridade em como o profissional pode colaborar no manejo dietético em contrapartida aos fatores psicossociais que influenciam na adesão à dieta com contribuição para a melhora da qualidade de vida, do EN e da longevidade do sujeito. Através dessa reflexão, surgiu-se a seguinte questão norteadora: quais são os fatores psicossociais que influenciam na adesão do padrão dietético em pacientes com DRC que fazem terapia hemodialítica?

O objetivo do geral do presente estudo é identificar os fatores psicossociais que influenciam no padrão dietético em pacientes que fazem hemodiálise. Possuindo como específicos: caracterizar os padrões psicossociais e dietéticos em pacientes que fazem hemodiálise; analisar a coexistência entre o paradigma psicossocial e dietético durante a hemodiálise e por fim, descrever as dificuldades mediante as restrições dietéticas e psicossociais que ocorrem na hemodiálise.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

Os rins possuem diversas funções essenciais exercidas na homeostase do organismo. Entre suas funções, destaca-se a produção de hormônio eritropoetina, essencial no processo de maturação das hemácias na medula óssea, e de outras substâncias, como a renina, uma enzima essencial na regulação da pressão arterial sistêmica e renal, além de contribuir para homeostase de cálcio e fósforo assim como para a manutenção da saúde óssea através da ativação do Calcitriol (1,25-di-hidroxitamina D) (BOIM, 2011).

Nesse sentido, os referidos órgãos ainda conseguem regular o volume e osmolaridade dos fluidos extracelular através de filtração, reabsorção e excreção de água e eletrólitos, como cálcio, potássio, sódio e fósforo; também participam da regulação do equilíbrio ácido-básico, excretam produtos finais do metabolismo endógeno e substâncias exógenas, como ureia, creatinina, ácido úrico e medicamentos (SILVERTHORN, 2017).

Mediante as alterações dos mecanismos fisiológicos que ocorrem no sistema renal, o doente renal crônico percorre pela experiência intensa em sua vida nas diversas dimensões biopsicossociais devido às limitações, como, por exemplo, a hemodiálise, que se torna um tratamento doloroso, angustiante, solitário e/ou em companhia, causando, ainda, medo da morte e/ou infecções que podem ocorrer no cateter. Contudo, a diálise permite uma imensidão de sentimentos no doente renal, como esperança, fé, resistência, superação, resiliência e expectativa para a realização do TxR com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (MEDEIROS; MEDEIROS, 2013).

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Nesse panorama, além da progressão cada vez mais recorrente nos pacientes renais, transcorre, também, uma elevada taxa de morbidade e mortalidade de DRC cada vez mais prevalente em diversas esferas do mundo, repercutindo de forma negativa na qualidade de vida e convivência com a doença, sobretudo nos fatores socioeconômicos e sociais, tornando-se um desafio de saúde pública em âmbito internacional (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

No entanto, a prevalência e a incidência da DRC ainda são desconhecidas em muitos países. Por isso, conforme o censo publicado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2020, das análises realizadas entre 2009-2018, atualmente, no ano de 2018, existem 133.464 mil pessoas em diálise, ou seja, se for realizar uma análise de dados da respectiva sociedade, desde 2000 para 2018, soma-se um total de: 1.564,686 de pessoas que obtiveram o diagnóstico de DRC no mundo (NEVES *et al.*, 2020).

Para tanto, como a existência da real estimativa de DRC é desconhecida, alguns outros autores e estudos apontam que, em 2010, havia cerca de 2 milhões de pacientes em diálise no mundo e que pode duplicar até 2030 (CHAN *et al.*, 2019).

Nessa sequência, o último inquérito realizado pelo autor Sesso *et al* (2017) revela que, no ano de 2016, no Brasil, existiam, aproximadamente, de 39.714 mil pessoas com DRC, equivalente a uma taxa de incidência de 193 pessoas por milhão da população (pmp), que iniciaram o tratamento dialítico, sendo a distribuição de novos pacientes nas regiões do país: 48% na Sudeste, 19% na Nordeste, 17% na Sul, 10% na Centro-Oeste e 5% na Norte.

Logo, a prevalência entre os portadores de DRC em 2016 era do gênero masculino, perfazendo um total de 56% entre a população geral. Nessa instância, 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 faziam tratamento por HD e 7,9% por DP, sendo que, desta, a diálise peritoneal automatizada (DPA) era a modalidade predominante (SESSO *et al.*, 2017)

Nesse ínterim, segundo o Registro Brasileiro de Transplante (2019), o número de paciente em lista de espera para realização do TxR no Brasil, em dezembro de 2019, correspondia a 25.163 de pessoas, ou seja, cerca da metade do número estimado de 36.000 - 42,000 (30-35%) da prevalência no tratamento dialítico, na qual corresponde cerca de 133.00 pacientes.

Em síntese, o respectivo registro demonstra que, no transplante renal, aumentou cerca de 5%, com crescimento de ambos, transplante com doador falecido (5,5%) e com doador vivo (4,1%). O transplante renal com doador vivo parece ter estabilizado na faixa dos 5 transplantes por pmp. Outro aspecto que deve ser analisado com atenção é o crescimento da taxa de transplantes com doador vivo não parente e não cônjuge, que estava entre 4,2% e 7,1% nos últimos 10 anos, e, no referido ano, foi de 7,5% dos transplantes com doador vivo.

2.2 PROGRESSÃO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

O diagnóstico precoce da DRC pode ser realizado por meio de exames laboratoriais rotineiros, como a dosagem da *clearance* de creatinina (urina de 24h) e a TFG, sendo a última utilizada para classificar os estágios de progressão da doença renal (MALTA *et al.*, 2019). Nesse sentido, a DRC é uma síndrome que tem um percurso silencioso, dado que não apresenta sinais e sintomas no cotidiano até os seus estágios mais avançados e, quando o

sujeito procura cuidados médicos, já está na fase grave da doença apresentando uma ou mais complicações e/ou comorbidade da doença (FILHO; RODRIGUES, 2013).

Os fatores associados à progressão da DRC são diversos, entre eles se destacam: a etiologia (causa) da DRC, o nível da TFG, a idade, o nível de albuminúria, a pressão arterial elevada, a hiperglicemia, a dislipidemia, o tabagismo, a obesidade e a exposição a medicamentos nefrotóxicos, sendo observada uma alta prevalência em pacientes com idade mais avançada, com baixa escolaridade e com avaliação desregular do estado de saúde (AGUIAR *et al.*, 2020; IKIZLER *et al.*, 2020).

Assim, os estágios de progressão da DRC são classificados em cinco estágios funcionais baseados na TFG e excreção de albumina na urina (Tabela 1).

Tabela 1 – Estágio da DRC conforme a TFG na presença ou ausência de albuminúria.

Estágios da DRC		
Estágios	Taxa de Filtração Glomerular (ml/min/1.73m³)	Albuminúria
1	≥ 90	Presente
2	60 – 89	Presente
3A	45 – 59	Presente ou ausente
3B	30 – 44	Presente ou ausente
4	15 – 29	Presente ou ausente
5	< 15	Presente ou ausente

Fonte: adaptado pelo KDOQI (2020).

A excreção urinária de 30 a 300mg de albumina em 24 horas caracteriza a microalbuminúria, e valores superiores a 300 mg/24h caracterizam a proteinúria ou macroalbuminúria, conforme demonstrado (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação da albuminúria na DRC.

Classificação da albuminúria		
Estágios	Taxa de Filtração Glomerular (ml/min/1.73m³)	Albuminúria
A1	< 30	Normal a levemente aumentada
A2	30 – 300	Moderadamente aumentada
A3	< 45 – 59	Gravemente aumentada

Fonte: Adaptado pelo KDOQI (2020).

Vale ressaltar que, nos estágios de 1 ao 5, o paciente percorre pelo tratamento conservador, no qual são realizadas medidas de intervenções clínicas, isto é, medicação, modificações na alimentação e no estilo de vida, que podem ser utilizadas para retardar a

progressão da doença que, conseqüentemente, repercute na redução dos sintomas e prevenção das complicações ligadas à DRC. No entanto, a partir do estágio 5, o paciente entra no tratamento para Terapia Renal Substitutiva (TRS), caracterizada por transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal.

Nesse sentido, quanto mais precoce iniciar o tratamento conservador, maiores são as chances de preservar a função renal residual por mais tempo, impactando diretamente na qualidade de vida e longevidade dos pacientes. Os fatores associados à progressão da DRC estão listados na tabela 3.

Tabela 3 - Fatores associados à progressão da DRC.

Etiologia da Doença Renal Crônica		
Nível da TFG	Etnia	Diabetes descompensada
Nível de albuminúria	Pressão arterial elevada	Obesidade
Idade	Hiperglicemia	Histórico de doença cardiovascular
Sexo	Dislipidemia & Tabagismo	Exposição a medicamentos nefrotóxicos

Fonte: adaptado pelo KDOQI (2020).

Em geral, no estágio 5, os rins perdem a capacidade de manter as funções mínimas e há a necessidade de iniciar a terapia renal substitutiva, sendo acompanhada por uma série de complicações no percurso da terapia dialítica e/ou conservadora.

2.3 COMPLICAÇÕES METABÓLICAS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Com o passar da progressão da DRC, a TFG declina e, em resposta à essa diminuição, existem mecanismos adaptativos de prevenção da falência renal. Assim, o quadro clínico que se desenvolve com o evoluir da Insuficiência Renal denomina-se Síndrome Urêmica ou uremia, isto é, acúmulo no sangue de substâncias tóxicas que, normalmente, são eliminadas pelos rins na urina (CUPPARI, 2019).

A primeira publicação da presença de toxinas urêmicas antes da introdução da HD foi na década de 70, especificamente no ano de 1877, e pouco se sabia a respeito da natureza da uremia, desse modo as toxinas presentes no sangue têm efeitos deletérios em vários órgãos e tecidos do corpo, sobretudo no sistema cardiovascular, podendo desencadear mecanismos fisiopatológicos complexos, isto é, estresse oxidativo reativo, inflamação, glicação de proteínas e transdiferenciação celular (BARRETO *et al.*, 2014).

Os sintomas mais frequentes da uremia se manifestam por ações neurológicas, ou seja, fadiga intensa, anorexia, náuseas, vômitos, déficit de atenção, diminuição do interesse, queimação nos pés, coma e convulsões. Além do mais, seus sintomas são aliviados por

intermédio da diálise, por isso a importância de sempre estar realizando a HD para que seja possível uma melhora na qualidade de vida (BARRETO *et al.*, 2014; CUPPARI, 2019).

Nessa perspectiva, a DRC é responsável por desencadear uma série de distúrbios hidroeletrólíticos, metabólicos e hormonais. Sendo assim, diversos sinais, sintomas e manifestações clínicas podem ser observados, particularmente nos estágios mais avançados da doença (Tabela 4).

Tabela 4 - Principais sinais, sintomas e manifestações clínicas da DRC.

Neurológicos centrais	Neurológicos periféricos
Insônia/Sonolência	Redução de reflexos
Tremor	Fraqueza muscular
Fadiga	Neuropatia autônoma
Dificuldade de concentração	Cãibras
Irritabilidade	Soluço
Hematológicos e Imunológicos	Cardiovasculares e Pulmonares
Anemia	Pericardite
Sangramento	Hipertensão arterial
Disfunção granulocítica	Aterosclerose acelerada
Disfunção dos linfócitos	Insuficiência cardíaca
Imunodeficiência	Arritmia
Suscetibilidade a infecções	Edema
Inflamação	Disfunção endotelial
Dermatológico	Gastrintestinais
Pele seca	Anorexia
Prurido	Náusea, vômito
Equimoses	Soluço
Equimoses	Gastrite e sangramento digestivo
Dificuldade de cicatrização	Hálito urêmico
Metabólicos e Hormonais	
Desnutrição energético-proteica	Hipoalbuminemia
Acidose metabólica	Hipercatabolismo proteico
Hiperparatireoidismo	Redução da libido
Intolerância à glicose	Impotência
Resistência à insulina	Hipotermia

Fonte: adaptado de Cuppari et al., (2019).

Outra complicação bastante preocupante no manejo do doente renal são os distúrbios hidroeletrólíticos, ou seja, sódio e potássio, e o que mais se destaque entre os dois é a hipercalemia, que é o excesso de potássio no sangue, visto que, se não for tratada corretamente, pode causar sequelas gravíssimas ou, até mesmo, a morte do paciente. Vale ressaltar que a restrição de potássio só é obrigatória na presença de hipercalemia

($K > 5,5 \text{ mEq/L}$) e deve ser temporária até que amenizem os seus sintomas, ou seja, convulsões, fraqueza muscular, paralisia flácida, palpitações ou parestesias (DUTRA *et al.*, 2014).

A complicação relacionada ao sódio se chama hiponatremia hipovolêmica/hipervolêmica, o que acaba sendo, também, um o distúrbio hidroeletrólítico mais comum em pacientes com DRC, estando associada ao aumento da mortalidade, uma vez que suas manifestações clínicas mais comuns são náuseas, vômitos, letargia, tontura, câimbras, desorientação, confusão, convulsão, coma (herniação) (MAHAN; STUMP-ESCOTT; RAYMOND, 2018).

Nesse panorama, uma das adequações que deve ser realizada é a do balanço hídrico, sendo necessária a restrição obrigatória na HD, a utilização de diuréticos de alça e outras medidas de acordo com a doença de base e as funções cardiovascular, renal e sintomatológica da comorbidade, posto que, se esse balanço não for adequado, causará uma sobrecarga de líquidos no volume sanguíneo, que pode afetar diversos sistemas, sobretudo o cardiovascular (DUTRA *et al.*, 2014).

Portanto, existem outros distúrbios e/ou complicações que prejudicam a qualidade de vida e contribuem a progressão da doença, como: a hipertensão; a anemia, dado que o rim é responsável por 90% da produção de eritropoietina, que age na medula óssea, regulando o número de eritroides e maturação celular; a desnutrição, devido ao hipermetabolismo proteico; a acidose metabólica, em que o seu excesso de acidez no sangue se correlaciona à baixa concentração anormalmente de carbonatos; o desequilíbrio do sistema imune e as doenças ósseas, tendo em vista que ocorre o desequilíbrio do metabolismo de cálcio, fósforo e vitamina D (MAHAN; STUMP-ESCOTT; RAYMOND, 2018).

2.4 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

A Terapia Renal Substitutiva é categorizada por transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal. Assim, de acordo com SBN, a indicação para o tratamento renal, isto é, a terapia dialítica, ocorre quando a presença de hipercalemia está acima de $5,5 \text{ meq/L}$ com alterações ao Eletrocardiograma (ECG) ou maior que $6,5 \text{ meq/L}$, presença de hipervolemia, que contribui para o edema periférico, ascite, HAS e IC, uremia, afetando o sistema nervoso, o sistema cardiovascular, o aparelho digestivo, contribuindo para a acidose metabólica grave e outras comorbidades, com a presença de, hipo ou hipercalcemia, hiperuricemia, hipermagnesemia (SNB, 2019 & BARRETI, 2004).

Para a realização da Terapia Renal Substitutiva, além da indicação de se basear nos sinais e sintomas paciente apresenta, deve-se avaliar, também, a função renal com base na

TFG e na dosagem de ureia, de creatinina, de potássio e ácidos no sangue, a proteinúria, a *clearance* de creatinina e ureia e a anemia, por meio do hemograma, dosagem e saturação de ferro, ferritina e, por fim, a presença de distúrbios no metabolismo ósseo (BARRETI, 2004).

2.4.1 Transplante renal

O transplante renal é considerado a melhor alternativa de substituição renal, visto que, ela irá garantir ao paciente a capacidade de autonomia e independência nas suas escolhas alimentares, atividades rotineiras e com o principal benefício, que é a melhoria da qualidade de vida (SBN, 2019).

Assim, o transplante renal vai possuir duas modalidades de doadores, consistindo entre o doador vivo, que é subdividido em pais, irmãos e vivos não relacionados (esposa, marido, amigos). Vale ressaltar que, dependendo da legislação local e doadores não vivos, os rins podem ser removidos apenas após a confirmação de morte encefálica com autorização dos familiares, ainda é importante destacar que o tipo sanguíneo (ABO) e a compatibilidade entre o receptor e o doador são essenciais para o sucesso e aceitação da doação (FERMI, 2010).

O transplante é caracterizado por fases, entre elas estão pré-tx, pós-tx imediato e pós-tx tardio. No pré-tx, encontram-se os pacientes no estágio 5 da DRC, ou seja, no estado terminal da doença, sendo realizada uma avaliação nutricional criteriosa para identificar os fatores prognósticos cirúrgicos de modo a ter um pós-operatório eficaz (RIELLA, 2010). Já o pós-tx imediato se estende de 4 a 6 semanas após a realização da cirurgia e, nesse período, o estresse bem como o hipermetabolismo podem estar presentes, sendo necessária a utilização de imunossuppressores para controlar essas condições.

