

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ÂNGELA MARIA BAGATTINI

**O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O PACIENTE
IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Porto Alegre

2011

ÂNGELA MARIA BAGATTINI

**O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O PACIENTE
IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Waldman

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pacientes idosos com DRC atendidos no Ambulatório de Nefrologia que aceitaram participar da presente pesquisa e foram muito receptivos comigo.

Agradeço a equipe do Serviço de Nefrologia pelo apoio e auxílio durante a pesquisa.

Agradeço a todos os professores, profissionais, colegas e pacientes que me acompanharam durante essa jornada acadêmica de graduação em enfermagem, pelo aprendizado, convivência e apoio.

Agradeço a minha orientadora professora Dr^a Beatriz F. Waldman que com grande sabedoria e competência me forneceu apoio e dedicação na orientação desse estudo.

Agradeço aos integrantes do grupo de Pesquisa Clínica de Transplante renal do HCPA pelo apoio e compreensão.

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo durante toda minha formação acadêmica e pela busca de uma boa educação mesmo em momentos de dificuldade.

Agradeço aos meus amigos pelo apoio e carinho nesse momento que estive um pouco ausente.

Agradeço ao meu noivo, pelo companheirismo, estímulo e carinho em todos os momentos dessa trajetória.

Agradeço, por fim, a Deus pelo auxílio nessa caminhada.

RESUMO

O tema do presente estudo é a Doença Renal Crônica e o idoso em Tratamento Conservador. A Doença Renal Crônica é uma síndrome de avanço progressivo e irreversível do declínio da função dos rins. O tratamento conservador tem como objetivo o estabelecimento de várias intervenções terapêuticas realizadas por uma equipe multiprofissional, que buscam evitar a progressão do dano renal e/ou preparar o paciente para uma futura Terapia Renal Substitutiva. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo, do qual participaram 14 pessoas com 60 anos ou mais com Doença Renal Crônica que realizam tratamento conservador e estão vinculadas ao Ambulatório De Nefrologia do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA). Esse estudo tem como objetivo conhecer o significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica. As informações foram coletadas no mês de maio de 2011 por meio de uma entrevista semi-estruturada realizada individualmente. As informações foram gravadas e analisadas conforme o referencial da análise de conteúdo de acordo com Minayo(2004). O projeto obteve aprovação do comitê de ética do HCPA. Dos conteúdos expressos pelos idosos surgiram quatro categorias, a saber: significado do tratamento conservador; o que é saber que se tem a doença renal crônica; a rotina do doente renal crônico e, entendimento sobre as orientações. Com esse estudo pode-se constatar que os pacientes idosos, em geral, atribuem um significado positivo ao tratamento conservador. Contudo, alguns idosos demonstraram deter conhecimento insuficiente a respeito da doença, o que pode interferir de forma negativa na aceitação do tratamento conservador.

Descritores: Doença Renal Crônica, Enfermagem e idoso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Doença Renal Crônica	10
3.2 Envelhecimento e doença renal crônica	11
3.3 Tratamento Conservador	12
4 TRAGETÓRIA METODOLÓGICA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Contexto	14
4.3 Participantes do estudo	15
4.4 Coleta de Informações	15
4.5 Análise das Informações	16
4.6 Aspectos Éticos	17
5 CONHECENDO O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O PACIENTE IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA	19
5.1 Significado do Tratamento Conservador	20
5.2 O que é saber que tem a doença renal crônica	24
5.3 A rotina do doente renal crônico	27
5.4 Entendimento sobre orientações	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	38
APENDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	42
APÊNDICE B- Instrumento de coleta de dados	45
ANEXO A- Carta de aprovação da COMPESQ- EEUFRGS	46
ANEXO B- Carta de aprovação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA)	47

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm tomado uma importância cada vez maior na nossa sociedade, em parte devido ao envelhecimento da população, que ocorre com o aumento da expectativa de vida e diminuição da fecundidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Essa mudança de perfil da população provoca um grande impacto nos serviços de saúde, pois a população com 60 anos ou mais se caracteriza pelo declínio da capacidade dos sistemas em manter o equilíbrio do organismo, e sofre influência de fatores genéticos, hábitos de vida, ambiente e alimentação. É uma população que apresenta alta prevalência de doenças crônicas. Assim é necessário dar ênfase na manutenção do equilíbrio da doença e na prevenção de complicações tanto agudas quanto crônicas para manter a capacidade funcional do organismo pelo maior tempo possível (FREITAS, 2008).

A questão da saúde da população idosa exige maior atenção de parte dos profissionais e dos serviços de saúde na forma como prestam atendimentos, tendo em vista que o processo de envelhecimento é uma condição multifatorial na qual há diminuição da função dos diversos sistemas orgânicos, tais como: sistema cardiovascular, neurológico, endócrino, gastrointestinal, geniturinário. Entre os sistemas, as disfunções no renal representam grande impacto na saúde do idoso visto que o rim de um idoso é capaz de manter o equilíbrio dentro de determinados limites, e a capacidade adaptativa renal é diminuída no envelhecimento (CALDAS, 2008).

Devido a características normais do próprio envelhecimento a taxa de filtração glomerular tem um declínio em torno 25%, aumentando as chances de ocorrer distúrbios hidroeletrolíticos, como por exemplo, a diminuição do mecanismo da sede e a queda na capacidade de concentração urinária. Além disso, a água no organismo diminui com a idade, em adultos jovens ela corresponde a 60-65% do peso corporal, aos 80 anos ela corresponde apenas a 50% do peso, isso ocorre em grande parte pela redução da massa muscular. Com a idade avançada ocorre menor distensibilidade arterial e os mecanismos homeostáticos se tornam mais lentos tornando o organismo mais suscetível a alterações hemodinâmicas (RIELLA, 2010).

Segundo Smeltzer e Bare (2009), com a diminuição da função renal as substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais e

levam a uma ruptura nas funções endócrinas e metabólicas bem como a distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos. A DRC é uma doença sistêmica e consiste na via final comum de diferentes doenças do rim e do trato urinário. As autoras estimam que, a cada ano, 50 mil norte-americanos morrem em virtude da insuficiência renal.

No Brasil, a prevalência de pacientes em tratamento dialítico vem crescendo. De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2008),(SBN) em janeiro de 2006 havia mais de 70 mil pacientes em tratamento, já em março de 2008 o número aumentou para mais de 87 mil. A população idosa está vulnerável ao desenvolvimento da DRC em virtude dos fatores de risco representados pelas comorbidades como a nefropatia diabética e neuropatias (SBN, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde os principais grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica são pessoas com diabete mellitus e com hipertensão arterial representando uma população de 23 milhões de pessoas e cerca de 1 milhão e setecentos mil deles têm doença renal crônica. O diabete e a hipertensão são responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos pacientes submetidos à diálise. Essa taxa tende a crescer nos próximos anos devido ao envelhecimento da população, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2006).

Diferentemente dos pacientes jovens, as principais causas de doença renal crônica em idosos é a hipertensão e/ou diabetes tipo 2 ou doença renal vascular. Com a maturidade os rins passam a perder massa rapidamente. Essas alterações são aceleradas quando o idoso tem comorbidades associadas como a Hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose e insuficiência cardíaca. Essas características tornam o manejo do paciente idoso mais complexo (RIELLA, 2010).

O manejo do paciente renal crônico compreende o tratamento conservador entre outros. Define-se o tratamento conservador como o estabelecimento de várias intervenções terapêuticas realizadas por uma equipe multiprofissional, que tem como objetivo evitar a progressão do dano renal, tratar as complicações e preparar o paciente para uma futura terapia substitutiva também entendida como o tratamento dialítico ou o transplante renal. Entre as intervenções estão recomendações dietéticas, tratamento da hipertensão, controle do metabolismo do cálcio e fósforo, dislipidemias, controle da anemia e glicemia, uso de medicamentos, métodos educativos, estímulo ao autocuidado e condutas específicas para evitar a

progressão da DRC e adiar o início da terapia substitutiva (DRAIBE e CENDOROGLO, 2001).