O pós-tx tardio refere-se ao resto da vida do paciente ou enquanto o rim transplantado (enxerto) estiver funcionando. Nesta fase deve-se possuir um cuidado preciso em relação à alimentação, à mudança no estilo de vida e à atividade física ativa para diminuir o risco de mortalidade e de perda do enxerto, sendo exigido um tratamento rigoroso tanto na prevenção de futuras ocorrências quanto de enfermidades típicas do pós-tx tardio (RIELLA, 2010 & SBN, 2019).

2.4.2 Hemodiálise

A hemodiálise (HD) é um procedimento que utiliza um rim artificial (hemodialisador) para depurar o sangue, usado como TRS desde a década de 1950, tendo em vista que é o tratamento mais eficaz entre os portadores de DRC (SILVA *et al.*, 2011). Este procedimento é

capaz de remover o excesso de líquido e metabólitos, embora não substitua as funções endócrinas dos rins, e exerce função de limpeza e filtração do sangue, através de um acesso vascular, o cateter (tubo) ou uma fístula arteriovenosa (FAV) (SBS, 2019).

A diálise funciona nos princípios de osmose e difusão. A osmose é o movimento de líquido por uma membrana semipermeável, vindo de uma área de menor para maior concentração. Nessa perspectiva, o tempo que o paciente fica durante uma sessão de hemodiálise pode ser variada de acordo com cada condição clínica, progressão da doença e sintomatologia clínica, porém a maioria dos pacientes realizam o esquema convencional, sendo submetidos a 3 sessões por semana, em dias intercalados, ou seja, segunda, quarta e sexta ou terça, quinta e sábado, com duração de 4 horas por diálise (RIELLA, 2010).

2.4.3 Diálise Peritoneal

Antigamente a DP era bastante utilizada e, por razões que não estão muito bem esclarecidas, ainda desconhecidas, ela não tem sido muito indicada nos últimos anos. Uma das principais teorias que regem essas explicações é por ela trazer uma percepção que é inferior à HD, devido ao fato de a HD estar associada ao maior avanço tecnológico e às complicações infecciosas, mecânicas e metabólicas associadas à DP, principalmente no que tange à inserção do cateter peritoneal (MENDES *et al.*, 2017).

Todavia, a DP é uma técnica de substituição da função renal de grande eficácia que utiliza a membrana peritoneal como filtro semipermeável, ou seja, um método invasivo que utiliza órgãos abdominais móveis, o peritônio, para realizar remoção de solutos acumulados no sangue, como a ureia, a creatinina, o potássio, o fosfato e a água, para o dialisato (líquido de diálise) dentro do organismo sem contato direto com o sangue (MENDES *et al.*, 2017; RIELLA, 2010).

Assim, existem três métodos de diálise peritoneal: intermitente (DPI), ambulatorial contínua (CAPD) e automatizada (APD), sendo o CAPD o procedimento mais utilizado atualmente, no qual existe a presença contínua de dialisato na cavidade peritoneal. O CAPD pode ser realizado em domicílio, após a capacitação específica da família ou do cuidador. São feitas interrupções (20 a 30 min) somente para drenagem e instilação de dialisato novo. As trocas ocorrem 3 a 5 vezes/ dia, visto que o dialisato permanece na cavidade peritoneal por, aproximadamente, 4 h durante o dia e cerca de 8 h durante a noite (RIELLA, 2010).

2.5 NOVAS RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Conforme a progressão da DRC, as recomendações de proteínas e energia são alteradas para cada indivíduo, seja ele com DM ou não. Nesse sentido, a nova diretriz de DRC, denominada de KDOQI, recomenda a redução, isto é, a adequação do consumo de proteínas no TC da DRC com a finalidade de reduzir o risco de iniciar terapia dialítica e morte, além de melhorar a qualidade de vida (IKIZLER *et al.*, 2020).

A diminuição da quantidade diária de proteína dietética promove, principalmente, redução da geração de produtos nitrogenados tóxicos e de íons inorgânicos responsáveis pelos distúrbios clínicos e metabólicos característicos da uremia. O KDOQI, ainda, discute que pacientes com DRC nessa fase, da mesma forma que indivíduos saudáveis, são capazes de ativar mecanismos adaptativos que possibilitam a manutenção do balanço nitrogenado e do EN, mesmo com uma ingestão mais reduzida de proteínas, desde que as necessidades de energia sejam atendidas (IKIZLER *et al.*, 2020).

A seguir serão ilustradas, nas tabelas 5 e 6, as novas recomendações de proteína conforme os estágios da DRC e na terapia dialítica.

Tabela 5 – Novas recomendações de proteínas no tratamento conservador.

Recomendações de proteína no tratamento conservador		
Estágios	Recomendação	Classificação
1 e 2	Normal – 0,8 a 1 g/kg/dia.	<i>Normoproteica</i>
3 a 5, sem diabetes	0,55 a 0,6 g/kg/dia ou 0,28 a 0,43 g/kg/dia + cetoácidos/análogos de aminoácidos essenciais.	<i>Hipoproteica</i>
3 a 5, com diabetes	0,6 a 0,8 g/kg/dia.	<i>Hipoproteica a normoproteica</i>

Fonte: adaptado de KDOQI (2020).

Antes de ilustrar as novas recomendações de proteínas na terapia dialítica, vale destacar que o consumo médio no Brasil de proteínas é de 1,3g/kg/dia e, também, essas recomendações são para pessoas metabolicamente estáveis, sem diabetes e sob supervisão clínica.

Além do mais, indivíduos metabolicamente estáveis são caracterizados pela ausência de doenças inflamatórias ou infecciosas ativas, sejam elas ocasionadas por hospitalização recente, diabetes muito descompensado, diminuição da perda de peso significativa assim como recente e câncer (IKIZLER *et al.*, 2020).

Tabela 6 – Novas recomendações de proteínas no tratamento dialítico, com ou sem diabetes.

Recomendações de proteína no tratamento dialítico		
HD e DP, sem diabetes	1,0 a 1,2 g/kg/dia.	<i>Normoproteica a hiperproteica</i>
HD e DP, com diabetes	Pacientes com risco de hipoglicemia ou hiperglicemia, níveis maiores de proteína podem ser considerados.	<i>Normoproteica a hiperproteica</i>

Fonte: adaptado pelo KDOQI (2020).

As recomendações proteicas são maiores na diálise por conta que, no processo dialítico, ocorrem perdas de nutrientes, peptídeos, vitaminas hidrossolúveis e aminoácidos, uma vez que, na HD, ocorrem perdas de proteínas de 1 a 3g/sessão e de aminoácidos e peptídeos 10 a 12g/sessão. Já na DP, a perda é bem maior, de 5 a 15g/sessão de proteínas e 3g/sessão de aminoácidos e peptídeos, sendo, dessas proteínas, uma perda de 50-70% albumina (IKIZLER *et al.*, 2020).

E, por fim, serão apresentada as recomendações de energia, carboidratos e lipídeos no tratamento conservador e terapia dialítica. Além disso, a escolha calórica deve ser baseada, levando em consideração: idade, sexo, nível de atividade física, composição corporal, perda ou ganho de peso, estágio da DRC e comorbidades ou presença de inflamação (IKIZLER *et al.*, 2020). Logo, a recomendação também está abrangendo apenas pacientes metabolicamente estáveis.

Tabela 7 – Recomendações de energia, carboidratos e lipídeos na DRC.

Recomendações de energia no tratamento dialítico		
Estágio	Recomendação	<i>Evitar prescrever <25 kcal/kg/dia → Garantir balanço nitrogenado</i>
1 a 5	25 a 35 kcal/kg/dia	
Carboidratos	50 a 60% do VET	Valor Calórico Total - VET
Lipídeos	25 a 35% do VET	

Fonte: adaptado de KDOQI (2020).

Portanto, a nova diretriz recomenda um novo padrão alimentar específico nos estágios 1 a 5 não dialítico da DRC, contudo, na sua última diretriz ou em qualquer outra atualização na área da Nefrologia, não se recomendou justamente pela falta de evidência científica consistente. Assim, o padrão alimentar mediterrâneo direciona-se para pacientes com ou sem dislipidemia, visto que esta consegue melhorar o perfil lipídico, além de aumentar o consumo de frutas e verduras para auxiliar na redução do peso, pressão arterial e produção de ácidos, que comprometem a progressão da doença renal (IKIZLER *et al.*, 2020).

2.6 PERDAS PSICOSSOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A convivência com a DRC não é uma tarefa fácil, uma vez que, no início do tratamento dialítico, o paciente precisa, dependendo da progressão e complicações da doença, submeter-se a um processo doloroso de restrições alimentares, líquidos e, até mesmo, a inclusão de uma série de medicamentos e exames de rotina. Nesse sentido, a ressignificação psicossocial para esses pacientes precisa estar atrelada ao enfrentamento desta enfermidade para que eles possam atribuir um novo significado a acontecimentos através da mudança de sua visão na convivência da doença (FAYER, 2010).

Conforme Silva *et al.* (2011), o tratamento dialítico provoca mudanças e impactos emocionais/psicológicos que devem ser enfrentadas pelo paciente, como, por exemplo; a ansiedade; a insegurança pela saúde instável ao longo das sessões de diálise; a angústia pela incapacidade e dependência das máquinas; e o medo de um futuro próximo por causa das mudanças ocorridas de forma brusca e intermitente.

Percebe-se, assim, que a diálise promove a melhora de alguns sintomas clínicos, porém ela pode estar coexistindo junto às desordens emocionais, psíquicas e sociais. À vista disso, a DRC pode estar ocasionando consequências negativas para o indivíduo por causa das restrições e da dependência acometidas pela doença, que enfraquecem a autoimagem, a autoestima e a percepção do próprio sentido da vida de sempre estar esperando por um transplante e se nunca irá sair dessa enfermidade. Além do mais, essa doença influencia a capacidade da tomada de decisões, afetada pela rápida alteração na autoidentificação como sujeito com necessidades psicossociais (PASCOAL *et al.*, 2009).

Além disso, o tratamento impõe grandes obrigações à qualidade de vida em função da restrição da liberdade sobre algumas escolhas no estilo de vida. Logo, Martins e Cesarino (2005) indicam que a terapêutica focada na qualidade precisa permitir uma recuperação/aquisição nos aspectos sociais, culturais, alimentares e psicológicos da

autonomia, com novas atividades de trabalho e lazer, preservação da esperança e senso de utilidade destes indivíduos.

Porém, a qualidade da vida desses pacientes acaba sendo bastante intermitente e sofre influência da própria doença e do seu tratamento, principalmente devido à progressão, à idade dos envolvidos, à presença familiar, à presença de comorbidades e de perdas sofridas, o que permite a ressignificação que o diagnóstico de uma doença pode ser o mesmo para distintas pessoas, contudo cada um a vivencia de modo particular (MENDONÇA, 2007).

Nessa perspectiva, as perdas que ocorrem durante a submissão do tratamento dialítico perpassam além dos nutrientes, isto é, peptídeos, proteínas, vitaminas hidrossolúveis e aminoácidos. Essas perdas envolvem as dimensões degradantes nas vivências do sujeito com a enfermidade, estabelecendo perdas significativas e uma reestruturação na sua vida, integrando-o a uma realidade ambivalente sobre a vida e o adoecer (SÁ, 2008).

Desde modo, os significados das perdas físicas, sociais, relacionais e emocionais, que ocorrem durante todo o tratamento e enfrentamento da doença, refletem diretamente no processo saúde-doença, tornando-se uma ruptura, ou melhor, uma desconstrução da estruturação psicossocial do sujeito em relação ao quão impetuoso o tratamento pode perpassar além das barreiras da nutrição (FAYER, 2010; SÁ, 2008).

Além do mais, para que essas perdas não sejam tão agravantes e comprometam a qualidade de vida dos pacientes com DRC, é necessário que se estimule a participação ativa deles no tratamento, visto que o estudo conduzido por Fayer (2010) demonstra ser um fator fundamental para otimização da doença e diminuição das perdas a procura por formas de participação e terapias alternativas por parte dos indivíduos que convivem com a DRC.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional e descritivo-analítico, com delineamento transversal, realizado em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise. A localidade da pesquisa foi por intermédio do acesso à internet, não possuindo uma delimitação da região, estado ou cidade específica para a coleta de dados.

A pesquisa exploratória possibilita uma maior aproximação com a problemática e visa a aprimorar as ideias e/ou descobertas instituídas à sua hipótese quando o tema escolhido tem sido pouco explorado ou quando não há estudos prévios suficientes, tornando-se difícil a formulação de hipóteses. Por isso, a pesquisa acaba se tornando mais flexível de modo que proporciona ponderações de vários aspectos relacionados ao objetivo do estudo pesquisado (GIL, 2014).

Por sua vez, a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever sistematicamente uma determinada situação, um problema e/ou um fenômeno a fim de revelar a estrutura do comportamento do fenômeno, descrevendo suas características ou o estabelecimento de relações entre diversas variáveis que se interligam entre si. Ainda, é possível adquirir maior familiaridade com o problema, tornando-a de maneira mais explícita e possibilitando o levantamento de hipótese (RICHARDSON, 2017).

Nessa perspectiva, o conjunto de fenômenos humanos é compreendido e considerado como uma parte da realidade social onde os seres humanos estão inseridos, pois eles se caracterizam não só por agir-racional, mas também por pensar-refletir sobre o seu comportamento e conseguir interpretar suas ações mediadas a partir da realidade vivenciada e compartilhada com seus semelhantes, isto é, familiares e/ou amigos. Além disso, possibilita permitir desvelar processos sócio-psíquicos relacionados ao conhecimento relativo a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens (MINAYO, 2016).

Quanto à abordagem quantitativa, segundo Minayo (2016), esta tem por objetivo quantificar, isto é, atribuir valor e/ou mensurar um problema e compreender a sua dimensão, fornecendo informações numéricas sobre determinado comportamento do pesquisado mediante a entrevista e/ou aplicação de questionário.

A pesquisa foi realizada com portadores de DRC através da internet, por meio de formulário eletrônico, via Google Forms, uma ferramenta da Google, criada em 24 de abril de 2012, de gerenciamento de pesquisas bastante utilizada durante a pandemia da Covid-19. Assim, os pesquisadores que adotam esta nova ferramenta poderão realizar pesquisa e coletar

dados sobre os pesquisados, além do mais pode ser usada para questionários e formulários de registro de participação.

A escolha de abordar pacientes sem localidade específica e através da internet, se deu devido à pandemia instalada, já que não é possível a abordagem presencial de pacientes nos centros de hemodiálises. Por isso, a vertente de utilizar essa abordagem, por justamente possibilitar um maior alcance número de entrevistados sem colocar em risco a saúde destes e do próprio pesquisador.

Em relação à população do estudo, esta foi composta por pacientes com o diagnóstico de Doença Renal Crônica há mais de um ano e que estavam realizando o tratamento de terapia renal substitutiva, especificamente hemodiálise.

Nessa representação, a amostra ocorreu por meio de amostragem não probabilística e não aleatória. A escolha deu-se por conveniência, na qual os pesquisados serão previamente contatados por meio das redes sociais (Instagram, WhatsApp, Telegram, Facebook – por intermédio dos grupos e Facebook Messenger –, Twitter e E-Mail).

Mediante os critérios, foram incluídos aqueles pacientes com portador de DRC em terapia hemodialítica, a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos e que estejam com o tratamento há mais de um ano. Assim, foram excluídos do estudo pacientes que realizam diálise peritoneal, transplantados, pacientes que apresentam insuficiência renal aguda e outras doenças associadas a nefropatias, isto é, nefrolitíase renal, síndrome nefrítica/nefrótica, tumores renais e crianças com DRC.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice B) composto por módulos. O primeiro módulo dirigiu-se por informações de características socioeconômicas e demográficas, em que serão abordadas questões, como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, renda, atividade laboral e tipo de residência.

O segundo módulo decorreu-se através das características clínicas do módulo relacionado à temática, que conteve informações iniciais relacionadas: à doença de base que culminou na DRC; ao acesso vascular para hemodiálise; ao estado nutricional por meio da obtenção de dados, como peso e altura; ao conceito de hemodiálise; ao pensamento em mudar para diálise peritoneal; à frequência de quantas vezes vai à hemodiálise; ao cadastramento na fila de transplante; às complicações durante hemodiálise; à apresentação de sintomas/complicações durante o percurso em ser renal crônico.

O terceiro módulo contém informações mediante os padrões psicossociais, os quais abrangem os seguintes questionamentos: qual o nível de satisfação em relação ao corpo e à convivência com a doença renal? Há apoio da família e/ou amigos? Como se sente em

relações às punções/cateter? Qual a expectativa na espera do transplante renal? Quais as distrações durante a hemodiálise? Qual o significado da doença renal em sua vida? Quais os seus sentimentos negativos e positivos em relação ao tratamento? Você realiza atividade física e costuma ir a eventos sociais ou festas?

O quarto módulo é relacionado aos padrões dietéticos, ou melhor, às alterações e/ou condutas dietéticas prévias e atuais, que será estruturado através dos seguintes questionamentos: você já foi a uma consulta com um nutricionista? Você segue um modelo específico de dieta? Você possui dificuldades em seguir a dieta? Quais as percepções ao comer frutas, legumes, hortaliças por conta do potássio? O que você sente ao comer alimentos de origem animal por conta do fósforo e proteínas? Você já foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em proteínas, potássio e fósforo? O que você sente em relação à restrição hídrica? Teve/tem alguma restrição alimentar devido à doença renal? O que foi mais difícil diante dessas restrições e o que sente em relação a elas? Você sente falta de apetite? Você teve alguma complicação por não seguir uma dieta específica?

Vale ressaltar que no instrumento de coleta de dados, em algumas perguntas específicas, possuiu mais de uma opção para selecionar no ato da participação da pesquisa, como foi demonstrado nos resultados de algumas perguntas nas tabelas 11, 12, 13 e 14. Para a classificação do EN, serão utilizados os dados de Índice de Massa Corporal (IMC), medida obtida por meio de duas medidas: peso seco (kg) dividido pelo quadrado da altura (m).

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB, com a CAAE: 50592821.0.0000.5179 (Anexo D) e com parecer nº4.983.490. Esta pesquisa foi efetivada através de entrevista semiestruturada por meio da aplicação do formulário eletrônico, via Google Forms (Apêndice B).

O envio do formulário foi realizado por meio das redes sociais disponíveis na íntegra, e o questionário foi respondido pelo próprio participante, não havendo nenhuma interferência do pesquisador. Logo, a coleta iniciou no mês de setembro, mais especificamente durante o período do dia 23/09/2021 a 24/10/2021.

Os pesquisados foram esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e contribuições do estudo e, aceitando participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que estava na primeira aba do formulário eletrônico. A assinatura eletrônica do Google Forms foi por meio de uma opção entre “Concordo e desejo participar da pesquisa” e “Discordo e não desejo participar da pesquisa”, assim o participante que selecionasse uma das opções era direcionado para o preenchimento dos próximos módulos do

formulário. Uma vez realizado todo o questionário, automaticamente, o Google Forms enviava uma cópia por e-mail do formulário junto à assinatura da TCLE ao participante e, também, ao pesquisador principal, que permitiu a arquivagem das cópias dentro do Google Drive.

Assim, o período para a coleta de dados seguiu-se através de um cronograma estabelecido, que está de acordo com os prazos vigentes para o semestre 2021.2 e de acordo com a data de aprovação do projeto no Comitê de Ética.

Os dados foram digitados no programa Excel para Windows®, e as análises, realizadas no Programa SPSS® versão 22.0. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de KolmogorovSmirnov. As variáveis, com distribuição normal, foram descritas sob a forma de médias e desvio padrão, enquanto que aquelas que apresentarem distribuição não normal serão apresentadas sob a forma de medianas e dos respectivos intervalos interquartílicos.

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo está de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 466/12 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL 2012), que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram contatados, com antecedência, os órgãos envolvidos na pesquisa que expeliram em concordância documentada de autorização da pesquisa através de termo de anuência. Mediante a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas - CFN n° 599, de 25 de fevereiro de 2018, o pesquisador concordou e foi fiel aos princípios da moral bem como da ética, respeitando as condições das normas ético-legais dos pesquisados envolvidos durante a coleta e análise de dados.

Esse compromisso foi firmado e comprovado pelo pesquisador responsável pelo estudo através da assinatura do termo de compromisso (Anexo C) e com autorização da coordenação do curso (Anexo B) e da instituição (Anexo A) para execução da pesquisa.

4 RESULTADOS

A amostra final da pesquisa foi de uma totalidade de 105 participantes, com idade média de $43,00 \pm 16,82$ anos. A seguir, nos resultados e discussões, serão apresentadas as informações coletadas junto aos pacientes renais crônicos sobre as características demográficas, socioeconômicas, clínicas e ressignificação psicossocial e dietéticas. A seguir (Tabelas 8 e 9), serão apresentadas as características demográficas e socioeconômicas da amostra do estudo.

Os dados sociodemográficos e econômicas foram analisados através de tabelas constituídas pelas seguintes características: gênero, faixa etária, condição de moradia e etnia, a fim de caracterizar o perfil dos participantes.

Tabela 8 – Estatística descritiva das características sociodemográficas e socioeconômicas dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	%
Gênero		
Feminino	59	56,2
Masculino	46	43,8
Faixa etária		
Jovem adulto (18 e 29 anos)	12	11,4
Adulto I (30 e 49 anos)	19	18
Adulto II (50 e 59 anos)	9	8,5
Idosos (Acima de 60 anos)	65	61,9
Média \pm desvio padrão	$43,00 \pm 16,82$	
Mínimo – máximo	18,0 – 86,0	
Condição de Moradia		
Zona urbana	97	92,4
Zona rural	8	7,6
Raça/Cor (autodeclarada)		
Branco(a)	30	28,6
Preto(a)	24	22,9
Pardo(a)	48	45,7
Amarelo(a)	3	2,8
Média \pm desvio padrão	$1,83 \pm 0,882$	
Mínimo – máximo	1,0 – 4,0	

Fonte: autor, 2021.

A tabela 8 apresenta que mais da metade dos pesquisados são do gênero masculino, 59,2%, tornando o público feminino menos incidente na pesquisa, 43,8%.

No que diz respeito à faixa etária, os idosos apresentaram-se como sendo os mais prevalentes entre os estudados 61,9%, seguidos de adulto I 18%, jovem adulto 11,4% e, por fim, adultos II 8,5%, sendo a média de idade representada por 43 anos com desvio padrão de 16,82.

Em relação às condições de moradia, quase a totalidade – 92,4% – são da zona urbana, e apenas 7,6% residem na zona rural. Os dados dos pacientes quanto à etnia foram equivalentes, demonstrando a maior quantidade de pardos(as) com 45,7%; logo em seguida, os brancos(as) com 28,6%; os pretos(as) com 22,9%; e, por fim, os autodeclarados amarelos com 2,8%.

A seguir, será apresentada (Tabela 9) a continuação dos dados sociodemográficos e econômicos, que foram analisados através de tabelas constituídas pelas seguintes características: estado civil, escolaridade, renda e atividade laboral a fim de caracterizar o perfil dos participantes.

Tabela 9 – Continuação das estatísticas descritivas das características sociodemográficas e socioeconômicas dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	%
Estado Civil		
Solteiro(a)	38	36,2
Divorciado(a)	5	4,7
Casado(a)	57	54,3
Viúvo(a)	3	2,9
Namorando	2	1,9
Escolaridade		
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	15	14,3
Fundamental I completo/fundamental II incompleto.	8	7,6
Fundamental II completo/médio incompleto	13	12,4
Ensino médio completo/superior incompleto	47	44,7
Ensino superior completo	22	21
Média ± desvio padrão	2,50 ± 1,302	
Mínimo – máximo	0,0 – 4,0	
Renda		
Até 1 salário mínimo	33	31,4
Entre 2 e 3 salários mínimos	52	49,5
Mais de 4 salários mínimos	20	19,1
Média ± desvio padrão	1,88 ± 0,703	
Mínimo – máximo	1,0 – 3,0	
Atividade Laboral		
Atividade remunerada/privada	10	9,5
Não trabalha	33	31,4
Autônomo	14	13,3
Servidor público	1	1
Empresas terceirizadas	1	1
Aposentadoria	34	32,4
Outros	12	11,4

Fonte: autor, 2021.

No que concerne ao estado civil dos analisados, mais da metade deles é casado (54,3%), seguindo os solteiros (36,2%), divorciados (4,7%), viúvos (2,9%) e namorando (1,9%).

Com relação à escolaridade, grande parte dos participantes enquadra-se no o ensino médio/superior incompleto, representando 44,7%; já 21% apresentam o ensino superior completo, 14,3% são analfabetos ou possuem o ensino fundamental incompleto, 12,4% cursaram o fundamental II completo/médio incompleto, e 7,6% possuem o fundamental I completo/fundamental II incompleto.

Em relação à renda, os dados apresentam uma prevalência entre 2 e 3 salários mínimos com 59,5%, seguido de 31,4%, representando até 1 salário mínimo, e finalizando com 19,1% com mais de 4 salários mínimos, numa média e 1 a 2 salários mínimos e desvio padrão de 0,703 dos participantes.

Sobre a atividade laboral dos pacientes, houve equivalência entre duas categorias, entre elas se destacam os que não trabalham com 31,4%, e os aposentados com 32,4%, seguidos de 9,5%, referentes à atividade remunerada/privada, outros com 9,5%, servidor público totalizando 1% e empresas terceirizadas com 1% = 1.

A seguir, será apresentada (Tabela 10) a classificação do estado nutricional dos 105 participantes da pesquisa a fim de estratificar em que estado nutricional os participantes se encontram durante o tratamento.

Tabela 10 – Classificação do estado nutricional através do índice de massa corporal (IMC) dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	
Índice de Massa Corporal (IMC)	N (105)	100%
Desnutrição	16	16
Eutrófico	46	46
Sobrepeso	24	24
Obesidade grau I	14	14
Obesidade grau II	4	4
Obesidade grau III	1	1
Média ± desvio padrão (Peso)	67,50 ± 15,611	
Mínimo – máximo (Peso)	38,0 – 103,0	
Média ± desvio padrão (Estatura)	1,65 ± 9,82	
Mínimo – máximo (Estatura)	1,32 – 1,92	

Fonte: autor, 2021.

Dentro dos resultados obtidos, a população do estudo de maior prevalência foi aqueles que estavam classificados como eutróficos (46%), seguindo com sobrepeso (24%), desnutrição (16%), obesidade grau I (14%), obesidade grau II (4%), concluindo com obesidade grau III (1%). É importante considerar que a estatura dos participantes está acima

da média indicada pela população brasileira, possuindo uma média de 1,65cm com desvio padrão de 9,82, e a média do peso foi de 67,5kg com desvio padrão de 15,611.

A seguir serão apresentadas (Tabela 11) as características psicossociais dos pacientes, analisadas através de tabelas constituídas pelas seguintes informações: sentimento em relação ao corpo; sentimento em relação ao convívio com a doença; apoio das famílias/amigos; sentimento em relação às punções/ao cateter; expectativa na espera do transplante renal; distrações nas sessões de hemodiálise.

Tabela 11 – Características psicossociais dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	%
Sentimento em relação ao seu corpo		
Satisfeito	37	35,2
Insatisfeito	17	16,2
Poderia melhorar	51	48,6
Sentimento em relação ao convívio com a doença renal		
Satisfeito	33	31,4
Insatisfeito	28	26,7
Poderia Melhorar	44	42
Apoio das famílias/amigos		
Sim	100	95,2
Não	1	1
Às vezes	4	3,8
Sentimento em relação às punções/ao cateter		
Dor	43	41
Desconforto	54	51,4
Medo	34	32,4
Insuportável	9	8,6
Não aguento mais	5	4,8
Normal/Me acostumei	52	49,5
Outros	3	2,9
Expectativa na espera do transplante renal		
Animado	43	41
Ansioso	38	36,2
Esperançoso	56	53,3
Desanimado	15	14,3
Desestimulado	10	9,5
Outros	20	19
Distrações nas sessões na hemodiálise		
Mexe no celular/tablets	78	74,3
Ler livros/jornais/notícias/	32	30,5
Ouve música	44	41,9
Interage com o pessoal da clínica	68	64,8
Dorme/descansa	48	45,7
Assiste à TV/a filmes/a séries/ao Youtube	65	61,9

Fonte: autor, 2021.

Quando se abordam as características psicossociais dos pacientes renais crônicos, é necessário ter em mente, primeiramente, que essa variável vai ser individualizada devido às

crenças e às experiências de cada paciente bem como à rotina exaustiva da hemodiálise, não sendo um sentimento crônico, e sim, por vezes, passageiro. Logo, obteve-se a frequência do resultado de que poderia melhorar em relação ao corpo com 48,6%, os que estavam satisfeitos com 35,2% e com 16,2% os insatisfeitos.

Uma das perguntas delicadas do questionário era “Como você se sente convivendo com a doença renal?”, a qual teve como resultado uma prevalência interessante de que poderia melhorar, totalizando 42%; como satisfeitos, mostraram-se 31,4%; e 26,7% responderam que estavam insatisfeitos. Nota-se uma frequência, também, esperada quando questionados se possui apoio das famílias/amigos, representado por 95,2% da amostra, seguido de 3,8% que, às vezes, possui apoio, e 1% não o possui.

Quando investigados os sentimentos em relação às punções/ao cateter, metade dos pacientes apresentou uma frequência expondo que ficam desconfortáveis, representando 51,5%; já outra parte, representada por 49,5%, acostumou-se e os considera normal, uma vez que fazem parte da sua vida; os que sentem dor somaram 41%; os que possuem ou já possuíram medo devido à insegurança do tratamento totalizaram 32,4%; 8,6% consideram uma dor insuportável; os que não aguentam mais estão representados por 4,8%; e, por fim, os demais participantes declararam-se como outros, com 2,9%.

Em relação à expectativa na espera do transplante renal, metade dos pacientes, 53,3%, está esperançosa para conseguir um rim novo; 41% se sentem animados; 36,2% alegam que estão ansiosos; 19% expuseram outros sentimentos; 14,3% consideram-se desanimados; e 9,5% estão desestimulados.

As distrações nas sessões de hemodíálises foram bem variadas, no entanto obteve uma frequência acima da média, de 74,3%, que mexem nos celulares e tablets para navegar na internet; 64,8% responderam que interagem com o pessoal da clínica de diálise; 61,9% assistem a filmes, a séries e ao YouTube, tanto na clínica quanto no celular; 45,7% dormem e descansam; 41,9% ouvem músicas; e, por fim, 30,5% alegaram que leem livros, jornais e/ou notícias.

A seguir será apresentada a continuação da tabela anterior (Tabela 12), as características psicossociais dos pacientes, os quais foram analisados através de tabelas constituídas pelas seguintes informações: o significado da doença renal em sua vida; os sentimentos negativos sobre o tratamento; os sentimentos positivos sobre o tratamento; a realização de atividade física; e o costume de ir a eventos sociais/festas.

Tabela 12 – Continuação das características psicossociais dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	%
O que a doença renal significa em sua vida?		
Tristeza	33	31,4
Descuido com a saúde	45	42,9
Mudança na vida	63	63
Ressignificação da vida	63	63
Outros	10	9,5
Sentimentos negativos em relação ao tratamento		
Insegurança	42	40
Medo	55	52,4
Ansiedade	57	54,3
Sentimentos depressivos	34	32,4
Revoltado/inconfortável	16	15,2
Desconfortável	27	25,7
Outros	24	22,9
Sentimentos positivos em relação ao tratamento		
Bem-estar	47	44,8
Segurança no tratamento	73	69,5
Manutenção de uma vida	98	93,3
Autonomia	20	19
Disposição	24	22,9
Ânimo	18	17,1
Outros	5	4,8
Realiza atividade física		
Sim	31	29,5
Não	36	34,3
Pretendo ir	38	36,2
Costuma ir a eventos sociais/festas		
Sim	68	64,8
Não	37	35,2

Fonte: autor, 2021.

De todas as perguntas relacionadas às características psicossociais dos pacientes, quando questionados sobre “O que a doença renal significa em sua vida”, houve igualdade em 2 respostas, isto é, 63% consideram que a doença renal gerou uma resignificação da vida e que provocou mudanças na forma em que via a vida. Já 42,9% caracterizaram como um descuido com a saúde, 31,4% relataram tristeza e finalizou com 9,5%, que não revelaram os sentimentos, sendo classificados como outros.

Os sentimentos negativos em relação ao tratamento foram de uma amostragem de 54,3%, que possuem ansiedade, seguidos dos que sentem medo, totalizando 52,4%. Já 40% apresentaram insegurança no tratamento, 32,4% apresentaram sentimentos depressivos, 25,7% relataram desconforto, 15,2% se sentem revoltados/desconfortáveis com a doença, e 22,9% não revelaram os sentimentos, os quais foram caracterizados como outros.

Quando questionados, também, sobre os sentimentos positivos em relação ao tratamento, obteve-se uma frequência alta dos que consideram a hemodiálise como uma manutenção de uma vida com 93,3%. Seguindo esse resultado, vem os que se sentem seguros com o tratamento, contabilizando 69,5%; os que sentem bem-estar com o tratamento, totalizando 44,8%; os entrevistados que sentem disposição com 22,9%; os que recuperaram sua autonomia em alguns aspectos na vida, resultando em 19%; os que possuem ânimo, totalizando 17,1%; e os demais foram classificados como outros com 4,8%.

Quando indagados sobre a realização de atividade física, houve um aumento modesto dos que pretendiam ir com 62,2%; porém, 34,3% responderam que não realizam e 29,5% que realizam. Por fim, quando questionados se costumam ir a eventos sociais/festas, a maior incidência foi que sim, o que foi representado por 64,8% dos casos, contudo 35,2% expuseram que não vão.