Iniciando-se o tratamento conservador nas primeiras fases da doença renal crônica, contando-se com uma equipe multidisciplinar para orientar pacientes e familiares e escolhendo-se a melhor modalidade de terapia substitutiva, quando necessário, melhores serão as condições de saúde do paciente quando iniciar a diálise. Entre as vantagens verifica-se o menor número de diálise em caráter de urgência e um número menor de dias de hospitalização no primeiro mês de diálise (DAUGIRDAS e ING, 2008).

O tratamento conservador tem importância para a redução dos custos elevados com diálise de urgência por encaminhamento tardio ou pela falta de conhecimento sobre a doença, por parte da população (PACHECO, SANTOS e BREGMAN, 2006).

Dessa forma percebe-se a importância que o tratamento conservador pode representar para pacientes com DRC, uma vez que lhes proporciona um grande apoio no sentido de informar sobre a progressão da doença. Esse tratamento pode evitar que a doença avance e posteriormente se necessário, prepará-los para o início da terapia substitutiva.

Contudo para que as informações previstas no desenvolvimento do tratamento conservador sejam efetivas faz-se necessária a adesão do paciente a terapêutica (WERNECK, 2008). Segundo Assunção e Ursine, (2008) o processo de adesão ao tratamento de doença crônica compreende três estágios. Primeiramente é necessária a concordância do paciente com a proposta de tratamento, de acordo com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Num segundo estágio, temos a transição entre os cuidados prestados pelos profissionais e o autocuidado, representando o momento em que o paciente continua o seu tratamento sob a supervisão do profissional, o que exige grande disciplina e participação de sua parte. No terceiro estágio do processo de adesão, tem-se a manutenção, ou seja, quando o paciente com supervisão parcial incorpora o tratamento ao seu estilo de vida, demonstrando mudança de comportamento.

Como membro de uma equipe multiprofissional na execução do tratamento conservador do paciente renal crônico o enfermeiro tem uma atuação importante como educador do paciente, uma vez que oferece orientações sobre o dano e formas de tratamento estimulando o autocuidado, tornando o paciente membro ativo

no processo de saúde adoecimento (PACHECO, SANTOS e BREGMAN, 2006). O enfermeiro deve estar inserido principalmente no papel de cuidador e educador, desenvolvendo a promoção de saúde com melhora da qualidade de vida desses pacientes (TRAVAGIM e KUSUMOTA, 2009).

Vindo de uma experiência de estágio voluntário no Serviço de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na unidade de Hemodiálise (HD), encontrei motivação para desenvolver o presente projeto. Nesse campo de estágio percebi que grande parte dos pacientes tinha como doença de base a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabete Melitus que poderiam ser controlados com o tratamento conservador adiando que a doença renal progredisse ao estágio em que é necessário instalar o tratamento substitutivo.

A relevância do estudo consiste nos dados anteriormente citados que mostram a importância do tratamento conservador na DRC, principalmente com o idoso, e na importância de descobrir o significado do tratamento conservador para pacientes idosos. Consiste na possibilidade de que com base nas manifestações dos pacientes se possa planejar as orientações de forma que contribua para esclarecer suas dúvidas e melhore a compreensão dos mesmos acerca da doença renal e do tratamento conservador.

Diante do exposto surgiu o questionamento que embasou a realização desse estudo: Qual o significado do tratamento conservador na vida do paciente idoso com doença renal crônica?

O estudo contribuirá para melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca de como os pacientes compreendem sua situação de saúde e o significado que atribuem ao tratamento conservador. Tal conhecimento poderá favorecer a prática profissional no sentido de revisar abordagens adotadas e buscar novas formas de orientar o paciente quanto à importância do tratamento conservador, evitando o desencadeamento da progressão da doença.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo:

Conhecer o significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica atendido no Ambulatório de Nefrologia do HCPA.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para fundamentar a relevância do estudo sobre o significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica, será descrito a seguir uma breve revisão do tema.

3.1 Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela presença de dano renal ou a diminuição da função do rim por pelo menos três meses, já a insuficiência renal crônica terminal é indicada pela perda da função renal com 15mL/min ou menos. Na DRC ocorre inicialmente a perda funcional de alguns néfrons e aumento da função de outros como tentativa de adaptação. Na parte tubular há o aumento de filtração glomerular para manter o equilíbrio. A continuidade desse processo associado a fatores externos potencializa o desenvolvimento da DRC. Essa falha na capacidade do rim em manter o equilíbrio acaba resultando em uremia, que é a retenção de uréia e outras substâncias nitrogenadas no sangue (WERNECK, 2008).

A doença renal crônica segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2002) que se baseou na classificação da National Kidney Foundation classifica os níveis da função renal em seis estágios: no estágio zero, a função renal é normal com taxa de filtração glomerular (TFGe) maior ou igual a 90ml/min, inclui os grupos de risco para DRC (hipertensos, diabéticos e pessoas com familiares renais crônicos). O estágio um corresponde quando a $TFGe \geq 90$ ml/min, há comprometimento leve da função renal (proteinúria). No estágio dois, ocorre discreta perda da função renal com TFG entre 60-89ml/min. No estágio três, a DRC é moderada, com TFG entre 30-59ml/min com alterações nos exames laboratoriais. O estágio quatro compreende a DRC avançada, com TFG entre 15-29 ml/min e sintomatologia, além de exames laboratoriais bastante alterados. O estágio cinco corresponde à DRC dialítica, $TFG \leq 15$ ml/min, o paciente é sintomático com indicação para o início da terapia substitutiva (BREGMAN, 2007).

A taxa de declínio da filtração glomerular deve ser avaliada através de medidas periódicas da creatinina sérica, uma vez ao ano em pacientes nos estágios de 0 a 1 da DRC, semestralmente no estágio dois, trimestralmente no estágio três e nos estágios quatro e cinco obrigatoriamente devem ser encaminhados ao nefrologista (BRASIL, 2006).

Segundo Riella (2010) nas fases iniciais da DRC o paciente pode não apresentar nenhum sintoma ou apresentar manifestações inespecíficas como: fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náusea ou hemólise, hipertensão, poliúria, nictúria, hematúria ou edema.

Deve-se levar em consideração que a progressão da DRC varia de paciente para paciente e que a doença de base também exerce influência na velocidade do declínio da filtração glomerular. As nefropatias diabéticas e doença renal policística evoluem mais rapidamente, já a nefrosclerose hipertensiva evolui mais lentamente. O declínio da filtração glomerular também é acelerado por fatores modificáveis como uma maior proteinúria, hipoalbuminemia, hipertensão arterial, controle glicêmico ineficaz e fumo e não modificáveis como a idade avançada e o sexo masculino (BREGMAN, 2004; BRASIL, 2006).

Outros fatores estão relacionados à perda de função renal, como glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias (BRASIL, 2006).

3.2 Envelhecimento e doença renal crônica

As alterações inerentes ao envelhecimento aumentam a probabilidade do aparecimento de doenças e nesse processo decorrente de múltiplos fatores tornam o idoso suscetível a desenvolver doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, cerebrovasculares, osteoarticulares. Dentre essas doenças a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a insuficiência cardíaca aumentam a propensão do idoso a desenvolver doença renal crônica. Associado a isso os idosos sofrem com esclerose glomerular de grandes vasos e comprometimento das arteríolas aferentes e eferentes e o endotélio sofre um desbalanceamento na

capacidade de antioxidação que levam ao envelhecimento acelerado (WERNECK, 2008).

Em 2006, segundo a SBN, os idosos representavam cerca de 30% dos pacientes em diálise no Brasil. Esses dados requerem atenção, pois o diabetes e a idade avançada têm grande associação com o desenvolvimento da DRC (SBN, 2006).

3.3 Tratamento Conservador

Como critério de encaminhamento para o atendimento especializado em nefrologia tem-se: creatinina 1,4mg/dL, Ritmo de filtração glomerular(RFG)_< 60 mL/min, proteinúria de 1g/dia e alterações no sedimento urinário (WERNECK, 2008).

Diante disso inicia-se o tratamento conservador, no qual o paciente deve seguir as orientações dos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e nutricionistas. Esse tratamento visa retardar ou impedir a necessidade de uma terapia substitutiva da função renal (diálise) por meio da seguinte estratégia: controlar a velocidade de progressão da DRC com controle da hipertensão, usando se necessário inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), controle dietético do consumo de glicose se diabetes mellitus, controle de proteína, fosfato, potássio e vitaminas. Controle das dislipidemias, redução da proteinúria, prevenir novos danos renais e controle das complicações da uremia, como desnutrição, anemia, desidratação, hipertensão grave, descompensação diabética, osteodistrofia renal, desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido básico (PACHECO e SANTOS, 2005).

O encaminhamento dos pacientes para se intervir precocemente representa um percentual significativo de redução do declínio da função renal ou estabilidade dela e aumento na sobrevida dos pacientes (JONES et al, 2006). O tratamento conservador realizado por uma equipe multidisciplinar obtém melhores resultados se comparado somente com atendimento médico, a sobrevida se mostra maior em pacientes que receberam tratamento conservador multidisciplinar comparado aos que receberam apenas o atendimento médico (SANTOS et al 2008).

Para que o tratamento conservador seja efetivo é necessário que os pacientes tenham um comportamento que vá ao encontro do que é recomendado

pela equipe de saúde. As principais barreiras para a aderência ao tratamento são problemas de comunicação entre o paciente e a equipe de saúde, acesso aos medicamentos e efeitos colaterais, e também pelas características do regime terapêutico. Para população idosa a adesão é mais complicada, pois eles freqüentemente possuem outras doenças concomitantes e isso torna a aderência mais difícil pelo excesso de informação e tratamentos (WILLE, 2006).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir será descrito a trajetória metodológica utilizada pela pesquisadora para a realização desse estudo.

4.1 Tipo de estudo

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado um delineamento exploratório descritivo com abordagem qualitativa. De acordo com Pollit e Hungler (1995), o estudo qualitativo é indicado quando se deseja conhecer um fenômeno, opinião ou percepção.

4.2 Contexto

O estudo foi desenvolvido com pacientes idosos com diagnóstico de DRC em tratamento conservador da função renal junto ao Serviço de Nefrologia. Esse serviço é responsável pelo tratamento conservador, que é realizado no Ambulatório de Nefrologia, localizado na Zona 12, do Hospital de clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nesse ambulatório uma equipe multidisciplinar composta por médicos enfermeiros e nutricionistas atende pacientes portadores de Doença Renal Crônica, nos estágios iniciais da doença.

A equipe multidisciplinar desenvolve o Tratamento Conservador semanalmente, nas quartas e nas sextas-feiras pela manhã. Nas quartas-feiras são atendidos pacientes até o estágio três da DRC e com a doença renal mais estável, atuando na prevenção e controle das comorbidades. Já nas sextas-feiras são atendidos os pacientes em estágio mais avançado e com a doença em progressão rápida, que além das ações que visam retardar ou impedir a necessidade de diálise os mesmos são preparados para um possível início breve de uma Terapia Substitutiva.

Atualmente a equipe conta com dois médicos contratados, em torno de dois residentes de medicina, duas enfermeiras e uma nutricionista que atendem no ambulatório destinado a pacientes em tratamento conservador. Entretanto, são atendidos pela enfermeira somente os pacientes cujo estágio da DRC se apresenta avançado. A enfermeira inicia a preparação do paciente para a instalação de uma terapia substitutiva.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 14 pacientes idosos. Foram observados os critérios de inclusão previamente definidos. Assim participaram idosos com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos no ambulatório de nefrologia que se apresentavam nos estágios da doença em que ainda não é utilizado o tratamento substitutivo, ou seja, do estágio zero até o estágio quatro. Quanto à identificação do estágio da DRC foi considerada a informação do profissional responsável pelo tratamento e observado os registros no prontuário eletrônico dos pacientes.

Foram convidados 16 idosos portadores de Doença Renal Crônica a participarem da pesquisa. Entretanto 14 responderam afirmativamente, constituindo assim aqueles que efetivamente participaram do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor.

Foram observados os critérios de exclusão previamente definidos, tais como: apresentar prejuízo cognitivo que pudesse dificultar a realização da entrevista; não apresentar condições adequadas de saúde para participar da entrevista como dor, náusea ou fadiga. Não se considerou nesse estudo a entrevista com uma idosa, visto que a mesma não se mostrou ativa quanto às respostas. Manteve silêncio diante da pesquisadora deixando que as respostas aos questionamentos fossem apresentadas pela pessoa que a acompanhava.

4.4 Coleta de Informações

Primeiramente foi apresentada a proposta de pesquisa do estudo a equipe que atende no ambulatório e posteriormente solicitado os nomes dos pacientes agendados, para de acordo com a agenda dos profissionais abordar os idosos no dia da consulta, sendo então convidados a fazer parte do presente estudo. Àqueles que concordaram com o convite foram oferecidas orientações sobre o estudo e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. (APÊNDICE A).

As informações foram coletadas através de uma entrevista semi estruturada, de acordo com a proposta de Lüdke e André (1986). Para tal foi utilizado um instrumento que visa captar informações dos participantes no que diz respeito ao estágio de desenvolvimento do DRC, à presença de comorbidades associadas à doença de base, bem como dados de perfil social (APÊNDICE B). A entrevista foi gravada em MP3, com autorização do participante sendo assegurada a privacidade do mesmo. Teve a duração necessária para se alcançar a qualidade das informações em atenção do objetivo do estudo, durando em média 15 minutos. Foi realizada em uma sala do ambulatório de nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, antes de o paciente realizar sua consulta com algum profissional da equipe multiprofissional. Posteriormente o entrevistador transcreveu o material das entrevistas para serem analisadas e interpretadas.

A coleta de informações que ocorreu de 04 a 20 de Maio de 2011 foi realizada a partir da indicação dos pacientes feita pela equipe multidisciplinar que atende no ambulatório de nefrologia.

4.5 Análise das Informações

As informações foram analisadas por meio do método de análise de conteúdo de Minayo (2008). A análise de conteúdo é usada em pesquisas qualitativas. Busca atingir um nível de significado mais profundo, que ultrapasse os significados demonstrados (MINAYO, 2004).

A análise de conteúdo foi utilizada para descrever qual é o significado do tratamento conservador para o idoso com doença renal crônica e permitiu que a pesquisadora encontrasse os núcleos de sentido nos conteúdos expressos pelos idosos.

As informações obtidas em resposta aos questionamentos formulados foram submetidas a tratamento de análise observando as etapas de transcrição das gravações das entrevistas; organização das informações para sistematizar as ideias iniciais; a exploração das manifestações dos idosos visando a interpretação das informações conforme recomendado por Minayo (2004) para realizar análise de conteúdo.

4.6 Aspectos Éticos

Todos os participantes receberam o TCLE conforme proposto por Goldim (2005). O TCLE foi apresentado em duas vias e obtido no dia da consulta em que foi apresentado o estudo ao idoso. Primeiramente os participantes e acompanhantes foram comunicados de que concordando em participar do estudo deveriam assinar os documentos ficando com uma via do mesmo, sendo que a outra ficaria com a pesquisadora. Foram informados que poderiam desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo no seu tratamento dentro do HCPA. Foi assegurado ao idoso o sigilo das entrevistas. Nesse sentido o presente relatório de pesquisa apresenta os participantes identificando-os pela letra P seguida de numeral cardinal.

Os participantes foram informados que sua participação no estudo não resultaria em riscos para si próprio ou para alguma pessoa que o acompanhasse. Ao acompanhante também foi explicado os objetivos da pesquisa para ele ficar ciente dos fatos e se necessário nos ajudar a explicar ao idoso. Quanto aos benefícios foi informado que sua participação contribuirá para uma melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre o significado do tratamento conservador para o paciente e assim melhorar a assistência ao idoso com DRC.