A seguir serão apresentadas (Tabela 13) as características do padrão dietético dos pacientes que foram analisadas através de tabelas constituídas pelas seguintes informações: ida a uma consulta com um/uma nutricionista, se segue alguma dieta específica e as dificuldades para segui-la, percepções em relação ao consumo de frutas bem como de alimentos de origem animal e se já foi alertado sobre o consumo excessivo de alimentos rico em potássio e fósforo.

Tabela 13 – Características do padrão dietético dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	%
Já foi a uma consulta com um/uma nutricionista?		
Sim	91	86,7
Não	8	7,6
Pretendo ir	6	5,7
Segue alguma dieta específica?		
Sim	49	46,7
Não	11	10,5
Conforme a rotina	45	42,9
Tem dificuldades em seguir a dieta?		
Sim	34	32,4
Não	33	31,4
Razoável	38	36,2
Percepções ao consumo de frutas		
Insegurança por conta de o potássio aumentar	53	50,5
Não tenho medo	11	10,5
Normal	41	39,1
Percepções ao consumo de alimentos de origem animal		
Insegurança por conta por conta da proteína	47	44,8
Insegurança por conta de o fósforo aumentar	44	41,9
Não tenho medo	37	35,2
Normal	17	16,2

Outros	3	2,9
Foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em fósforo?		
Sim	103	98,1
Não	2	1,9
Foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos rico em potássio?		
Sim	103	98,1%
Não	2	1,9%

Fonte: autor, 2021.

Em relação à consulta com o nutricionista, mostra-se uma frequência significativa, com 86,7% representando os que fazem acompanhamento nutricional, 7,6% os que não fazem esse acompanhamento e 5,7% os que pretendem ir.

Assim, quando questionados se seguem alguma dieta específica de nefropatias, metade dos pacientes afirmou que realizam dieta específica com 46,7%, seguido dos que vão conforme a rotina com 42,9% e, por fim, dos que não seguem com 10,5%. Em relação às dificuldades de seguir dietas, a média dos participantes ficou equivalente, sendo representada por razoável com 36,2%, seguidos dos que apresentam dificuldades com 32,4% e 32,4% representando os que não apresentam.

Quando investigados sobre as percepções de determinados nutrientes, notaram-se características interessantes, assim, quando as percepções do consumo de frutas foram analisadas, 50,5% colocaram que possuem insegurança em relação ao potássio aumentar, seguidos de 39% = 41, que se sentem normal em relação à ingesta, e 10,5% não possuem medo.

Em relação a se já foram alertados sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em fósforo, 98,1% apresentam que sim e 1,9% que não. E, por fim, quando alertados sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em potássio, 98,1% informaram que já foram informados e 1,9% que não foram.

A seguir será apresentada a continuação da tabela anterior (Tabela 14) com as características do padrão dietético dos pacientes, analisadas através de tabelas constituídas pelas seguintes informações: percepções sobre a restrição hídrica; falta de apetite; restrição alimentar devido à doença renal, dificuldades diante dessas restrições e os sentimentos relacionados a essas restrições.

Tabela 14 – Continuação das características do padrão dietético dos pacientes em terapia hemodialítica.

Variáveis	Freq.	%
Percepções sobre a restrição hídrica		
Desconfortável	53	50,5
Necessidade de beber mais água	70	66,7
Muita sede	47	44,8
Normal	25	23,8
Não sei (NS)	4	3,8
Falta de apetite		
Sim	34	32,4
Não	49	46,7
Razoável	22	20,9
Possui alguma restrição alimentar devido à doença renal?		
Sim	80	76,2
Não	16	15,2
Razoável	9	8,6
O que foi mais difícil diante dessas restrições?		
Sódio (cloreto de sódio)	14	13,3
Ingestão hídrica	80	76,2
Alimentos	39	37,1
Proteínas	31	29,5
Quais os sentimentos sobre essas restrições?		
Medo	21	20
Angústia	43	41
Incômodo	61	58
Despreocupado	14	13,3
Normal	24	22,9
Razoável	11	10,5
Outros	2	1,9

Fonte: autor, 2021.

As percepções sobre a restrição hídrica foram bastante significativas, sendo representados por 66,7% os que sentem necessidade de beber mais água, seguindo com 50,5% representando os que ficam desconfortáveis devido a essa restrição. Ainda, 44,8% sentem muita sede, 23,8% estão acostumados e 3,8% não souberam responder.

Em relação à falta de apetite, obteve-se uma frequência de 46,7% que não sentiram, enquanto 32,4% expuseram que sentiram e 20,9% consideraram como razoável. E, quando questionados sobre se possuem alguma restrição alimentar devido à doença renal, 76,2% afirmaram que sim, 15,2% que não e 8,6% ficaram entre razoável.

Uma das perguntas mais delicadas sobre as características dietéticas está associada ao que foi mais difícil diante das restrições, e 76,2% afirmaram que foram os líquidos, seguindo com 37,1% relatando que foram frutas, verduras, legumes, 29,5% colocaram que foram os alimentos proteicos (fonte de fósforo) e 13,3% afirmaram que foi o sódio (cloreto de sódio).

Quando se descobre renal crônico, os hábitos precisam ser diminuídos através das restrições, devido ao desconforto, à necessidade de beber mais líquidos e de alimentar-se muito conforme apresentam os resultados logo a seguir. Sobre os sentimentos associados às restrições impostas, a pesquisa demonstrou que 58% se sentem incomodados, 41% ficam angustiados, 22,9% sentem-se normal, 20% ficam com medo, 13,3% ficam despreocupados, 10,5% ficam num estado razoável e, por fim, 1,9% classifica suas respostas como outros.

5 DISCUSSÕES

Conforme os autores Piccolli, Nascimento e Riella (2017), a relação entre a prevalência de gênero e DRC é maior em mulheres, inclusive é apoiada por muitos relatos na literatura através dos ensaios clínicos e estudos de intervenções. Nesse contexto, os *United States Renal Data System* (USRDS) revelam uma prevalência de DRC entre os anos de 2007 a 2012 de 15,1% para mulheres e 12,1% para homens.

Apesar de essa correlação ser prevalente em mulheres, existem outros estudos que contradizem tal afirmação, já que foi constatada a prevalência maior em homens do que em mulheres devido à variação geográfica no efeito do gênero na prevalência de DRC (GOLDBERG; KRAUSE, 2016).

Os resultados da pesquisa se tornam equivalentes quando comparados com os dados da SBN em razão de que a prevalência em todo mundo é de 7,2% para indivíduos acima de 30 anos e 28% e 46% em indivíduos acima de 64 anos. Tais achados podem ser duplicados quando existe doença de base associada (RONELLI; RIELLA, 2014).

Durante o envelhecimento, ocorrem diversas alterações fisiológicas no(a) idoso(a), principalmente nos rins, em detrimento do declínio funcional e fisiológico da Filtração Glomerular (FG) relacionado ao avanço da idade. Logo, ocorrências dessas alterações estruturais, funcionais e fisiológicas dos rins possibilitam um impacto que compromete a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos (PICCOLLI; NASCIMENTO; RIELLA, 2017).

Todavia, a diminuição da FG associado a comorbidades, tais como diabetes descompensada, hipertensão arterial descontrolada, além das demais doenças renais, como glomerulonefrites e as nefrites túbulo-intersticiais descompensados, são as causas mais prevalentes e da progressão da DRC (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Apesar de já ser esperada uma prevalência maior na zona urbana, visto que os centros de hemodiálise são localizados nas capitais, não se podem descartar aquelas pessoas que

moram em outro lugar e dependem de transporte bem como de tempo para realizar diálise, sendo uns dos fatores exaustivos e cansativos que compromete a qualidade de vida dos participantes.

Sobre o estado civil, outros estudos também concordam na prevalência aumentada no número de casados conforme Martins e Cesarino (2005), o que corrobora com os dados de Mahdavi-Mazdeh *et al.* (2009), que o estado civil do paciente é bastante importante para exercer influência e apoio sobre a realização do tratamento e as metas terapêuticas da DRC.

Sobre a escolaridade, quanto menor o seu nível, maior poderá ser a mortalidade dos indivíduos, tanto por origem de complicações cardiovasculares quanto por outras causas e/ou doenças de base que culminam na DRC. Assim, esse resultado é justificado devido ao desconhecimento sobre a doença renal e/ou doença de base que culminou na hemodiálise (CAVANAUGH *et al.*, 2010; MARTIN *et al.*, 2012).

Existem outras variáveis importantes, demonstrando que os pacientes correm o risco de adoecer devido à diminuição e/ou ausência de escolaridade, sobretudo aqueles em situações de pobreza. Desse modo, o grau de escolaridade elevado contribui para um maior conhecimento sobre o tratamento, estratégias e reflexões sobre o que lhe levou até a hemodiálise quanto também os mecanismos fisiopatológicos da doença (OLIM *et al.*, 2021).

Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008), através da literatura, afirmam que existe uma associação causal entre o menor nível socioeconômico com o da prevalência aumentada de DRC, principalmente quando essa associação é relacionada à gênese de determinadas doenças, como, por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia, entre outras. Além disso, quanto melhor a situação socioeconômica, melhor a saúde do indivíduo.

Além da dependência de uma máquina, o paciente renal crônico em estágio final se considera "preso" entre a morte certa e uma vida dependente do suporte tecnológico, tendo em vista que ele não consegue trabalhar em algumas situações devido à fadiga excessiva, ao horário comercial, à fraqueza, entre outras características que comprometem o serviço e as próprias limitações dos pacientes (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOCKER, 2016).

Mediante o estado nutricional, as diretrizes nacionais e internacionais de doença renal indicam que os pacientes com sobrepeso e obesidade são considerados fatores de proteção na sobrevida, em comparação com aqueles que estão com desnutrição e obesidade mórbida, que é preditor de mortalidade aumentada (CUPPARI, 2019; FIACCARORI, 2021; BRASPEN, 2021).

A última diretriz de doença renal, atualizada depois de 20 anos da sua publicação, aborda que valores de IMC $< 23 \text{ kg/m}^2$ têm sido apontados como indicativo de risco nutricional na DRC por se associarem ao aumento nas taxas de morbimortalidade. No entanto, mesmo o paciente estando classificado com eutrófico ($> 18.5 \text{ kg/m}^2$ e $< 24.9 \text{ kg/m}^2$), caso não controlado o peso, podem aumentar os indicadores de mortalidade (IKIZLER *et al.*, 2020).

Além disso, a respectiva diretriz, chamada popularmente de KDOQI, elaborada pelo autor principal Ikizler (2020) junto aos demais pesquisadores da área da nefrologia, discute que o IMC, quando utilizado de forma isolada, não é suficiente para estabelecer um diagnóstico de Desnutrição Energético-Proteica (DEP), a menos que seja muito baixo.

Embora o peso e o IMC possam ser úteis como indicadores de estado nutricional, o percentual de mudança no peso habitual (peso seco para os pacientes em tratamento dialítico) pode ser uma medida mais confiável para determinar risco de DEP (CUPPARI, 2019). Também, a diretriz discute sobre o uso do IMC como preditor de mortalidade nessa população e varia com o tipo de tratamento na DRC. Assim, no tratamento conservador, hemodiálise e diálise peritoneal com desnutrição são preditoras de maior mortalidade, já no sobrepeso durante o conservador, essa associação com mortalidade não está clara (IKIZLER *et al.*, 2020).

Segundo a *Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (BRASPEN), através da sua recente diretriz de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal, lançada neste ano (2021), por meio da sua Recomendação 2, descreve que:

Não há indicador isolado para diagnóstico de desnutrição. Os indicadores recomendados mais importantes são: perda involuntária de peso, IMC baixo ($< 18 \text{ kg/m}^2$), ingestão de energia e proteínas abaixo do recomendado, e redução da força e funcionalidade muscular. Para o diagnóstico de obesidade, o excesso de gordura abdominal é o indicador mais importante (BRASPEN, 2021, p.15).

Através desses indicadores de mortalidade associados ao IMC, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) e a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE) afirmam que é difícil criar pontos de cortes diferentes de IMC para populações clínicas diversas, por isso o IMC pode não ser considerado um critério universal.

Sobre as características psicossociais, alguns autores, como, por exemplo, Guedes e Guedes (2012), descrevem que, na hemodiálise, existem alterações na imagem corporal, sendo reforçados por Lemos, Barsaglini e Paz (2016), afirmando que a pessoa começa a incorporar a doença à sua vida, transportando uma série de insatisfações internas durante o

percurso de ser renal crônico, permitindo que as demais exigências de satisfação sejam supridas por novas exigências externas.

Além dessas insatisfações, existe também o preconceito, principalmente dentro da sociedade, permeada por acesso à internet e a redes sociais, que têm a propagação constante de fotos e corpos esbeltas dentro dos padrões de beleza exigidos pela sociedade e mídia, possibilitando um grande desafio decorrente da própria condição patológica, isto é, ser portador de doença renal (IBIAPINA *et al.*, 2016).

A porcentagem baixa comprovada nos resultados de insatisfação corporal é demonstrada por muitos através do aumento das artérias e veias mediante a FAV, tendo em vista que, na medida em que o paciente faz hemodiálise, ocasiona-se o desenvolvimento de abaulamentos e deformidades em toda sua extensão do braço, causando insatisfação, frustração e tristeza no percurso da doença (LEMOS; BARSAGLINI; PAZ, 2016).

Ao final da participação e do preenchimento do formulário da pesquisa, ocorreu uma troca de diálogos através das mídias sociais com os pacientes, e eles relataram dois aspectos incomuns: que a condição de estar na hemodiálise poderia melhorar se a terapia promovesse um grau de autonomia e menor limitação; e a satisfação de alguns, pois, segundo estes, se não fosse a hemodiálise, eles não estarão vivos e agradecem por estar em um tratamento que promove segurança e manutenção da vida.

A outra parcela que estava insatisfeita refletiu que nunca imaginou que poderia ir para a hemodiálise, preferiam outros métodos, como medicamentos, sem depender de máquinas e/ou, até mesmo, sugeriu que já estava na hora da nefrologia e ciência desenvolver outros métodos não invasivos de realizar diálise.

Em relação ao apoio de familiares/amigos, a frequência foi bem significativa, tornando-se um importante suporte e criação de uma rede de apoio, uma vez que estes podem auxiliar a controlar o humor, apoiar emocionalmente diante das dificuldades, indicar grupo de apoio, promover esperança com a espera do transplante, apoiar no enfrentamento das crises e na tomada de decisões e, por fim, incentivar a participação de grupos de apoio (SILVA, *et al.*, 2019).

É importante lembrar que os acessos vasculares, incluindo os cateteres e a FAV, são um dos fatores que influenciam na adesão da hemodiálise, tendo em vista que, além de prejudicar a adesão, permite o não cumprimento das necessidades humanas básicas, como: conforto (ausência de dor), sono, repouso, ingestão hídrica, cuidados no banho, lazer, posição para dormir (MADEIRO *et al.* 2010). Nesse sentido, um dos participantes relatou, nas redes sociais, que o sentimento acompanhado de ansiedade vem através de uma crise de tristeza e

expectativa ao se submeterem a uma nova punção, sendo a dor um fator desestimulante para a realização do tratamento.

Os autores Madeiro *et al.* (2010) descrevem que as experiências com os acessos são individualizadas, pois esses desconfortos e conflitos emocionais se dão em pacientes que estão no início da hemodiálise, por se tratar, inclusive, de uma nova fase da vida, em comparação com aqueles que já os consideram normais e já se acostumaram com as punções por já estarem em um período significativo na hemodiálise, o que se torna algo normal e o indivíduo vai se acostumando ao longo do tempo.

Vale lembrar que os cateteres venosos centrais são recomendados em casos de hemodiálise de urgência para aqueles recém-diagnosticados com DRC em fase de descompensação e/ou para aqueles com doença renal aguda, sendo utilizado temporariamente antes da realização da FAV, além disso são utilizados nos casos em que não é possível a realização de FAV (JUNIOR-NEVES, *et al.*, 2013).

Nota-se uma série de sentimentos positivos em torno do transplante, sendo observada a presença de esperança por sair das máquinas, animados para recuperar a autonomia e a dependência de vida, além de outros sentimentos não identificados. Um dos benefícios de se realizar o transplante é a possibilidade de receber um rim novo que funciona, permitindo que as impurezas sejam eliminadas através da urina todos os dias e a diminuição das limitações do cotidiano que a hemodiálise promove no indivíduo (SILVA, *et al.*, 2019).

Uma das parcelas que se sente desestimulada relatou, por meios das redes sociais, que as desvantagens de se realizar a TxR é, exclusivamente, a retirada das máquinas, o uso contínuo de medicamentos, inclusive, até intensos, a necessidade de passar por um procedimento cirúrgico, além do risco de rejeição e mudanças nos estilos de vida, que ainda vão perpassar a vida toda.

É necessária a criação de espaços humanizados, acolhedores e de estratégias que promovam o melhor conforto para os pacientes renais crônicos. Uma dessas estratégias que pode ser utilizada é a distração aos pacientes submetidos às sessões de hemodiálise, em razão de que elas são necessárias para abreviar os momentos de angústia, sofrimento, cansaço e problemas externos durante o tratamento.

Desse modo, Brasil e Schwartz (2005) descrevem que são necessários cuidados quanto à programação da televisão, especificamente aos telejornais, cujas notícias despertavam indignação, estresse, desconforto e depressão, sentimentos nada construtivos, principalmente para quem fica ligado a uma máquina por quatro horas. A partir de um momento em que se

escolhe um ambiente com cuidados no que é ofertado, promove-se bem-estar, alegria e diversão durante as sessões.

Vale enfatizar que apenas dois relatos, dos 105 participantes, descreveram, através das redes sociais, que não aceitam a doença renal ao ponto de já ter pensado em suicídio e tentativas de suicídio. Essa é uma problemática bastante delicada, tendo em vista que é necessário investigar as causas mais aprofundadas dessa ideação suicida, tanto revendo os protocolos de TRS quanto considerando o comportamento da não adesão à dieta, além do tratamento medicamentoso, falta às sessões, desconforto com os acessos vasculares e abandono de tratamento como tentativa de suicídio (JUNIOR-MOURA *et al.*, 2008).

Um dos pontos-chave das características psicossociais dos pacientes é identificar quais as principais variáveis que permitem descobrir o que a doença renal significa na vida do paciente. Além disso, é importante reforçar que as perdas da doença renal são além do processo dialítico e provocam uma série de situações para o renal crônico, comprometendo os aspectos físicos, culturais, psicológicos, emocionais, com repercussões pessoais, alimentares, familiares e sociais (QUEIROZ; RIBEIRO, 2021).

Assim, Knobel (2008) defende a argumentação dos autores anteriores, que o profissional da saúde deve auxiliar na busca pela aceitação do processo e, principalmente, na adesão ao tratamento para evitar o risco de complicações e/ou morbimortalidade, viabilizando uma prática de autocuidado e autonomia durante esse procedimento, favorecendo o entendimento patológico do processo de adoecer sobre outra perspectiva, isto é, ressignificar a situação vivenciada para outro paradigma. No entanto, a experiência de ressignificação de vida é marcada pela individualidade de cada paciente.

Assim, quando os dados apontam para a frequência de tristeza, descuido com a saúde tornam-se necessárias mudanças nessas “distorções” dos pensamentos, emoções e sentimentos, necessitando de ressignificação diante esses processos. Contudo, Lima e Junior-Lima (2015) abordam que, quando se teve uma frequência maior de mudança de vida e ressignificação de saúde, isto possibilita um espaço para outro sentido à experiência vivenciada, além de entender que, apesar da situação vivenciada, é preciso compreender que o paciente é um ser biopsicossocial, com medos, vivências, percepções e que reage de forma imprevisível frente às situações diversas.

Desse modo, este autor continua argumentando que o apoio dos familiares, sentimentos em relação ao corpo, enfrentamento das complicações durante hemodiálise e no percurso da DRC e as restrições alimentares e hídricas contribuem muito para um suporte adequado, principalmente quando se tentar abordar as crenças dos pacientes, uma vez que, na

espiritualidade, a figura representada por “Deus” é considerada uma vertente muito presente como uma “força” que contribui para a busca de sentidos de vida, ressignificação do sofrimento e enfrentamento da doença durante a hemodiálise.

É interessante considerar que, até que o paciente renal crônico aceite a sua condição, ele passará por diversas fases, incluindo as famosas 7 fases do luto: negação, medo, ansiedade, revolta, tristeza, culpa e raiva. Por isso, a importância da família, amigos, colegas, serviços de apoio psicológico e a própria equipe interdisciplinar dos centros de diálises para que esses sentimentos sejam minimizados e promova-se uma melhor qualidade de vida (SILVA, *et al.*, 2019).

A importância de realizar questionamentos sobre os pontos positivos e negativos durante o tratamento se dá porque o ser humano é composto por múltiplas emoções e sensações comportamentais, que influenciam na adesão do tratamento. Com isso, visualizar a hemodiálise como forma de manutenção de uma vida e se sentir seguro com o tratamento são possibilidades para aderir ao tratamento, resgatar a qualidade de vida e promover autonomia.

As sensações de bem-estar, ânimo e disposição presente durante o percurso da doença surgem para quebrar o paradigma de que, a partir do momento que o paciente renal faz hemodiálise, ele é visto como limitante, incapaz, fraco, incapaz e que não consegue fazer nada na vida devido ao fato de ser portador de doença renal, sendo totalmente equivocadas e errôneas essas atribuições.

O paciente é livre e tem a autonomia para escolher suas demandas alimentares e de vida, no entanto é necessária a comunicação prévia com a equipe interdisciplinar para que o sofrimento se torne menos agravante, até porque, no Art. 24 Código de Ética da Medicina, consta ser vedado ao médico "Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo." (Conselho Federal de Medicina, 2010, p. 47).

Com isso, Vento (2018) defende que a hemodiálise possui, inclusive, efeito contrário daqueles encontrados na literatura, possuindo melhora significativa nos aspectos físicos – sintomas de cansaço, falta de ar, dor, fraqueza e inchaço – bem como nos psicológicos e alimentares como um fator relevante para aceitação e continuidade do tratamento.

Nesse contexto, os autores Fukushima, Costa e Orlandi (2018) relatam a importância de abordar a temática da atividade física, já que, além de possuir inúmeros benefícios por meio da prática regular, existem evidências científicas consistentes de que pacientes hemodialíticos apresentam baixos níveis de atividade física, contribuindo para ocasionar

doenças cardiometabólicas, resistência à insulina, sedentarismo, obesidade e deficiência nutricional.

No entanto, Araújo-Filho *et al.* (2016) justifica que esses baixos níveis são representados pelo medo por parte dos pacientes de perderem o acesso vascular (fístula), pois, mesmo que eles realizem musculação, existem recomendações de peso que o braço do acesso pode aguentar, contudo isso não significa que não se pode realizar atividade física, inclusive essa prática é recomendada pelos órgãos internacionais de saúde.

Cigarroa *et al.* (2016) descrevem que os pacientes ativos representam um indicador melhor de qualidade de vida por contribuir em amenização de inúmeros sintomas, além de controlar os exames bioquímicos que costumam alterar e proporcionar benefícios em todas dimensões, incluindo físicas, psicológicas, emocionais e alimentares para o controle da fome e do apetite.

Portanto, a última pergunta da penúltima tabela sobre as características psicossociais dos pacientes se dá devido à presença de ir aos eventos/festas sociais, apresentando uma incidência maior naqueles que sempre vão permitindo que o paciente renal não seja limitado aos eventos do seu cotidiano (EVERLING *et al.*, 2016).

No entanto, quando realizada uma análise comparativa entre idade e frequência de não ir a esses eventos, esse ponto fica esclarecido devido à exacerbação das fístulas nos braços com hematomas, ocasionando constrangimento e insatisfação corporal, e ao não hábito de frequentar, principalmente os idosos, como identificou uma prevalência para terceira idade, por conta das limitações tanto funcionais quanto de mobilidade.

Sobre as características do padrão dietético e atenção nutricional, deve se manter constante durante o percurso do tratamento da doença renal, no entanto, durante o tratamento dialítico, essa atenção é dobrada, tornando-se importante a adequação e manutenção do estado nutricional e prevenção de complicações. O acompanhamento nutricional é de suma importância para o controle da doença, minimização da progressão, além de evitar as futuras complicações clínicas MAHAN; STUMP-ESCOTT; RAYMOND, 2018).

Favalessa *et al.* (2009) descrevem que o nutricionista, através da anamnese alimentar detalhada, sinais e sintomas e exames bioquímicos, é capaz de realizar um planejamento alimentar individualizado com enfoque no comportamento nutricional, para não acontecer o abandono da dieta e tratamento, além de construir uma boa relação com alimentação.

Vale salientar que o planejamento nutricional vai depender das condições nas quais os pacientes se encontram, isto é, qual é a doença de base, se está no conservador ou na terapia de substituição renal e dos resultados dos exames laboratoriais de rotina, que também são

úteis para controlar, de maneira íntegra, a saúde dietética do paciente (Hospital Samaritano, 2014; NKF, 2007).

Uns dos pacientes relataram que “ as consultas nutricionais são por intermédio da própria clínica de diálise”, permitindo o acompanhamento mais sério e próximo do paciente. Com isso, o fato de os pacientes não seguirem uma dieta, como apresentou os resultados, ocorre devido ao não entendimento dos motivos pelos quais deve se priorizar uma alimentação restrita-livre, assim como a relação que esta tem com o seu tratamento (CARVALHO; LUZ; PRADO, 2011).

Não existe dieta específica para o paciente renal, a “Dieta Específica” é definida através do nutricionista que deve e leva em consideração o planejamento alimentar, os aspectos socioeconômicos, psicológicos, comportamentais, culturais e habituais, devendo a dieta está adaptada ao paciente e não o contrário, por isso, se porventura “A insuficiência renal piorar, a dieta recomendada pode ser modificada” (SANTOS, 2010).

No decorrer das dificuldades em seguir a dieta, se destacam algumas variáveis, entre elas: descontar o estresse na comida quando estão nervosos ou comer demais ou de menos; não realizar os planos e a organização das refeições; comer rápido demais e não mastigar os alimentos suficientemente para que o corpo não entenda os sinais de saciedade; e, por fim, fazer dietas rígidas, principalmente quando, na doença renal, existem alguns alimentos que precisam estar mais atentos (SANTOS, 2010).

Os pacientes que estão nos estados mais avançados da doença, precisam ter alguns controles de nutrientes, mas isso não significa restrição, e sim adequação. A descompensação da doença se dá por meio do não controle das doenças de base, dos exames bioquímicos, uma vez que são necessários protocolos e estratégias para compensar a doença e promover aceitação da dieta e qualidade de vida (JAVERA; SALADO, 2009).

Essas perguntas trouxeram resultados interessantes, permitindo algumas reflexões: até que ponto o indivíduo vai continuar possuindo medo por consumir frutas e alimentos de origem animal? As hortaliças, frutas, leguminosas e oleaginosas apresentam elevado teor de potássio, no entanto vale lembrar que alimentos de origem animal, como cárneos e lácteos, também são ricos em potássio e fósforo, sendo assim é imprescindível realizar adequação para aqueles que estão diálise a fim de auxiliar no manejo do consumo de potássio e de fósforo (PEREIRA *et al.*, 2020).

O medo de comer precisa ser bem trabalhado com os pacientes, informando-lhe que “pode comer de tudo um pouco”, não possuindo restrição, e sim adequação do cardápio. Esses medos, em torno da alimentação e nutrição, vêm se tornando bastante preocupantes nos renais

crônicos, posto que afetam diretamente a forma de comer, relacionar-se e entender a importância da comida no paciente para além das necessidades fisiológicas (KATTERMAN *et al.*, 2014).

O ato de comer não é apenas uma decisão diária para atender nossos desejos de fome, é uma decisão que se faz a todo momento através de reflexões sobre o quê, como e quando se deve ou não comer. Essas reflexões envolvem um controle permanente dos desejos, sensações, fomes e ansiedades, uma reconstrução do gosto alimentar que, por muitas vezes, desestruturam vidas humanas (SANTOS, 2008).

Realizar comportamento alimentar com esses pacientes vem sendo discutido nos últimos anos, como uma abordagem integral e inovadora para se trabalhar a relação disfuncional com o comer e a comida, e com comprometimento do funcionamento psicossocial do sujeito (WARREN; SMITH; ASHWELL, 2017).

Um das ferramentas poderosas é a *mindfulness eating* (Comer com atenção plena), sendo descrito por um estado de consciência que o indivíduo emerge por completo o ato de comer com total atenção, atento aos sinais físicos de fome e saciedade, no momento presente, sem julgados e culpas, permitindo o indivíduo a reconstrução de um ótimo relacionamento com a comida (KABAT-ZINN, 1990).

Ainda, o comer intuitivo (CI) ou "alimentação intuitiva" é uma ferramenta considerada menos desconhecida em relação a anterior. Ela se norteia em três pilares: permissão incondicional para comer; alimentar-se para atender necessidades fisiológicas e não emocionais; seguir os sinais internos de fome e saciedade (TRIBOLE; RESCH, 2012; KATTERMAN *et al.*, 2014)

Os resultados das duas perguntas foram significativamente aumentados, posto que é crucial o nutricionista passar todas as orientações nutricionais na fase dialítica sobre determinados nutrientes, para que os pacientes possuam autonomia e autocuidado sobre os o consumo excessivo de alimentos rico em potássio, fósforo e proteínas.

Contudo, não é necessário restrições quando as condições não dietéticas estiverem adequadas e os valores dos exames laboratoriais dentro do valor de referência. Caso apresente alterações nos exames, descompensação da doença de base, medicação, constipação, acidose-metabólicos, entre outros, pode-se pensar em algumas estratégias para adequar esses nutrientes.

As estratégias são baseadas nas recomendações diária das *Dietary Reference Intakes* (DRIs) "Ingestão Dietética de Referência" da *Recommended Dietary Allowance* (RDA) "Ingestão Dietética Recomendada". Assim, a RDA de fósforo, na fase dialítica, é em torno de

800mg/dia ou 10 a 12 mg/kg, e de potássio é individualizado, geralmente não restringido ou restrição de 1.000g a 3.000g (PADOVANI *et al.*, 2006; WAITZBERG, 2017).

O controle da hipercalemia na DRC é um grande desafio, tendo em vista que precisa possuir um equilíbrio entre ingestão de potássio e qualidade e variedades de alimentos na dieta. Com isso, utilizam-se técnicas culinárias para controlar essa situação, sendo realizada a cocção das hortaliças e leguminosas em água – auxilia na redução do potássio (em média 60% é eliminado na água) (CUPPARI *et al.*, 2004).

Não é recomendado cozinhar duas vezes, posto que compromete significativamente o grau de palatabilidade da comida, ocasionando uma baixa aceitação da dieta. Contudo, não é necessário, também, cozinhar as frutas, visto que pode realizar ciclagem e variar de forma individualizada os alimentos com quantidades de alto, médio e baixo teor de potássio nos alimentos (CUPPARI *et al.*, 2004). O ajuste (tanto na hipopotassemia quanto na hiperpotassemia) deve ser feito baseado na ingestão alimentar de potássio, nas necessidades individuais e no julgamento clínico (IKIZLER *et al.*, 2020).

O controle de alimentos rico em proteínas, que também são fontes de fósforo, deve-se ao fato de que a principal estratégia utilizada pelos médicos nefrologistas é a utilização de quelantes de fósforo, que se ligam ao fósforo do alimento no Trato Gastrointestinal (TGI), virando composto insolúvel não absorvível, eliminado pelas fezes (BARBOSA; CUPPARI, 2011).

O controle de fósforo no ponto de vista dietético é por meio do ciclo da ingestão (dieta e quelantes), remodelação óssea e diminuição na excreção. Vale ressaltar que a biodisponibilidade do fósforo na forma inorgânica é 100% maior quando o paciente se alimenta por alimentos processados e ultraprocessados, tendo em vista que se utilizam, em sua lista de ingredientes, aditivos à base de fósforo. Já na forma orgânica, a sua disponibilidade é em torno de laticínios: ~90%; cárneos: ~70%; cereais, leguminosas e oleaginosas: ~30% - 40% (SILVA; MURA, 2016).

Além disso, outra estratégia que pode controlar os níveis de fósforo é utilizar o Guia Alimentar para a População Brasileira para incentivar os substitutos dos alimentos processados/ultraprocessados para carnes frescas, sucos naturais (limão), alimentos in natura, minimamente processados e preparações caseiras.

A leitura dos rótulos dos alimentos permite, também, evitar a aquisição e o consumo de alimentos contendo aditivos de fósforo e substituir alimentos com aditivos de fósforo por alimentos similares sem a adição destes, o que reduz significativamente o nível sérico e plasmático de fósforo dos pacientes que apresentam hiperfosfatemia (BRASIL, 2014).

Pacientes que estão na hemodiálise precisam ser submetidos à restrição de líquidos, sendo sua recomendação diária a restrição de 500-1.000 ml mais diurese de 24 horas, aumentando a sua quantidade em situações como diarreia e transpiração excessiva. Além disso, o desequilíbrio do consumo de líquidos associados aos demais nutrientes, ou seja, sódio e potássio causam desequilíbrio eletrolítico e o edema (RIELLA, 2010).