Diante de dificuldade manifestada pelo idoso ou percebida pela pesquisadora, o TCLE foi lido em voz alta e pausada visando à compreensão do texto pelo idoso, antes de iniciar a coleta das informações. Além disso, tomou-se o cuidado de utilizar

no texto um tamanho de letra que facilitasse a leitura pelos idosos. Essas medidas foram tomadas para não gerar constrangimento do participante (GOLDIM, 2005).

Este estudo teve o projeto aprovado pela comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) (ANEXO A) pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA) registrado sob o nº 11-0073 (ANEXO B).

5 CONHECENDO O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O PACIENTE IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

As informações obtidas pelo instrumento referente às questões socioeconômicas, demográficas e clínicas foram organizadas de forma a se obter a caracterização dos participantes do estudo.

Identificou-se que os 14 participantes da pesquisa tinham entre 60 e 79 anos de idade, sendo que a média ficou em 66,35 anos de idade. Nove (64,29%) idosos eram do sexo masculino, com média de 67,44 anos de idade e cinco (35,71%) do sexo feminino com média de 64,4 anos de idade.

Quanto ao estado civil, entre o sexo masculino oito mencionaram ser casados e um referiu ser viúvo. Entre o sexo feminino encontrou-se três idosas que mencionaram ser casadas e duas afirmaram ser viúvas.

No sentido de se captar informações para identificar com quem o idoso reside identificamos que entre os idosos do sexo masculino, sete referiram morar com a esposa; um com a filha e um com a esposa e filho. Por outro lado, entre as idosas, duas mencionaram que moram sozinhas, porém referiram que um familiar reside próximo a suas residências. Outras duas idosas relataram que residem com o marido e filhos, e uma idosa citou que reside apenas com o marido.

Em relação às atividades de lazer que realizam, identificou-se entre os participantes que oito idosos não realizam nenhuma atividade em decorrência das condições de saúde. Dentre esses, três eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Entre aqueles que relataram realizar alguma atividade de lazer, quatro citaram a realização de caminhadas, um idoso relatou que realizava passeios nos fins de semana e uma idosa referiu que participava de um grupo de convivência da terceira idade.

Quanto ao estadiamento da doença renal crônica, identificou-se que onze idosos não souberam informar o estadiamento da doença. Um idoso mencionou que estava no estágio três e dois relataram que estavam no estágio quatro da doença renal crônica.

Ao perceber a dificuldade dos participantes para informar acerca do estadiamento da doença, a pesquisadora buscou junto à equipe multiprofissional informações sobre cada paciente. Assim verificou que oito (57,14%) estavam no

estágio quatro, quatro idosos (28,37%) estavam no estágio três e dois idosos (14,28%) estavam no estágio dois da DRC.

Quanto ao tempo de realização do tratamento conservador identificou-se uma variação de três meses a dez anos. Segundo os relatos, dois idosos estavam em tratamento há menos de um ano, seis idosos relataram realizar o tratamento entre um ano e dois anos, três realizam o tratamento entre dois e cinco anos e três idosos referiram que estavam em tratamento há mais de cinco anos.

Em relação às comorbidades, os idosos referiram ter Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitos, Insuficiência Cardíaca, Gota, Apnéia do sono, Dislipidemia, Asma, Litíase renal, anemia e problemas circulatórios. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi mencionada por todos os participantes do estudo. Já a Diabetes Melitos foi relatada por dez participantes. Sete dos que manifestaram ter a doença são do sexo masculino e três do sexo feminino.

Quanto à comorbidades Insuficiência Cardíaca sete pacientes relataram ter a doença sendo que em seis deles identificou-se a Insuficiência Cardíaca associada à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melitos. As demais comorbidades foram citadas apenas uma vez na fala de pacientes distintos.

Em relação à doença de base da Doença Renal Crônica, três idosos referiram o Diabetes Mélicos como doença de base e dois referiram a Hipertensão Arterial Sistêmica, o restante dos idosos desconhecia a doença de base.

Ao analisar e interpretar as manifestações dos idosos atendidos no Ambulatório de Nefrologia procedeu-se a identificação dos conteúdos expressos nas entrevistas e se percebeu que as falas remetiam a uma diversidade de significados. Registraram-se os conceitos recorrentes que foram agrupados em categorias, as quais possibilitaram desvelar os diferentes significados atribuídos pelos idosos tanto para o tratamento conservador quanto para a doença renal crônica.

As categorias organizadas são descritas a seguir:

5.1 Significado do Tratamento Conservador

Na busca do significado do tratamento conservador utilizou-se nas entrevistas as perguntas: “Como é para o senhor(a) estar fazendo este tipo de tratamento? O que significa para o senhor(a) este tratamento”?

Nas falas de três participantes identificaram-se manifestações como:

É tranquilo. (P3)

É uma beleza, uma beleza. (P11)

Sinto-me bem graças a Deus. (P12)

Percebe-se que tais manifestações revelaram que os idosos P3, P11 e P12 não aprofundaram ou fundamentaram o significado atribuído ao tratamento conservador, entretanto suas falas remetem a percepções positivas acerca do tratamento conservador.

Ainda em resposta as perguntas identificou-se que quatro idosos fundamentaram claramente o significado, por eles atribuído ao tratamento conservador ao mencionarem a melhora nas condições de saúde conforme se observa nas seguintes falas:

Tenho me sentido melhor. (P5)

Sinto-me bem, cada vez melhor. Espero que não piore porque a hemodiálise não é boa para ninguém. (P14)

Está bom. Estou fazendo tudo que me mandam. (P7)

Tenho melhorado, comecei a tomar remédio e eu me sinto melhor. (P10)

Como se pode constatar nas manifestações citadas, para esses idosos o significado do tratamento conservador representa a condição de estar se sentindo melhor. Para a pesquisadora quando o idoso P5 relata: *Tenho me sentido melhor*, fica clara a representação positiva do tratamento para o idoso. Além disso, se percebe na fala do idoso P14, quando diz: *Espero que não piore porque a hemodiálise não é boa para ninguém*, que esse idoso demonstra deter algum conhecimento sobre as conseqüências do agravamento da doença. Esse conhecimento é fundamental para o paciente renal, visto que pode estimulá-lo a aderir ao tratamento conservador.

Sabe-se que a doença renal crônica (DRC) é uma síndrome complexa que resulta em perda progressiva e geralmente irreversível da capacidade de filtração glomerular, o qual é o principal mecanismo de excreção de solutos tóxicos não voláteis gerados pelo organismo (DRAIBE e CENDOROGLO, 2001).

Draibe e Cendoroglo (2001) mostram que um grande número de pacientes, principalmente idosos, adquire o dano renal, mas no princípio não necessitam

realizar a terapia renal substitutiva, a qual tem três modalidades, o transplante renal, a hemodiálise ou a diálise peritoneal. Dessa forma o tratamento conservador deve ser iniciado o quanto antes.

Os autores definem o tratamento conservador como o estabelecimento de várias intervenções terapêuticas realizadas por uma equipe multiprofissional que tem como objetivo evitar a progressão da perda da função renal.

Como outros tratamentos para doenças crônico-degenerativas em geral o tratamento ao longo do tempo busca levar a uma eficaz prevenção de complicações com o controle da doença, bem como quando necessário tratar as complicações decorrentes do agravamento do dano (ALMEIDA et al,2007). Semelhante ao tratamento de outras doenças crônicas, na DRC o tratamento conservador implica mudança de comportamento e modificações no estilo de vida do paciente. Dessa forma o tratamento poderá ter resultado eficaz a partir da adesão dos pacientes.