Logo, existem diversas referências sobre o ganho de interdialítico e a justificativa de realizar a restrição de líquidos, conforme aponta os autores a seguir:

A restrição de sódio e líquidos é essencial para o controle da pressão sanguínea, do volume extracelular e para evitar ganhos de peso excessivos entre as sessões de hemodiálise, sobretudo em doentes anúricos ou oligúricos. Relativamente ao ganho de peso entre as sessões de diálise, e de acordo com a *American Dietetic Association* (2002) não se recomenda um aumento de peso interdialítico superior a 2 a 5% do peso seco. A *European Best Practice Guidelines (EBPG)* (2007) considera excesso de peso interdialítico aqueles que são superiores a 4 a 4,5% do peso seco ou 2 a 2,5 kg (1, 27) (MIRA *et al.*, 2017, p.27).

A partir do momento que se descobre que vai para hemodiálise ou, até mesmo, que vai realizar tratamento conservador, o paciente é submetido a algumas restrições, sendo esse ponto crucial para que a equipe interdisciplinar atue junto ao paciente para que ele entenda o motivo dessas restrições e, por vezes, na perspectiva dietética, podem ocorrer algumas flexibilidades e liberdade quanto às escolhas alimentares, permitindo um melhor convívio com a doença.

Assim, é constatado que grande parte dos participantes sente vontade de beber mais água e fica desconfortável com isso, devido às funções fisiológicas exigirem do organismo uma maior capacidade de absorver água. No entanto, a literatura aponta algumas orientações para o controle de líquidos, como, por exemplo, utilizar uma garrafa para controlar, chupar pedras de gelo e preferir água ao invés de sucos (CARVALHO; ZANARDO, 2010).

Um dos participantes da pesquisa descreveu, por meio das redes sociais, que: “já se acostumou e não sentem muita sede”, contudo esses pacientes possuem idade avançada, sendo justificados esses comentários, uma vez que, no envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas em que o idoso possui pouca vontade de beber água, ocasionando a desidratação (WAITZBERG, 2017). Assim, a ingestão de água precisa ocorrer mesmo quando não há sede. Outros pacientes também informaram que preferem a água ao invés de sucos de frutas e refrigerantes.

Nos estágios mais avançados da doença renal, é normal que a pessoa sinta falta de apetite, sendo acompanhada por ânsia de vômito, cansaço, edemas e ter manchas pelo corpo. Esse motivo é comprovado pelos autores Druml (2005) e Avesani *et al.* (2006), em que a prevalência de pacientes diagnosticados com DRC apresentam níveis elevados de marcadores

inflamatórios. Assim, a inflamação pode levar a DEP por intensificar o catabolismo proteico e causar impacto na diminuição do apetite pelas ações das citocinas pró-inflamatórias.

Um das etapas mais delicadas das características dietéticas é quando abordado sobre o que foi mais difícil diante dessas restrições. Diante disso, 76,2% (80) afirmaram que foram os líquidos; 37,1% (39) confirmaram que foram alimentos (frutas, verduras, legumes); 29,5% (31) consideraram que foram os alimentos proteicos (fonte de fósforo); e, por fim, 13,3% (14) expuseram ser o sódio (cloreto de sódio).

De todas as opções selecionadas, os líquidos foram os mais prevalentes das dificuldades das restrições e acredita-se que esse resultado se dá através do costume habitual de consumir acima de 2 litros de água por dia, incluindo os adicionais de sucos, refrigerantes e, até mesmo, bebidas alcoólicas. Além disso, as restrições das frutas, verduras, hortaliças e legumes foram baixas em relação às dos líquidos, uma vez que a alimentação e a nutrição conseguem controlar a ingestão de forma mais fácil, permitindo graus de liberdade quanto ao consumo alimentar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo realizado, conclui e pode-se sugerir que as perdas ultrapassam o processo dialítico, as quais podem ser tanto de cunho psicossocial como dietético, possibilitando a ressignificação para um novo sentido de vida diante da Doença Renal Crônica frente a essas perdas. Essa sugestão é devida que foi identificado as correlações entre o medo do consumo de alimentos fonte de potássio, fósforo e proteínas, desencadeando sentimentos de ordem psicossocial como medo, insegurança e angústia em torno da relação com alimentação, em que interfere nas condições fisiológicas de fome-saciedade, além do sistema alimentar, aquisição destes e interferências socioculturais.

Além disso, através das hipóteses, ocorreu a confirmação de que as perdas, além do processo dialítico, influenciam diretamente no paradigma psicossocial, no padrão dietético, na qualidade de vida e longevidade das pessoas que têm essa doença.

Ainda, a partir dos resultados obtidos, foi possível afirmar-sugerir que as perdas contribuem para que o processo dialítico sofra ressignificação nesses pacientes constantemente, ou seja, além de perpassar o padrão psicossocial e dietético, o mesmo contribuir para além de outras perdas, isto é, perdas sociais, alimentares, laboral, psicológicas, comportamentais, emocionais, econômicas e, até mesmo, culturais. Para mais, a ressignificação nos pacientes possibilitou uma nova visualização de vida jamais enxergada antes, sendo marcada por uma experiência transcendental, única e individual de cada paciente, tanto de uma nova perspectiva positiva quanto negativa.

Ademais, foi identificada a coexistência dos padrões dietéticos e psicossociais nos pacientes, representada pelas influências emocionais, comportamentais e cognitivas em relação à alimentação e nutrição, causando aspectos de conflito e perturbação psíquica em não saber se relacionar com a comida, devido às restrições da doença renal, e, também, a ressignificação de procurar assistência em saúde mental e melhorar/modificar os hábitos alimentares inadequados para uma alimentação mais saudável, empática e humana.

Desse modo, apesar de esta pesquisa apontar as perdas e ressignificação de vida para além do processo dialítico através do padrão dietético e psicossocial, surge a importância de apoiar-se no desenvolvimento de ações e intervenções, principalmente na educação em saúde para incentivar aos pacientes não só a se relacionar bem com a comida sem interferência do comer emocional como também incentivar a realização de consultas nutricionais com

abordagem em comportamento alimentar e acompanhamento psicológico para minimizar os riscos das perdas além do processo dialítico.

Portanto, considera-se importante a demanda para a realização de mais estudos aprofundados que assumam perspectivas diferenciadas entre a coexistência das perdas psicossociais bem como alimentares e possibilitem estratégias de como o renal crônico pode ressignificar sua vida através dessas coexistências, a fim de mobilizar os governantes, profissionais da área da nefrologia e nutrição, a sociedade, incluindo os setores de pesquisa e dos meios de comunicação, para o planejamento e a execução de intervenções e/ou de reformulação de políticas públicas nesta área, frente a essa problemática, de modo a considerar as perdas além do processo dialítico, isto é, as sociais, alimentares, laborais, psicológicas, comportamentais, emocionais e culturais, afim de que estas possam ser superadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. K. de *et al.* Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. v.1, n.1. p.1-15. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>. Acesso em: 14 fev. 2021.
- ARAÚJO-FILHO, J.C. *et al.* Nível de atividade física de pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v.23, n.3, p.234-40. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14160723032016>. Acesso em: 22 out. 2021.
- AVESANI, C.M. *et al.* Inflammation and wasting in chronic kidney disease: Partners in crime. **Kidney International**, v.70, n.1, p.8-13. 2006. Disponível em: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)51849-8/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)51849-8/fulltext). Acesso em: 24 out. 2021.
- BARBOSA, A.C.; CUPPARI, L. Controle da hiperfosfatemia na DRC. **Brazilian Journal of Nephrology**. v.33, n.1, p.189-247. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000200012>. Acesso em: 24 out. 2021.
- BARRETI, P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia Renal Substitutiva (TRS), na Doença Renal Crônica (DRC). **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.26, n.1, p.47-9 2004. Disponível em: <https://bjnephrology.org/article/indicacoes-escolha-do-metodo-e-preparo-do-paciente-para-a-terapia-renal-substitutiva-trs-na-doenca-renal-cronica-drc>. Acesso em 12 fev. 2021.
- BARRETO, F.C *et al.* Em busca de uma melhor compreensão da doença renal crônica: uma atualização em toxinas urêmicas. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.36, n.2, p.221-235. 2014. Disponível em: 10.5935/0101-2800.20140033. Acesso em 13 fev. 2021.
- BARRETO, F.C. *et al.*, Em busca de uma melhor compreensão da doença renal crônica: uma atualização em toxinas urêmicas. **Brazilian Journal of Nephrology**. v.36, n.2, p.221-235. 36. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/7nsFBxxLYwNTFkZW8SFfJDs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.
- BARRETO, S.M, *et al.* Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. **International Journal of Epidemiology Community Health**, v.70, n.1, p.380-390, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/jech-2015-205834>. Acesso em: 17 de out. 2021.
- BARROSO *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros De Cardiologia**, v.116, n.3, p.516-658. 2021. <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.
- BARROSO, W.K.S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.116, n.3, n.516-658. 2021. Disponível em: <https://abccardiologia.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020>. Acesso em: 31 out. 2021.

BASTOS, M.G; KIRSZTAJN, G.M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.33, n.1. p.93-108, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>. Acesso em 12 fev. 2021.

BATISTA, C.M.M *Et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera para o transplante renal. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.30, n.3. p.280-286. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700042>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BOIM, M.A. **Aspectos importantes e resumidos da fisiologia renal**. In: Schor N, editor. Guia de Nefrologia Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. Terceira Edição. São Paulo: Manole; 2011. p. 17–24.

BORBA, E.F. *et al.* Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 48, n.4, p. 196-207, jul/ago, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/tNQ8C7fhTjXckZRyyL5YhsM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.

BRASIL, M.L.S.; SCHWARTZ, E. As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá. v.27, n.1, p.103-112. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3072/307223942002.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **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, Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Brasília, 2014, p.1-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Resolução CFN Nº 599 de 25 de fevereiro de 2018. **Dispõe sobre código de ética e de conduta do nutricionista e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 25 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 12 de dezembro de 2012.

BUNDY, J.D. *et al.* Self-reported tobacco, alcohol, and illicit drug use and progression of chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**. v.13, n.7, p.993–1001. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880471>. Acesso em: 31 out. 2021.

Conselho Federal De Medicina. **Código de ética da medicina**. Art. 24. 2010. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>. Acesso em: 22 out. 2021.

CARVALHO, A.P.L.; ZANARDO, V.P.S. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim – Rio Grande Do Sul. **Perspectiva**, Erechim. v.34, n.125, p. 117-126, março/2010. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/125_79.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

CARVALHO, M.C.V; LUZ, M.T.;PRADO, S.D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.16, n.1, p.155-163, 2011. Disponível em: Acesso em: 28 set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100019>. Acesso em: 24 out. 2021.

CASTRO MCM. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. **Brazilian Journal of Nephrology**. v.23, n.2, p.108-113. 2001. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v23n2a05.pdf. Acesso em: 17 de out. 2021.

CAVALCANTE, M.C.V. *et al.* Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.25, n.4, p.1-11. 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150112>. Acesso em: 17 de out. 2021.

CAVANAUGH, K. L. *et al.* Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. **Journal of the American Society of Nephrology**, Baltimore, v. 21, no. 11, p. 1979- 1985, Nov. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20671215>. Acesso em: 17 de out. 2021.

CHAN, C *et al.* Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. **Kidney Int.** Jul; v.96, n.1, p.37-47. 2019 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30987837>. Acesso em 12 fev. 2021.

CIGARROA I. *et al.* Efectos de un programa de ejercicio de fuerzaresistencia muscular en la capacidad funcional, fuerza y calidad de vida de adultos con enfermedad renal crónica em hemodiálisis. **Revista Médica de Chile**. v.144, n.7, p.844-52. 2016 Disponível em: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000700004>. Acesso em: 22 out. 2021.

COITINHO, D. *et al.* Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Revista Avances en Enfermería**. v.33, n.3, n.362-371. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a04.pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.

COLLINS, A, *et al.* United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. **Kidney International Supplements**. v.5, n.1, p.2-7, 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1038/kisup.2015.2>. Acesso em: 17 de out. 2021.

CRUZ, B.F.E.S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOCKER, A.C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.4, p.1050-1063, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jCDQVvNRXSXYt9xfbz7CsxJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.

CUPPARI, L. *et al.* Preparo de vegetais para utilização em dieta restrita em potássio Vegetables for low potassium diet. **Nutrire**. v.28, n.1, p.1-7. 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420664>. Acesso em: 24 out. 2021.

CUPPARI, L. Guia de Nutrição: **nutrição clínica no adulto**. 4º Ed. São Paulo. Manole, 2019. dialítico de início não planejado. **Brazilian Journal of Nephrology**, v.39, n.4, p.441-446, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170077>. Acesso em: 17 de out. 2021.

DRUML W. **Nutritional support in acute renal failure. Handbook of Nutrition and the Kidney.5th ed.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; v.95, n.1, p.114, 2005.

DUTRA, V.F *et al.* Desequilíbrios hidroeletrólitos na sala de emergência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, set-out, v.10, n.5, p.41-09. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3144.pdf>. Acesso em 13 fev. 2021.

EVERLING, J. *et al.* Eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com a doença renal. **Revista Avances en Enfermería**. v.34, n.1, p.1-15. jan./apr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41177>. Acesso em: 22 out. 2021.

FAVA, S.M.C.L. *et al.* Complicações mais frequentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, v.10, n.2, p.145-150, abr./jun., 2006. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v10n2a08.pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.

FAVALESSA, E. *et al.* Avaliação Nutricional e Consumo Alimentar de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.11, n.4, p.39-48. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/download/354/265/283>. Acesso em: 24 out. 2021.

FAYER, A.M.M. **Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio**. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5148/tde-20042010-100807/publico/AnaAmeliaMartinezFayer.pdf>. Acesso em 13 fev. 2021.

FERMI, M.R.V. **Diálise para enfermagem: guia prático**. 2 ed. rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FIACCARORI, E. *et al.*, ESPEN guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. **Clinical Nutrition**, v.40, n.1, p.1644-1668. 2021. Disponível em: <https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-guideline-on-clinical-nutrition-in-hospitalized-patients-with-acute-or-chronic-kidney-disease.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2021.

FILHO, V.J; RODRIGUES, R.A.C. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.35, n.2.

p.99-106. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a04.pdf> Acesso em 12 fev. 2021.

FILHO-INDA, A.J.; MELAMED, M.L. Vitamina D e doença renal. O que nós sabemos e o que nós não sabemos. **Brazilian Journal of Nephrology**. v.35, n.4, p.323-331, 2013.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbn/a/WfHr9Gr7cQfG54DGfzrK4QC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

FUKUSHIMA, R.L.M.; COSTA, J.L.R.; ORLANDI, F.S. Atividade física e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v.25, n.3, p.338-344. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fp/a/RKNZvYQJtDW7BjtVKZ3YGgt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª edição. São Paulo: Atlas 2014.

GOLDBERG I, KRAUSE I. The role of gender in chronic kidney disease. **EuroMed Journal of Business**. v.1, n.1 p.58-64, 2016. Disponível em:

<https://www.emjreviews.com/nephrology/article/the-role-of-gender-in-chronic-kidney-disease>. Acesso em: 17 de out. 2021.

GOPINATH, B., et al. Associations between dairy food consumption and chronic kidney disease in older adults. **Scientific Reports**, v.1, n.1, p.1-12. 2016. Disponível em:

<https://www.nature.com/articles/srep39532>. Acesso em: 31 out. 2021.

GUANARÉ, V.C.S.C, *et al.* Fatores associados à função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crônica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v.24, n.2, p. 287-296. 2016.. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/13>. Acesso em: 17 de out. 2021.

GUEDES, K.D.; GUEDES, H.M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**, v.5, n.1, p. 48-53, 2012. Disponível em:

<https://doi.org/10.15448/1983-652X.2012.1.9734>. Acesso em: 22 out. 2021.

GUIMARÃES, A.; QUEIROZ, P. Determinantes sociais da saúde e adesão do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. **Health Residencies Journal (HRJ)**. Pernambuco, v.3, n.2. p. 1-13. 2021. Disponível em:

<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/149>. Acesso em: 11 fev. 2021.

HERINGER, T.A. *et al.* Conhecimento Sobre a Doença Renal Crônica do Paciente em Hemodiálise. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. v.9, n.2, p.1-7. 2021. Disponível em:

https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/7024/pdf. Acesso em: 17 de out. 2021.

IBIAPINA, A.R.S. *et al.* Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. **SANARE**, Sobral. v.15 n.01, p.25-31, Jan./Jun. - 2016. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/924/553>. Acesso em: 22 out. 2021.

IKIZLER, T.A *et al.* **KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020**. v. 76, issue. 4. p.1-107. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>. Acesso em: 12 fev. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids**. Washington (DC): The National Academies Press; 2002. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/10490/dietary-reference-intakes-for-energy-carbohydrate-fiber-fat-fatty-acids-cholesterol-protein-and-amino-acids>. Acesso em: 31 out. 2021.

IZAR, M.C.O. et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.116, n.1, p.160-212. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/posicionamento-sobre-o-consumo-de-gorduras-e-saude-cardiovascular-2021>. Acesso em: 31 out. 2021.