A adesão a algum tipo de tratamento está ligada a fatores externos ao paciente, como o acesso a medicamentos, características da doença e do regime terapêutico. Essas características influenciam a percepção do paciente sobre o tratamento, seus possíveis custos e benefícios, o que é de muita importância na opção de seguir ou não o regime terapêutico. Outros fatores relacionados a adesão são o apoio social e a relação entre profissional de saúde e paciente. Além disso, o paciente é influenciado por fatores internos como fatores sócio-demográficos, psicológicos, locus de controle e crenças relativas à saúde (ALMEIDA et al.,2007).

No conteúdo expresso de três participantes identificou-se em um primeiro momento que esses não revelaram algum atributo ao significado do tratamento conservador. Entretanto suas declarações demonstraram dificuldades quanto à compreensão do tratamento a que se submetem como se identifica nas seguintes manifestações:

Eu não entendo bem, eu venho aqui porque me mandam. Respondeu tranquilamente o idoso P2.

Não estou fazendo o tratamento ainda, eu só tomo os remédios. (P9)

Tudo é remédio. (P1)

Analisando as manifestações citadas percebe-se que esses idosos não atingiram a complexidade de poder expressar o significado do tratamento conservador, uma vez que suas falas sugerem que não compreendem a finalidade do tratamento a que se submetem ou consideram apenas a terapia medicamentosa

como o elemento mais importante do tratamento. Percebeu-se que o idoso P1 demonstrava tranqüilidade ao afirmar que para ele o tratamento conservador se resume em: *Tudo é remédio*.

A questão da não compreensão do tratamento remete ao problema da má adesão terapêutica. Conforme temos em Bugalhos e Carneiro (2004), em países desenvolvidos 50% dos portadores de doença crônica não aderem significativamente ao tratamento. Como conseqüência, os autores calculam que 5 a 15% das hospitalizações de idosos nos Estados Unidos da América tenham como causa a má adesão terapêutica.

O entendimento do tratamento é fundamental para que o paciente sabendo da sua importância siga as orientações dos profissionais e obtenha os melhores resultados no controle da doença. Isso ficou claro para a pesquisadora no momento em que se retoma a fala de um dos idosos: *Eu não entendo bem, eu venho aqui porque me mandam*, (P2). Depreende-se que o idoso P2 não participa ativamente do seu tratamento, pois afirma que só comparece ao Ambulatório de Nefrologia como uma obrigação, visto que afirmou: *Venho aqui porque me mandam*.

Segundo Mariani e Fortes (2004), o tratamento deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar visando à integralidade no atendimento, usando uma linguagem acessível para o entendimento dos pacientes para que eles promovam o autocuidado, compreendam as orientações e entendam a doença e os objetivos do tratamento.

O principal objetivo do Tratamento Conservador é a lentificação da progressão da DRC por meio de terapia medicamentosa com anti-hipertensivos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, controle glicêmico em diabéticos, dieta adequada e exercícios físicos. Além disso, esse tratamento busca prevenir e tratar complicações da uremia como: desnutrição, anemia, desequilíbrio hidroeletrólíticos e ácido-básico e preparar o paciente para terapia renal substitutiva (RIELLA, 2010).

5.2 O que é saber que tem a doença renal crônica

Organizou-se a categoria sobre a doença renal crônica em resposta a pergunta: “Como é para o senhor (a) saber que tem uma doença crônica nos rins”?

Essa categoria demonstra a percepção dos idosos em relação à doença. Em algumas manifestações os idosos demonstraram entendimento sobre a doença e apresentaram sinais de adaptação em relação a ela. Porém, outros conteúdos expressos demonstraram passividade dos idosos em relação ao surgimento e a evolução da doença como se observa a seguir:

Não tive problemas em saber que tenho a doença, eu não sabia que tinha, mas agora para mim é normal. (P1)

Foi tranquilo [saber da doença]. (P9)

Foi natural é uma coisa [a doença] que veio progressiva. (P11)

Eu não sabia que tinha [a doença]. Achei estranho. Não sinto dor, não sinto nada, mas me adaptei ligeirinho. (P6)

Analisando as falas dos idosos P1 e P9 observa-se que ambos demonstram aceitar a doença renal crônica e afirmam que não tiveram problemas ao saber do diagnóstico. Já P11 manifesta que a doença avança de forma progressiva, assim percebe sua evolução de forma natural em sua vida. Os quatro idosos afirmam ter se adaptado ao quadro de saúde em que se encontram fato que provavelmente exigiu dos mesmos mudanças na rotina a qual estavam acostumados.

A adaptação do idoso à doença crônica na maioria das vezes acontece com dificuldades, pois como na Hipertensão Arterial, no Diabetes Melitos e especialmente na Doença Renal Crônica, a adaptação está associada a mudança no estilo de vida, como: redução da ingestão de sal, açúcar, consumo de álcool bem como executar uma prática regular de exercícios físicos. Essas medidas nem sempre são bem acolhidas pelo paciente o que pode representar resistência ao processo de adesão.

Para combater a não adaptação é necessário a participação efetiva de profissionais procurando desenvolver estratégias para o controle da doença com a participação do paciente. Essas estratégias podem ser capazes de aumentar a qualidade de vida e longevidade do paciente (OLIVEIRA et al, 2002).

As falas dos pacientes acima transcritas demonstram que os mesmos compreendem e estão adaptados a doença, facilitando o atendimento no ambulatório.

Entretanto as manifestações de outros idosos remetem a uma idéia de não entendimento do que é doença renal crônica. Suas falas demonstram que a doença

ainda tem um significado fantástico em suas vidas. Eles ainda não a percebem e não se consideram doentes. Conforme se observa nos seguintes registros:

Eu não vejo que tenho esse problema, não sinto nada. (P2)

Não me preocupo. Não me dói, coisa que não dói parece que não é doença.
(P5)

Olha, eu até nem sei. Não tive nenhuma reação. (P12)

Os médicos dizem que estou atacado dos rins, mas eu não sinto nada. (P14)

Nas manifestações dos idosos P2 e P5 evidencia-se que ambos não se percebem doentes. A partir de suas falas pode-se interpretar que ambos não compreendem a magnitude da doença renal crônica, principalmente o idoso P5 que justifica o fato com a ausência de dor. Sem sinais de dor afirma que não se preocupa com o fato de saber que é portador de DRC.

Já a idosa P14, que aguardava sozinha a consulta com aparência cansada e recebeu a pesquisadora de forma simpática, colocou a questão da doença sob a perspectiva da opinião dos médicos, deixando de manifestar sua percepção sobre o que representa saber que tem a doença renal crônica.

É interessante salientar que os idosos ao manifestaram-se nas falas: *não sinto nada* (P2) e (P14) de certa forma corroboram com a afirmação de Knauth (1992, p. 27) ao descrever que a doença “é percebida através de diferentes sinais [...]”. No caso desses idosos o fato de não apresentarem o sinal “dor” os impossibilita de se perceberem doentes.

Segundo Hellman (1994), em nível individual definir-se como doente pode estar baseado na percepção do paciente, dos outros ou de ambos e implica experiências subjetivas como mudança de aparência, mudança nas funções orgânicas e sintomas desagradáveis como a dor. Para os portadores de doenças crônicas a consciência do que está ocorrendo com o corpo não fica muito claro, pois não manifestam sintomas que indiquem a procura de um serviço de saúde.

Como nos estágios iniciais da doença renal crônica não ocorrem experiências que levariam os idosos a percepção da doença, esses não se vêem doentes e acabam não se preocupando com a doença, como afirmou P5: *Não me preocupo não me dói.*

A questão de não sentir dor é muito comum em doenças crônicas, pois a consciência da doença está muito ligada ao sentimento de dor ou incapacidade

física. Quando não se vivência isso é mais complicado perceber-se doente e saber da necessidade do cuidado para se manter saudável. Esse é um dos principais problemas das doenças crônicas nos estágios iniciais, pois a falta de sintomas pode levar ao não entendimento da doença (LINCK et al, 2008).

Três dos idosos entrevistados verbalizam preocupação com a doença, principalmente devido ao medo de ter que fazer tratamento dialítico:

Eu fiquei meio assim, mas já me acostumei. (P6)

Não foi nada agradável, o meu maior medo é passar para diálise. (P8)

Eu fiquei preocupada com isso, foi bem difícil, fiquei com medo. (P13)

Mesmo que esses pacientes não se percebam doentes nos primeiros estágios da DRC, quando a sintomatologia é inexpressiva, eles manifestam conhecimento sobre a doença e acabam se preocupando com sua evolução para um grau que necessite terapia renal substitutiva, e o tratamento dialítico é o que mais os inquieta.

Portanto, quando souberam do diagnóstico da doença renal crônica, o significado atribuído por eles foi ter que realizar diálise e isso gerou medo como se evidencia na fala de P13: [...] *foi bem difícil, fiquei com medo*. O mesmo se observa na fala do idoso P8 quando diz: [...] *o meu maior medo é passar para diálise*.

Ter ciência das conseqüências da evolução da enfermidade pode levar a manifestações negativas como se observa nas falas de P8 e P13.

Sabe-se que a doença renal crônica gera limitações e dificuldades, principalmente relativas às mudanças nos hábitos de vida e, sobretudo, a doença contribui para a piora das condições do pacientes (GRICIO, KUSUMOTA e CANDIDO, 2009).

Como esses pacientes não se sentem doentes nos primeiros estágios a maior preocupação deles é com a evolução da doença para um grau em que necessitem de terapia renal substitutiva. Assim a possibilidade de ter que submeter-se a tratamento dialítico é motivo de preocupação e pode gerar a sensação de medo. Na percepção da pesquisadora, os idosos que se preocupam com a evolução da doença renal crônica podem ter uma aderência boa ao tratamento, mesmo na ausência de sintomas, pois a percepção deles em relação à doença está ligada as conseqüências de sua evolução, que nas manifestações é citada como “ruim” e o tratamento conservador gera a expectativa de retardar a chegada a esse grau.

5.3 A rotina do doente renal crônico

Na busca de compreender a rotina do doente renal crônico frente ao tratamento conservador foi perguntado a eles: Conte-me como é para o senhor (a) “viver” sua rotina diária com esse tratamento? A categoria surgiu de acordo com as respostas dos idosos a essa pergunta. Para alguns idosos o Tratamento Conservador é vivenciado com dificuldade, já outros relataram adaptação e bem estar com o tratamento.

Quanto a adaptação à rotina imposta pelo tratamento conservador verificou-se nos conteúdos expressos como sendo complexa e difícil. As falas a seguir demonstram isso:

É brabo, mas eu sou obrigado a ir me adaptando aos poucos. Mas que é brabo é brabo. (P7)

É brabo, é ruim, muito ruim mesmo. (P10)

Ah! Maravilhoso! Meio uma porcaria, eu vou te contar. Não pode, não dá, não deve, é tudo não. Às vezes eu me rebelo. (P8)

A pesquisadora identificou, nessas falas, dificuldade dos idosos em inserir o tratamento na rotina diária, como o idoso P7 e P10 comentam. Verificou-se também que a idosa P8, a qual mora sozinha, tem dificuldades para caminhar e ao relatar a rotina mantinha a face com expressões fechadas e no início da manifestação usava um tom irônico, além de manifestar o quanto é difícil seguir a rotina do tratamento, revela que não a segue sempre, como evidenciado na fala: *às vezes eu me rebelo*. A fala da idosa P8 demonstra que ela adere parcialmente ao tratamento, visto que manifesta-se negativamente em relação as orientações. Também ficou evidenciado que para os demais idosos a incorporação integral do tratamento a rotina é considerada difícil.

Segundo Santos et al (2005), ao realizarem estudo sobre as condutas referentes ao tratamento, principalmente as que impliquem em mudança de hábitos, verificaram que mudanças podem significar perda de prazer em um contexto de vida (SANTOS et al , 2005).

Essa afirmativa é evidenciada na fala de P8 que remete uma crítica negativa ao tratamento: *Não pode, não dá, não deve, é tudo não*. A manifestação de P8 evidencia a questão da aceitação dos cuidados prescritos.

Conforme Pacheco e Santos (2005), em uma equipe multidisciplinar o enfermeiro deve auxiliar os pacientes em sua totalidade, principalmente na questão do ensino do autocuidado para que possam adquirir independência e compreensão das questões de saúde buscando o bem-estar apesar das alterações que afetam seu cotidiano.

Em resposta a questão: Conte-me como é para o senhor (a) “viver” sua rotina diária com esse tratamento? Outros pacientes relataram que se sentem bem com o tratamento. Explicaram que estão adaptados e estão sentindo-se mais tranquilos, porém mencionam que em algumas vezes cometem deslizes, conforme se observa nas seguintes manifestações.

Normalmente, não me incomoda em nada [o tratamento], sigo a risca o que tem que tomar (P2).

Eu me sinto bem, tem que fazer [o tratamento] não adianta. É claro que as vezes relaxo um pouquinho, esqueço do medicamento (P4).

Já me acostumei, estou adaptada, em casa a gente não faz comida com muito sal. Às vezes a gente passa um pouquinho, acha que não tem nada (P6).

Os pacientes manifestam adaptação à rotina de formas diferenciadas como, por exemplo, o idoso P2 ao dizer que [...] *o tratamento não o incomoda em nada* [...] e faz referência a medicação dizendo: [...] *sigo a risca o que tem que tomar*. Percebe-se que ele segue essa rotina sem a compreender completamente, pois na questão que questiona sobre o tratamento conservador ele refere que não entende bem, que vai ao ambulatório porque o mandam, isso evidencia que ele conseguiu se adaptar a rotina do tratamento mas não compreende claramente o significado do tratamento conservador e da doença renal crônica em sua vida.

Já o idoso P4, que no dia da entrevista estava acompanhado pela esposa, que segundo a manifestação de ambos o ajuda a seguir a rotina do tratamento, demonstrou em suas falas no decorrer da entrevista percepção acerca do tratamento conservador. O idoso considera importante a realização do tratamento, entretanto considera a rotina difícil.

A idosa P6 se mostrava no dia da entrevista tranqüila e alegre, com hábitos de higiene adequados, referiu que é responsável pelo seu cuidado e do marido e filhos, foi uma paciente que manifestou adaptação à rotina do tratamento com tranqüilidade apesar de como demais verbalizaram, às vezes não seguir o tratamento em relação à dieta.

Não é raro que os pacientes interrompam a ingestão de medicamentos ou alterem dosagens devido aos efeitos colaterais conturbadores ou diminuam os regimes terapêuticos que considerem fatigantes ou dispendiosos (SMELTZER e BARE, 2009).

Em relação à terapia dietética em um estudo realizado por Santana (2000), com diabéticos também ficou evidente a transgressão alimentar como algo que ocorre com freqüência, além disso, ela trata da relação próxima entre a alimentação e a cultura, como por exemplo, no Brasil em que as reuniões sociais são quase sempre acompanhadas pela degustação de alimentos.

A adaptação do tratamento na vida cotidiana é importante visto que se trata de uma doença crônica. Segundo Linck *et al*(2008) a compreensão da patologia é fundamental para que o paciente viva com qualidade, para isso é necessário um atendimento profissional que reforce a educação em saúde para gerar novas atitudes frente à doença (LINCK *et al*, 2008).

Como resultado da adesão ao tratamento é esperado que o paciente adote um estilo de vida saudável, tenha comprometimento com a própria saúde e engajamento efetivo no autocuidado, atuando, desta forma, como sujeito da ação e não como objeto e, além disso, tornando-se multiplicador das atividades de mudança no estilo de vida dentro da família e na comunidade (SANTOS *et al*, 2005).

Viver a rotina do tratamento possui um significado diferenciado para cada idoso. Segundo Machado e Koelnn (2009) que realizaram pesquisa com pacientes hipertensos a atitude de aceitação da condição da doença crônica mais rápido ou a visão de sofrimento diante da doença e do tratamento são influenciadas pelas crenças e visão de mundo de cada indivíduo.