JAVERA, V.M.; SALADO, G.A. Orientações nutricionais para pacientes em programa de hemodiálise. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.1, n.3, p.319-324. 2009. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/906>. Acesso em: 24 out. 2021.

JUNIOR-NEVES, M.A. *et al.*, Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? **Jornal Vascular Brasileiro**. jul-set, v.12, n.3, p.221-225. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/gWbMRzKznGfCdkh4MN58FQL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

KABAT-ZINN J. **Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness**. 2a. ed. New York(NY): Delta; 1990. 720p.

KALANTAR Z.K. Patient education for phosphorus management in chronic kidney disease. **Patient Preference and Adherence**. v.7, n.1, p.379–390. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23667310>. Acesso em: 31 out. 2021.

KATTERMAN, S.N *et al.* Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. **Eating Behaviors**. v.15, n.1, p.197-204. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>. Acesso em: 24 out. 2021.

KIM, R. et al. A Better Diet Quality is Attributable to Adequate Energy Intake in Hemodialysis Patients. **Clinical Nutrition Research**. v.4, n.1, p.46- 55. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337923>. Acesso em: 31 out. 2021.

KNOBEL, E. **Psicologia e Humanização: assistência a pacientes graves** / Elias Knobel, Paola B. de Araujo Andreoli, Manes R. Erlichman. – São Paulo, Atheneu, 2008.

LEE, Y.J. et al. Effect of alcohol consumption on kidney function: population-based cohort study. **Scientific Reports**.v.11, n.1, p.1–9. 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348810285_Effect_of_alcohol_consumption_on_kidney_function_population-based_cohort_study. Acesso em: 31 out. 2021.

LEMOS, P.L.; BARSAGLINI, R.; PAZ, K.M.R. Impactos materiais e imateriais na experiência de adocimento renal crônico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.26,n.3, p.879-899, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00879.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

LETOURNEAU, P., *et al*. Source and Composition in Amino Acid of Dietary Proteins in the Primary Prevention and Treatment of CKD. **Nutrients**. Espanha. v.12, n.1, p.1-21. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12123892>. Acesso em: 24 out. 2021.

LIMA, S.E.S.; JUNIOR-LIMA, K. O Imaginário dos Pacientes acerca da Doença Renal Crônica. **ID Online Revista de Psicologia**. v.1, n.1, p.1-16. 2015. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/347>. Acesso em: 22 out. 2021.

LOPES, A.A. *et al*. Associação entre raça e incidência de doença renal terminal secundária a glomerulonefrite: influência do tipo histológico e da presença de hipertensão arterial. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.47, n.1, p.78-84. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000100034>. Acesso em: 17 de out. 2021.

MADEIRO, A.C. *et al*. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n.4, p.1-10. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-2100201000040001>. Acesso em: 22 out. 2021.

MAGALHÃES, F.G; GOULART, R.M.M; PREARO, L.C. Impacto de um programa de intervenção nutricional com idosos portadores de doença renal crônica. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v, 23, n.8. p.2555-2564, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2555.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MAHAN, K.L; STUMP-ESCOTT, S.; RAYMOND, J. **Krause. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 14º Ed. GEN Guanabara Koogan. 2018.

MAHDAVI-MAZDEH, M. *et al*. The Impact of Gender and Marital Status on Therapeutic Outcomes of Maintenance Hemodialysis Patients. **International Journal of Nephrology & Urology**, Tehran, v. 1, no. 2, p. 124-128, Sept. 2009. Disponível em: <https://sites.kowsarpub.com/num/articles/71548.html>. Acesso em: 17 de out. 2021.

MAK, R.H.K. Impact of end -stage renal disease and dialysis on glycemic control. **Seminars in Dialysis**. v.13, n. p.4-8. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19948978>. Acesso em: 31 out. 2021.

MALTA, D.C *et al*. Avaliação da função renal na população adulta brasileira, segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro, vol.22, supl.2, p.1-13. Epub Oct 07. 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010.supl.2>. Acesso em 12 fev. 2021.

MARCONDES, M.F. Complicações decorrentes de fistulas arteriovenosas em pacientes submetidos à hemodiálise. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 9566-9573 mar./apr. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29016/22916>. Acesso em: 17 de out. 2021.

MARTIN, R. S. S. *et al.* Ventricular hypertrophy and cardiovascular mortality in hemodialysis patients with low educational level. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 1, p. 52-61, jan. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22218412>. Acesso em: 17 de out. 2021.

MARTINS, M.R.L, CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n.5, p. 670-6. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>. Acesso em 13 fev. 2021.

MEDEIROS, A.J.S; MEDEIROS, E.M.D. Assistência de enfermagem prestada no tratamento hemodialítico promovido junto ao portador de insuficiência renal crônica - uma revisão de literatura. **Revista brasileira de educação e saúde**, pombal, v.3, n.2. p.13-17. 2013. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2129>. Acesso em 12 fev. 2021.

MENDES, M.L *et al.* Diálise peritoneal como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.39, n.4, p.441-446. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n4/pt_0101-2800-jbn-39-04-0441.pdf. Acesso em 12 fev. 2021.

MENDONÇA, D.P. **Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás. 2007.

MESTRE, M *et al.* Perdas Biopsicossociais e Doença Renal Crônica. **Revista Gestão & Saúde**. Brasília. v. 14, n. 2, p. 01-12, 2016. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/filede6424a8828098337914266bd462fdb0.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MICHIELSEN, H.J. *et al.* Examination of the Dimensionality of Fatigue: The Construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). **European Journal of Psychological Assessment**, v.20, n.1, p.39-48. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.39>. Acesso em: 24 out. 2021.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 1ª edição. Brasil: Vozes, 2016, p. 95.

MIRA, A.R. *et al.* **Manual de Nutrição e Doença Renal**. Porto, março, 2017. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/manuais/Manual_doenca_renal.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

MOLINA, M.D.C.B. *et al.* Reprodutibilidade e validade relativa do Questionário de Frequência Alimentar do ELSA-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.379-389, fev, 2013.

MURPHY, D. *et al.* Trends in Prevalence of Chronic Kidney Disease in United States. **Annals of Internal Medicine**. v.165, n.7, p.473-81, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.7326/M16-0273> 14. Acesso em: 17 de out. 2021.

MURRAY, A.M. Cognitive impairment in the aging dialysis and chronic kidney disease populations: an occult burden. **Advances in Chronic Kidney Disease**. Minneapolis, v.15, n.2, p.123-132. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18334236>. Acesso em: 17 de out. 2021.

National Kidney Foundation. Nutrição e Insuficiência Renal Crônica. v.1 n.1, p.1-20 2017. Disponível em: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1205_kai_patbro_nutritionandckd_3-5_pharmanet_portuguese_nov08_lr.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

NEVES, E.C; SANTOS, G.S.; TREVISAN, J.A. Hemodiálise: cuidados de enfermagem a pessoas com fístula arteriovenosa. **Revista Icesp Promove**. São Paulo, 2016. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/. Acesso em: 11 fev. 2021.

NEVES, M.D.F. et al. Tratamento da Hiperglicemia no Paciente com Diabetes Mellito e Doença Renal Crônica. **Brazilian Journal of Nephrology**. v.31, n.1, p.21-27. 2008. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/en/article/tratamento-da-hiperglicemia-no-paciente-com-diabete-melito-e-doenca-renal-cronica>. Acesso em: 31 out. 2021.

NEVES, P.D.M.M *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.42, n.2, p.191-200. 2020. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-2019-0234/2175-8239-jbn-2019-0234-pt.pdf. Acesso em 12 fev. 2021.

OLIM, M. *et al.* A Complexidade da intervenção social segundo gênero e escolaridade do doente renal crônico. **Mundo da Saúde**, v.45, n.1, p.120-129,2021. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1054/1043>. Acesso em: 17 de out. 2021.

OLIVEIRA, B.R.O. *et al.* adesão de pacientes com doença renal crônica à hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v.15, n.1, p.1-16. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247856>. Acesso em: 17 de out. 2021.

PADOVANI, R.M. *et al.*, Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.6, p.741-760, nov./dez., 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/YPLSxWFtJFR8bbGvBgGzdcM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

PASCOAL, M *et al.* A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Rev. SBPH**, São Paulo. v.12, n.2. p.2-11. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582009000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 13 fev. 2021.

PEREIRA, R.A. *et al.* Diet in chronic kidney disease: An integrated approach to nutritional therapy. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.66, n.1, suppl 1. p.59-67. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.59>. Acesso em: 24 out. 2021.

PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Revista Mental**. Barbacena, v.17, n.2, jul./dez. p. 523-536. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

PERNEGER, T.V., et al. Risk of end-stage renal disease associated with alcohol consumption. **American Journal of Epidemiology**. v.150, n.12, p.1275–81. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10604769>. Acesso em: 31 out. 2021.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (POF) 2017-2018: **análise do consumo alimentar pessoal no Brasil** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.

PICCOLI, A.A.; NASCIMENTO, M.M.; RIELLA, M.C. Prevalência da doença renal crônica em uma população do Sul do Brasil (estudo Pro-Renal). **Brazilian Journal of Nephrology**. v.39, n.4, p.384-390. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170070>. Acesso em: 17 de out. 2021.

QUEIROZ, J.S. RIBEIRO, J.F.S. Assistência Psicológica na Hemodiálise: um espaço possível para a resignificação. **Revista Mosaico**. Jan./Abr.; 12 (1): 86-92. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rm.v12i1.2397>. Acesso em: 22 out. 2021.

RAMOS, C. I., *et al.* Does dietary potassium intake associate with hyperkalemia in patients with chronic kidney disease? **Nephrol Dial Transplant**. v.28, n.1, p.1-9. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33247727>. Acesso em: 24 out. 2021.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado no ano de (2012-2019). **Órgãos**, São Paulo. 2020. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/06/RBT-2019-leitura-1.pdf>. Acesso em 12 fev. 2021.

REIS, R.P *et al.* Qualidade de vida e autocuidado do paciente em diálise peritoneal comparado com a hemodiálise: revisão de literatura. **Revista eletrônica Estácio saúde**. Ceará, v.5, n.2. p.1-16. 2016. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2896/1303>. Acesso em: 11 fev. 2019.

REZENDE, L.R.; *et al.* Acidose metabólica em pacientes em hemodiálise: uma revisão. **Brazilian Journal of Nephrology**, v.39, n.3, p.305-311. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/GN8d3NZZbmBPQTyfF4rw89P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 4ª edição. Brasil: Atlas, 2017, p. 424.

RIELLA, M.C. **Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 1033p

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

RONELLI, M.; RIELLA, M. Doença renal crônica e o envelhecimento da população. **Brazilian Journal of Nephrology**. v.36, n.1, p.1-5, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/Yh9RsTbnS3qcKTT5HJ7hLRF>. Acesso em: 17 de out. 2021.

SÁ, H.A. **Escutando o sujeito com insuficiência renal crônica**. Monografia apresentada à Universidade Vale do Rio Doce – UNIVA do Curso de Especialização em Psicanálise. UNIVA, 2008. Disponível em: <https://silo.tips/download/escutando-o-sujeito-com-insuficiencia-renal-cronica-listening-to-the-citizen-wit>. Acesso em 13 fev. 2021.

SAGLIMBENE, V.M. et al. Dietary intake in adults on hemodialysis compared with guideline recommendations. **Journal of Nephrology**. v.1, n.2. p. 1-9. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00962-3>. Acesso em: 26 fev. 2021.

SANTOS, B.P dos *et al.* Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS Health Sciences**. Santo André, v. 42, n.1. p.8-14, 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/943/755>. Acesso em: 11 fev. 2019.

SANTOS, F.M. *et al.* Investigação metabólica em pacientes com nefrolitíase. **Einstein**. v.15, n.4, p.542-446. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/SgdkScMDCcwyxYGjPcGYDkM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 de out. 2021.

SANTOS, L.A.S. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 459-474, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200007>. Acesso em: 24 out. 2021.

SANTOS, L.F *et al.* Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 1, p. 163-172, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v23n1/2175-3563-pusf-23-01-163.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SANTOS, LAS. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo**. Salvador: EDUFBA, 2008, 330 p.

SESSO, R.C *et al.* Brazilian chronic dialysis census 2014. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, v.38, n.1. p.54-61. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SESSO, R.C *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Brazilian Journal of Nephrology**. Curitiba, vol.39, n.3, pp.261-266. 2017 ISSN 2175-8239. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>. Acesso em 12 fev. 2021.

SILVA, A.F.S. *et al.* Principais complicações apresentadas durante a hemodiálise em pacientes críticos e propostas de intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oste Minerio*, v.8, n.1, p.1-13. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2327>. Acesso em: 17 de out. 2021.

SILVA, A.S da *et al.* Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.64, n.1 no.5 Sept./Oct. p. 839-844 2011 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>. Acesso em 12 fev. 2021.

SILVA, M.J.S. *et al.* O impacto do tratamento hemodialítico no portador de insuficiência renal crônica. **Enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v.16 n.30; p.1-15. 2019. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2019b/o%20impacto.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia** – 3ª Edição. Editora Paya. 2016.

SILVERTHORN, D.U. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrada**. 7º Edição. Artmed. 2017. p.963.

SIVEIRO, P.C.L; MACHADO, C.J; CHERCHIGLIA, M.L. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n.1. p.75-85. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00075.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

Sociedade Brasileira De Nefrologia (SBN), Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) e Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE). **Consenso sobre a Terminologia Padronizada do Processo de Cuidado em Nutrição para Pacientes Adultos com Doença Renal Crônica**. v.1, n.1, p.1-44, 2020. Disponível em: https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/Consenso_Terminologia_padronizada_RENAL.pdf. Acesso em: 17 de out. 2021.

Sociedade Brasileira De Nefrologia (SBS). **Doenças Comuns: diabetes mellitus**. são paulo. 2019. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/publico/doencas-comuns/diabetes-mellitus/> Acesso em 12 fev. 2021.

Sociedade Brasileira De Nutrição Parenteral E Enteral (BRASPEN). Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. **Braspen Journal**, v.36, n.1 (supl 2) p.1-31, 2021. Disponível em: https://f9fcfefb-80c1-466a-835e-5c8f59fe2014.filesusr.com/ugd/66b28c_0d8c2c5459c04b9283be89cd2e78c3ee.pdf. Acesso em: 30 de out. 2021.

SULLIVAN, C. *et al.* Effect of Food Additives on Hyperphosphatemia Among Patients With End-stage Renal Disease. **JAMA**. v.301, n.6, p.629. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19211470>. Acesso em: 31 out. 2021.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, out.-dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>. Acesso em: 17 de out. 2021.

TRIBOLE, E. RESCH, E. **Intuitive Eating. A revolutionary program that works.** New York (NY): St. Martins Griffin Press; 2012. 344p.

Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015 – 2020 **Dietary Guidelines for Americans.** 8th ed Dec, 2015. Disponível em: <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/dietary-guidelines/previous-dietary-guidelines/2015>. Acesso em: 31 out. 2021.

VARGA, Z.V. et al. Alcohol misuse and kidney injury: Epidemiological evidence and potential mechanisms. **Alcohol Research.** v.38, n.2, p.1-15. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513691>. Acesso em: 31 out. 2021.

VASCONCELOS, M.I.L. et al. Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 6, p.1-12. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15891>. Acesso em: 31 out. 2021.

VAZIRI ND. Anemia and anemia correction: surrogate markers or causes of morbidity in chronic kidney disease? **Nature Clin Pract Nephrol.** v.4, n.1, p.436-452008. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ncpneph0847>. Acesso em: 24 out. 2021.

VENTO, H.M. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar,** Rio de Janeiro, v.21 n.1, p.1-15. jan./jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100006. Acesso em: 22 out. 2021.

WAITZBERG, D.L **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** 5ª Ed. Revista e Atualizada, Ed. Atheneu. 2017.

WARREN, J.M.; SMITH, N.; ASHWELL, M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. **Nutrition Research Reviews.** v.30, n.2, p.272-83. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>; Acesso em: 24 out. 2021.

ZAMBONATO, T.K.; THOMÉ, F.S.; GONÇALVES, L.F.S.; Perfil Socioeconômico dos portadores de doença renal crônica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. **Brazilian Journal of Nephrology.** V.30, n.3, p. 192-9. 2008. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=57. Acesso em: 17 de out. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Heloisa Alencar Duarte, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), e o aluno Helder Matheus Alves Fernandes, graduando em Nutrição pela FACENE – RN, estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de identificar os fatores psicossociais que influenciam na adesão do padrão dietético por pacientes que fazem hemodiálise. Esta pesquisa tem como título **“PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO”**, por isso o senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa.

As discussões sobre essa temática surgiram devido a existência de poucas evidências científicas na articulação do paradigma psicossocial no padrão alimentar dos enfermos, além do número crescente de mortes por DRC em todo mundo, necessitando de orientação, estratégias, intervenções e medidas dietéticas e do estilo de vida, que possibilitem uma redução futura de complicações para melhor qualidade de vida pautada nos cuidados de promoção à saúde e bem-estar.