Como resposta à questão anteriormente citada, chamou atenção a religiosidade mencionada por alguns idosos que a utilizam como justificativa no auxílio para seguir o tratamento conservador proposto. A pesquisadora observou que a religiosidade foi evocada por aqueles pacientes que não conseguiram

expressar significados. Nas manifestações a seguir fica evidente essa ligação com o sagrado:

Deus dá a cruz e a gente tem que carregar. (P3)

Eu não queria ter aquilo [a doença], mas já que aconteceu tem que se sujeitar até Deus chamar a gente. (P12)

Quando o idoso P3 fala: *Deus dá a Cruz [...]* demonstra que ele considera que a doença ocorre por que o mundo é regido por um ser superior. O que provavelmente possa redimi-lo de comprometer-se com o tratamento.

Já o idoso P12 na primeira questão manifesta: *Sinto-me bem graças a Deus*. Ele justifica que está bem com o tratamento conservador devido o auxílio de Deus, posteriormente na questão acima citada ele expressa: [...] *tem que se sujeitar até Deus chamar a gente*. O idoso P12 demonstra que considera que tanto a doença quanto a melhora com o tratamento são decorrentes da vontade divina. Essa diversidade de manifestações demonstra que a maneira de interpretar os acontecimentos varia de acordo com a cultura e vivência de cada indivíduo.

De acordo com Waldman (1999) em algumas religiões seguidas no Brasil os devotos atribuem os problemas de saúde à “vontade de Deus” ou ao “destino”. A religiosidade compõe um dos principais elementos da visão de mundo do indivíduo.

Segundo Helman (1994) em uma visão sobrenatural de algumas culturas, a doença pode ser um alerta de Deus por equívocos de comportamento, como se fosse uma punição.

5.4 Entendimento sobre orientações

Na procura de desvendar o entendimento dos idosos sobre as orientações recebidas no ambulatório de Nefrologia utilizou-se a pergunta: Descreva, por favor, quais as orientações que o senhor (a) vem recebendo nesse ambulatório.

Segundo a maior parte dos pacientes as orientações recebidas no ambulatório estão relacionadas ao controle da dieta e medicação para estabilizar a Hipertensão Arterial, a qual afeta a todos os participantes dessa pesquisa, bem como o Diabetes Melitos que acomete 71,43% dos participantes. Nas manifestações

a seguir se evidenciam as orientações que aparentemente fazem parte da rotina de cada idoso.

Não deixar de tomar a medicação, eles orientam também à administração da insulina por ser diabética. (P8)

A dieta, procurar comer com menos sal e fazer mais dieta, medicação é só da pressão e do diabetes. (P9)

Tudo controlado, nem sal, nem açúcar, tem que tomar pouca água, como pouca carne. (P3)

Alimentação, água, o sal, açúcar [controlar]. (P10)

A orientação é a alimentação, medicação e tratamento propriamente dito. (P11)

Ao analisar as manifestações dos idosos P8, P9 e P11 percebe-se que as orientações que eles mencionaram estão focadas no uso das medicações e no controle da dieta com diminuição do consumo de açúcar e de sal. O idoso P8 também refere receber orientação sobre a administração de insulina. Além disso, os idosos P3 e P10 afirmaram receber orientações sobre o controle hídrico, indicado em função de sua condição clínica.

Essa percepção do Tratamento Conservador, relacionada ao uso da medicação e ao controle da dieta como evidenciado na fala de P11 ao dizer: *A orientação é a alimentação, medicação [...]*, também foi referido nas entrevistas realizadas no estudo de Gricio, Kusumota e Candido, (2009) com pacientes com DRC em tratamento conservador, em que 85% relataram o controle da dieta e 80% dos pacientes relataram também o controle da medicação.

O uso de medicações foi citado pela maioria dos participantes e a valorização da terapia medicamentosa fica evidente com a fala de P8: *Não deixar de tomar medicação [...]*. Essa manifestação confirma o que relatam Linck *et al* (2008) em um estudo realizado com pacientes com doença crônica, em que a terapia medicamentosa foi colocada como mais relevante em comparação as outras formas de tratamento segundo os entrevistados.

Verificou-se que dois pacientes receberam um manual de orientações destinado para o paciente e seus familiares sobre doença renal. O referido manual foi elaborado pela equipe multidisciplinar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o objetivo de facilitar o entendimento dos pacientes acerca da DRC. É baseado

nas dúvidas dos pacientes e fornece orientações sobre manutenção da dieta, exercícios físicos e uso de medicamentos. Também explica o tratamento conservador, a doença renal crônica e a terapias substitutivas.

Na percepção da pesquisadora esse manual auxilia os pacientes na adaptação ao tratamento, visto que são valorizadas conforme se interpreta nas falas:

Eu ganhei um livrinho das coisas que eu posso comer e tudo. (P6)

Principalmente o sal, eles indicam o que pode, tem um folhetinho que indica. (P7)

O material identificado como “livrinho” e “folhetinho” citado por P6 e P7 representa um papel importante para o melhor entendimento das orientações, pois além de condutas transmitidas verbalmente eles terão as orientações na forma escrita, para que na residência o idoso ou cuidador, com mais calma, possam reforçar as orientações recebidas no Ambulatório de Nefrologia.

Segundo Péres, Magna e Viana (2003) em estudo realizado com pacientes hipertensos, os resultados indicaram que embora tenham recebido orientações verbais pelos profissionais de saúde supõem-se que elas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas.

Durante a pesquisa houve dois pacientes que relataram não receber orientações. Como se evidencia nas falas a seguir:

Aqui eu não tenho orientação. (P1)

Não aqui não me indicam nada. (P2)

Esses pacientes relataram não receber orientações dos profissionais do ambulatório, contudo, no decorrer da entrevista P2 relata: *quem mais restringe as coisas é a nutricionista.*

Por outro lado houve pacientes que além de relatarem as orientações que recebem demonstram compreensão da doença, como se percebe nas falas a seguir:

Eles falaram para controlar a pressão, controlar todas as doenças para não aumentar a doença renal. (P13)

Cuidar do diabetes para não afetar mais os rins, cuidar do sal, é o que mais aumenta a pressão. (P14)

Nas manifestações das idosas P13 e P14 a pesquisadora observou que ambas além de entender as orientações recebidas em relação ao tratamento possuem uma percepção ampliada do tratamento conservador, demonstrando entendimento do motivo para seguir as orientações. A idosa P13, no dia da consulta, apresentava-se com roupas adequadas e aparência limpa e jovem, demonstrando um cuidado de si. É uma paciente que mora sozinha e é responsável pelo próprio cuidado, o entendimento dela sobre a doença e o tratamento a deixam preocupada como evidenciou ao dizer: *Foi bem difícil, fiquei com medo*. Posteriormente relata que se sente melhor após iniciar o tratamento.

Já a idosa P14 é uma senhora que na entrevista relatou cuidar do marido e dos filhos que também possuem doenças crônicas, mostrando-se pró-ativa em relação ao seu cuidado e do seu núcleo familiar. Porém mesmo que P14 manifeste entendimento sobre as orientações ao dizer: *Cuidar do diabetes para não afetar mais os rins [...]* comparando-se sua resposta a questão: “Como é para a senhora saber que tem uma DRC?” Percebe-se que ela demonstra conhecimento insuficiente sobre a doença ao mencionar: [...] *estou atacada dos rins, mas não sinto nada*.