Dessa forma, esse estudo tem como objetivo geral identificar os fatores psicossociais que influenciam na adesão do padrão dietético por pacientes que fazem hemodiálise, e como objetivos específicos caracterizar os padrões psicossociais e dietéticos em pacientes que fazem hemodiálise; analisar a coexistência entre o paradigma psicossocial e dietético durante a hemodiálise.

Os riscos dessa pesquisa são de ordem, no que diz respeito a um possível constrangimento gerado por algum questionamento realizado durante a entrevista. Como benefícios desta pesquisa, têm-se a contribuição por meio do conhecimento da identificação das perdas psicossociais no padrão dietético, que pode permitir ao Poder Público agir sob a situação encontrada. Além disso, serão ofertadas à população do estudo, informações e orientações quanto a uma alimentação de qualidade, bem como a entrega de uma cartilha contendo orientações nutricionais em como possuir uma melhor qualidade de vida, enfatizando a importância do acompanhamento por um profissional da saúde capacitado.

Caso concorde em participar da pesquisa, será entregue um questionário autoaplicável do *Google Forms* ao senhor (a), onde irá conter algumas perguntas para se

obter informações sobre sua condição socioeconômica, consumo alimentar, perdas psicossociais e perdas dietéticas que ocorreram/ocorrem ao longo do processo dialítico e medidas antropométricas, ou seja, peso e altura para a realização da análise do seu estado nutricional.

Este trabalho está sendo realizado pelo apoio da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró e não tem relação com governo ou outra instituição. Nossa única é obter informações sobre o estado nutricional, identificar as perdas psicossociais e dietéticas, consumo alimentar e condição socioeconômica dos respectivos usuários que estão atualmente na hemodiálise, no entanto, a participação do (a) senhor (a) não implica em nenhum benefício como o recebimento de doações de alimentos e medicamentos.

O (A) senhor (a) não é obrigado (a) a participar da pesquisa e se não participar isto não vai lhe trazer prejuízos. O (A) senhor (a) pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo. Porém, se o (a) senhor (a) aceitar preencher o questionário (a), o resultado dessa pesquisa vai ser muito importante para que se conheça mais as perdas que ocorrem no padrão dietéticos e psicossociais ao descobrir-se que é portador de DRC. Nós garantimos que apenas os pesquisadores vão ter conhecimento das informações que o (a) senhor (a) nos der.

Os resultados deste trabalho devem ser divulgados em revistas científicas, mas com a garantia de que, em nenhuma circunstância, os entrevistados por um ser identidade, garantindo a ocorrência de indenização mediante danos causados pela pesquisa. Se todas as suas dúvidas foram esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir o (a) senhor (a) como participante da pesquisa por meio da assinatura do TCLE, do qual o (a) senhor (a) receberá uma cópia. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, durante uma pesquisa ou (a) senhor (a) pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Portanto, necessite qualquer esclarecimento adicional, ou diante de qualquer dúvida, você poderá solicitar informações ao pesquisador responsável¹. Também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE². Este documento está elaborado em duas vias, uma delas ficará com você e a outra com a equipe de pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar voluntariamente do presente Protocolo de Pesquisa.



Mossoró, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do informante

Heloisa Alencar Duarte

¹Pesquisador Responsável: Endereço Av Presidente Dutra, 701 - Alto de São Manoel, Mossoró - RN, 59628-000, +55 (83) 619-3904 e e-mail heloisaalencar@facenemossoro.com.br com horário para atendimento do pesquisador responsável segunda a sexta-feira 07h30 as 11h30.

²Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os direitos dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. CEP FACENE/FAMENE - Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil, CEP: 58.067-695. Fone: +55 (83) 2106-4790. Horário de atendimento (Segunda à Sexta das 08h às 17h). E-mail: cep@facene.com

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I – MÓDULO SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo

Masculino Feminino Não Binário Outros

2. Idade: _____

Idade: _____

3. Etnia

Pardo Branco Preto Amarelo Sem declaração

4. Estado civil

Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Separado(a) Divorciado(a)

5. Escolaridade

Analfabeto/Ensino fundamental incompleto
 Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
 Fundamental II completo/ Médio incompleto
 Médio completo/ Superior incompleto
 Superior completo/Mestrado/Doutorado

6. Renda familiar

Até 1 salário mínimo Entre 2 e 3 salários mínimos Mais de 4 salários mínimos.

7. Atividade Laboral

Terceirizada Servidor Público Autônomo Privada Outros

8. Tipo de residência?

Zona Rural Zona Urbana

II – MÓDULO PSICOSSOCIAIS

9. Como se sente em relação ao seu corpo?

Satisfeito Insatisfeito Poderia Melhorar NS (Não Sei)

10. Como você se sente convivendo com a doença renal?

Satisfeito Insatisfeito Poderia Melhorar NS (Não Sei)

12. Você possui apoio da sua família e amigos?

Sim Não Às Vezes NS (Não Sei)

13. Como se sente em relação as punções/cateter?

Dor Desconforto Medo Insuportável Não Aguento Mais Normal Outros

14. Qual expectativa na espera do transplante renal?

Animado Ansioso Desanimado Desestimulado Esperançoso Outros

15. O que você faz para se distrair na sessão na hemodiálise?

Mexe no celular/Tablets
 Leio Livros/Jornais/Notícias/Revistas
 Ouve Música
 Interage com o pessoal da hemodiálise
 Dorme/Descansa
 Assiste TV/Filmes/Séries/Youtube

16. O que a doença renal significa em sua vida?

Tristeza Descuido com a saúde Mudança na vida Ressignificação da vida Outros

17. Quais os seus sentimentos negativos em relação ao tratamento?

Insegurança
 Medo
 Ansiedade
 Sentimentos Depressivos
 Revoltado/Inconformável
 Desconfortável
 Outros

18. Quais os seus sentimentos positivos em relação ao tratamento?

Bem-Estar
 Segurança no Tratamento
 Manutenção de uma vida
 Autonomia
 Disposição
 Ânimo
 Outros

19. Você realiza atividade física?

Sim Não Pretendo ir

20. Você costuma ir em eventos sociais ou festas?

Sim Não Não Sei (NS)

III – MÓDULO PADRÃO DIETÉTICO

21. Já foi em uma consulta com um nutricionista?

Sim Não Pretendo ir

22. Você segue alguma dieta específica?

Sim Não Vou conforme minha rotina Não Sei (NS)

23. Tem dificuldades em seguir a dieta?

Sim Não Razoável Não Sei (NS)

24. O que sente ao comer frutas?

Medo/insegurança por conta de o potássio aumentar

Normal

Não tenho medo

Outros

25. O que sente ao comer alimentos de origem animal?

Medo/insegurança por conta da proteína

Medo/insegurança por conta de o fósforo aumentar

Normal

Não tenho medo

Outros

26. Você já foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos rico em proteínas?

Sim Não Talvez Não Sei (NS)

27. Você já foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos rico em fósforo?

Não Sim Não Talvez Não Sei (NS)

29. Você já foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos rico potássio?

Não Sim Não Talvez Não Sei (NS)

30. O que sente em relação a restrição hídrica/Água

Desconfortável Queria beber mais água Muita Sede Normal Outros

31. Sente falta de apetite?

Sim Não Razoável Às vezes Não Sei (NS)

32. Você teve/tem alguma restrição alimentar devido a doença renal?

Sim Não Razoável Não Sei (NS)

33. O que foi mais difícil diante dessas restrições?

Restrição Sódio/Sal de cozinha

Líquidos

Alimentos (Frutas, Verduras, Legumes)

Proteínas (Carnes e leguminosas)

34. O que sente mediante as restrições?

- Medo
- Angustia
- Incomodo
- Tranquilidade
- Normal
- Outros

ANEXOS**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA****DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA**

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL NO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)**” sob responsabilidade do pesquisador(a), Heloisa Alencar Duarte, o qual terá apoio da instituição Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN com o CNPJ: 02.949.141/0001-80. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Mossoró, 23 de julho de 2021.

Faculdade Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN


Andréa F. K. Santos
COORDENADORA ACADÊMICA

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B – TERMO DE DECLARAÇÃO DO(A) COORDENADOR(A) DO CURSO**TERMO DE DECLARAÇÃO DO(A) COORDENADOR(A) DO CURSO**

Declaro para fim de proceder a submissão na Plataforma Brasil do projeto de Pesquisa de Conclusão de Curso de Graduação intitulado “**PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL NO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)**” do aluno Helder Matheus Alves Fernandes Sob Orientação da professora Heloisa Alencar Duarte que o mesmo foi submetido à Banca Examinadora, Ana Karollyne Queiroz de Lima e Lissa Melo Fernandes de Oliveira, e que o aluno realizou todas as modificações sugeridas pela referida Banca, estando o projeto pronto para ser submetido a Plataforma Brasil para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP como preconiza a Resolução 466/2012 CNS e a Norma Operacional 001/2013 CNS.

Mossoró, 10 de junho de 2021.


Lissa Melo Fernandes
Coord. do Curso de Nutrição
CNPq - 8755

Assinatura e carimbo do(a) coordenador(a) do Curso

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012, suas Complementares e a Resolução 599/2018 CFN em todas as fases da pesquisa Intitulada **“PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL NO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)”**.

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o Relatório Final pela PLATBR, Via **Notificação** ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia 23 de dezembro de 2020, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via **emenda**.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados aos Participante da Pesquisa, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida.

Mossoró, 10 de 06 de 2021.

Roselya Cleonice Duarte
Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: UMA RESSIGNIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO PADRÃO DIETÉTICO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

Pesquisador: Heloisa Alencar Duarte Leal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50592821.0.0000.5179

Instituição Proponente: ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANCA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.983.490

Apresentação do Projeto:

Este é o parecer da 2ª versão do projeto de pesquisa Protocolo CEP: 95/2021. Sétima Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021.

Trata-se de um Pré-projeto apresentado à Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

No Parecer Consubstanciado de Número 4.961.721 foram indicadas algumas pendências que deveriam ser ajustadas esclarecidas para atender ao que orienta a Resolução no 466/2012 e a Resolução no 510/2016.

Resumo:

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome lenta-silenciosa, progressiva e irreversível da função renal, sendo considerada um grave problema de saúde público por levar em consideração o aumento significativo de incidência e prevalência na população geral. Nesse sentido, se torna necessário a visualização do sujeito no seu paradigma biopsicossocial que determinam e influenciam o padrão dietético, necessitando de intervenções, medidas, protocolos e condutas no estilo de vida que possibilitem a melhor convivência com a doença. Nesse sentido, o objetivo do

Endereço: Avenida Frel Galvão, 12

Bairro: Gramame

CEP: 58.067-695

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4790

Fax: (83)2106-4777

E-mail: cep@facene.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 4.983.490

presente projeto Identificar os fatores psicossociais que influenciam na adesão do padrão dietético por pacientes que fazem hemodiálise. E teve como objetivos específicos: Caracterizar os padrões psicossociais e dietéticos em pacientes que fazem hemodiálise; analisar o consumo alimentar por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e por fim, descrever as dificuldades mediante as restrições dietéticas e psicossociais que ocorrem na hemodiálise. Logo, nas considerações metodológicas, trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional e descritivo-analítico, com delineamento transversal, realizado em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise em diversos estados brasileiros. A coleta de dados será por meio do formulário eletrônico, isto é, um questionário semiestruturado composto por módulos, na qual, primeiro módulo será composto por informações de características socioeconômicas e demográfica e os demais módulos conterà informações sobre convivência com a doença, estado nutricional, padrões psicossociais, alterações e/ou condutas dietéticas prévias e atuais e por fim, o quinto módulo será composto por um questionário de frequência alimentar (QFA). Aplicação do formulário será via Google Forms através das redes sociais: Instagram, Whatsapp, Telegram, Facebook por intermédio dos grupos e Facebook Messenger, Twitter e E-Mail.

Objetivo da Pesquisa:

Na avaliação dos objetivos apresentados os mesmos estão coerentes com o propósito do estudo tendo como:

Objetivo geral: Identificar os fatores psicossociais que influenciam no padrão dietético em pacientes que fazem hemodiálise.

Objetivos específicos:

Caracterizar os padrões psicossociais e dietéticos em pacientes que fazem hemodiálise;

Analisar o consumo alimentar por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA);

Descrever as dificuldades mediante as restrições dietéticas e psicossociais que ocorrem na hemodiálise.

Não houve solicitação de ajuste para os objetivos no Parecer Consubstanciado de Número 4.981.721, da 7ª Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021.

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12
 Bairro: Gramame CEP: 58.067-695
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)2106-4790 Fax: (83)2106-4777 E-mail: oep@facene.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 4.983.490

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios apresentados, estão coerentes com a Resolução 486/2012 CNS, item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. No item II. 4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

RISCOS:

A presente pesquisa apresenta riscos de caráter subjetivo, podendo haver constrangimento ao responder perguntas que possam remeter a situações desagradáveis ocorridas na vivência da doença renal crônica. Para minimizar esses riscos, os questionários serão autoaplicáveis, possuindo tolerância de 2 a 3 dias para responder sem que haja interrupção. Além disso, será assegurado ao participante da pesquisa o sigilo das informações.

BENEFÍCIOS:

Mesmo diante dos possíveis riscos, os benefícios superam os malefícios que a pesquisa traz. A partir dessa pesquisa, os profissionais que atuam na área de nutrição e nefrologia poderão conhecer os fatores psicossociais que influenciam nos padrões dietéticos que impacta diretamente na vivência da doença, assim como identificar os pontos positivos e negativos mediante as sessões de diálise e enfrentamento da doença. Outro benefício aos participantes da pesquisa se dará por meio da entrega de um manual contendo orientações nutricionais em como possuir uma melhor qualidade de vida, que enfatiza a importância do acompanhamento por um profissional da saúde capacitado, contribuindo para melhorar a adesão das consultas nutricionais e/ou de saúde para promover uma melhor convivência da doença, qualidade de vida e longevidade.

Não houve solicitação de ajuste para os Riscos e Benefícios no Parecer Consubstanciado de Número 4.981.721, da 7ª Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto se apresenta estruturado e coerente cientificamente. A temática apresenta relevância na utilização de métodos científicos que são dispostos com o objetivo de identificar os fatores psicossociais que influenciam no padrão dietético em pacientes que fazem hemodiálise. É uma temática de importante relevância para o público que será estudado, assim como em outros

Endereço: Avenida Frel Galvão, 12
Bairro: Gramame CEP: 58.067-695
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4790 Fax: (83)2106-4777 E-mail: oep@facene.com.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA**



Continuação do Parecer: 4.983.490

públicos, como retratam os pesquisadores que trará subsídios para outros estudos e poderá ser utilizada como fonte de informações, além de melhorar e traçar condutas terapêuticas não apenas em torno da alimentação, mas também na mudança do estilo de vida, no sentido que os profissionais poderão entender quais as principais necessidades dos portadores de DRC, assim, buscando respeitar suas especificidades e individualidades, efetivando uma prática mais qualificada e adequada para a prática colaborativa no âmbito assistencial ambulatorial ou multiprofissional

A pesquisadora atendeu ao requisitado no Parecer Consubstanciado de Número 4.961.721, da 7ª Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando os termos apresentados em anexos na Plataforma Brasil pelo pesquisador, estão em conformidade com a Res. 466/2012 CNS e o protocolo deste CEP:

- TCLE em PDF;
- Projeto detalhado PDF;
- Termo de Compromisso assinado pela pesquisadora responsável;
- Cronograma da pesquisa em PDF;
- Previsão orçamentária em PDF;
- Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e representante da instituição proponente.

A pesquisadora atendeu ao solicitado para os Termos de apresentação obrigatória no Parecer Consubstanciado de Número 4.961.721, da 7ª Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisadora responsável atendeu às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado de Número 4.961.721, da 7ª Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021. Assim, consideramos este Protocolo Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação dos ajustes indicados no Parecer Consubstanciado de Número 4.961.721, da 7ª Reunião Ordinária, Data: 09/09/2021., avaliamos este Protocolo Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Frel Galvão, 12
 Bairro: Gramame CEP: 58.067-695
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)2106-4790 Fax: (83)2106-4777 E-mail: cep@facene.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 4.983.490

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1772202.pdf	11/09/2021 14:47:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atualizadop.pdf	11/09/2021 14:45:19	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atualizado.pdf	11/09/2021 14:40:09	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_de_dados.pdf	11/09/2021 14:37:39	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/09/2021 14:29:56	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/08/2021 16:00:55	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/08/2021 15:59:52	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao_infraestrutura.pdf	02/08/2021 15:59:09	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	termo_compromisso_pesquisador.pdf	02/08/2021 15:58:43	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito
Outros	declaracao_coord_curso.pdf	02/08/2021 15:58:07	Heloisa Alencar Duarte Leal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 17 de Setembro de 2021

Assinado por:

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12

Bairro: Gramame

CEP: 58.067-695

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4790

Fax: (83)2106-4777

E-mail: cep@facene.com.br