O atendimento realizado por uma equipe multidisciplinar aprimora a compreensão das orientações acerca da DRC e do tratamento conservador. Em um estudo realizado por Santos *et al*(2008) com pacientes com DRC em tratamento conservador atendidos por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais em comparação com o atendimento médico tradicional, os pacientes acompanhados pela equipe interdisciplinar mantiveram-se clinicamente estáveis, sem queixas sugestivas de sintomas urêmicos e com adequado controle de parâmetros cardiovasculares. Além disso, tiveram melhora significativa não somente na qualidade de vida, mas também nos parâmetros clínico-laboratoriais, como anemia, cálcio e redução de peso corporal (SANTOS *et al*, 2008). Esse estudo só reforça a importância de realizar o cuidado de uma forma ampla e interdisciplinar para se obter os melhores resultados na saúde e bem estar dos pacientes idosos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar o significado que idosos com DRC atribuem ao tratamento conservador e a própria doença em suas vidas não constitui uma tarefa simples. No presente estudo a partir das questões apresentadas no instrumento de coleta, os significados que emergiram das manifestações dos idosos foram organizados em quatro categorias, sendo elas: significado do tratamento conservador; o que é saber que tem a doença renal crônica; a rotina do doente renal crônico e entendimento sobre orientações.

Na categoria **significado do tratamento conservador** os conteúdos expressos demonstraram dificuldade de entendimento sobre o tratamento conservador por dois idosos. Os resultados evidenciaram que a maioria dos pacientes idosos atribuiu significados positivos ao tratamento conservador como, por exemplo, a melhora no estado de saúde em virtude do tratamento conservador. Esse significado positivo atribuído ao tratamento foi identificado pela pesquisadora como um fator importante na adesão dos pacientes idosos ao tratamento conservador da Doença Renal.

Porém, parte deles demonstra conhecimento insuficiente a respeito da doença, das comorbidades e do tratamento e mencionaram significados superficiais acerca do assunto. Em relação à DRC, a maioria expressou dificuldade no entendimento e percepção da doença.

Quanto à categoria: **o que é saber que tem a doença renal crônica**, os idosos se diferenciaram entre os que não entendem a doença e não se percebem como doentes, gerando preocupação a pesquisadora, e aqueles que manifestaram entendimento sobre a doença renal crônica e se adaptaram a ela. Embora manifestem entendimento esses idosos demonstraram apreensão com a evolução da doença e medo diante da possibilidade de vir a realizar tratamento dialítico. Essa preocupação manifestada pelos idosos é influenciada por suas percepções em relação ao grau de severidade da doença e às conseqüências que ela pode ocasionar, gerando um significado negativo em suas vidas.

Em vista disso a pesquisadora considera essencial a realização de um atendimento que procure orientar o paciente visando sua compreensão da DRC e do tratamento conservador para que o mesmo se mostre ativo no seu tratamento e

responsável pela sua saúde. Para o paciente idoso alcançar esse objetivo é importante que o profissional de saúde que o acompanha utilize uma linguagem adaptada à realidade do paciente.

Em relação à **rotina dos idosos com DRC**, a maioria dos idosos expressou em seus relatos que seguir integralmente a rotina de acordo com o que é indicado para o tratamento conservador é algo complexo e difícil. Tanto os pacientes que relataram estar adaptados à rotina diária quanto os que se manifestaram negativamente em relação a ela, revelaram que às vezes burlam as recomendações indicadas pelos profissionais de saúde que os atendem.

Os conteúdos manifestos pelos idosos demonstraram que como em outras doenças crônicas a adaptação a uma nova rotina exigida no tratamento conservador provoca mudanças no estilo de vida, o que para um paciente idoso se torna mais complicado. Isso devido ao fato de que o idoso está a muito tempo adaptado a um determinado estilo de vida.

As falas dos idosos confirmaram que a mudança no estilo de vida, como por exemplo, seguir uma dieta mais restrita é o que gera mais dificuldade na rotina deles, visto isso os profissionais de saúde deverão ter um olhar mais ampliado sobre os pacientes idosos, apoiando-os e auxiliando-os na busca de uma melhor adaptação às recomendações do tratamento conservador no cotidiano de cada um. Ou seja, o profissional deve se colocar no lugar do paciente.

Além disso, houve alguns idosos que evocaram a religiosidade e não manifestaram significados sobre a rotina.

Quanto à categoria **entendimento sobre orientações**, a maioria dos idosos manifestou que recebeu orientações relacionadas ao regime de tratamento farmacológico e ao controle da dieta, principalmente, a respeito da diminuição de sal no preparo das refeições. Alguns idosos além de falarem sobre as orientações que receberam também demonstraram conhecimento sobre as doenças associadas à DRC e ao tratamento conservador. A importância das orientações ou condutas indicadas evoca a questão do autocuidado.

Percebe-se que a maioria tenta seguir ao tratamento, mesmo que não se sintam doentes, pois para aqueles que compreendem as conseqüências da evolução da DRC, o medo de realizar um tratamento substitutivo os impulsiona no sentido da aderência ao tratamento conservador. Por outro lado, os pacientes que não se percebem doentes e não compreendem a DRC podem não aderir ao

tratamento, o que pode contribuir para acelerar a progressão da doença. O enfrentamento e aceitação da doença devem ser auxiliados pela equipe multidisciplinar.

Para que o idoso com DRC possa expressar de forma mais profunda o significado que atribui ao tratamento conservador faz-se necessária a utilização pela equipe multiprofissional de uma abordagem de educação em saúde envolvendo aspectos cognitivos, comportamentais e motivacionais na busca da melhor compreensão dos idosos sobre a DRC e o tratamento conservador. Aliado ao fato de que o idoso com DRC em tratamento conservador é um paciente que recebe atendimento regular por um período longo, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, deve buscar junto ao paciente a promoção de comportamentos que favoreçam sua saúde.

Além disso, é preciso avaliar o idoso de forma singular, pois cada indivíduo é formado por suas crenças, cultura e conhecimento. Baseado nisso o profissional de saúde deve considerar as peculiaridades de cada paciente e auxiliar o idoso de forma mais específica.

O enfermeiro possui um papel fundamental nesse contexto, pois como educador pode orientar da melhor forma o paciente para que o mesmo compreenda a DRC e perceba a importância do tratamento conservador e desse modo possa aumentar sua competência para exercer o autocuidado. O enfermeiro também deve fornecer apoio ao paciente idoso, pois muitas vezes este tem dificuldades para se adaptar ao tratamento bem como em aceitar a doença como crônica, visto que no início sintomas e sinais da DRC são despercebidos.

O número de pacientes idosos com DRC deverá crescer cada vez mais, em decorrência do aumento da expectativa de vida. Desta forma o suporte oferecido pelos profissionais de saúde deve aumentar quantitativamente e qualitativamente. O suporte oferecido pelas equipes de saúde aos pacientes com doenças crônicas deve crescer cada vez mais. De acordo com a organização WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2011) as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, respondendo por 60% das mortes.

A partir dos resultados desse estudo a pesquisadora sugere como contribuição que a equipe multidisciplinar do Ambulatório de Nefrologia realize reuniões periódicas para discutir as melhores estratégias e intervenções no atendimento aos pacientes em tratamento conservador. Também sugere que seja

realizado um grupo de pacientes e familiares coordenado por um profissional da equipe saúde no horário que antecede as consultas do ambulatório, criando oportunidade para a entrega aos pacientes do Manual de Orientações para o tratamento da DRC, documento criado pela equipe, o que certamente contribuiria para o melhor entendimento da doença e do tratamento para preservar a função renal.

Finalizando, pode-se confirmar o que as autoras Smeltzer e Bare (2009) nos estudos que trabalham com pessoas com doença crônica exige de parte da equipe de saúde e principalmente, do enfermeiro uma abordagem holística para o cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA H. O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Com. Ciências Saúde**. v. 18, n. 1, p:57-67, 2007. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf. Acesso em: 12 maio 2011.
- ASSUNÇÃO, Thaís Silva e URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.13 s.2 Rio de Janeiro dec. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900024&lng=pt >. Acesso em: 14 nov. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Departamento de Atenção Básica. - Brasília :2006.
- BREGMAN, R. Doença renal crônica. In: BARROS E, GONÇALVES, L.F, TAVARES A. **Nefrologia**. Porto Alegre. Artmed; 2007. p. 211-31.
- _____. Prevenção da Progressão da Doença Renal Crônica (DRC) **J Bras Nefrol**, v. 26, n. 3, p. 11-15, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br> >. Acesso em: 05 nov. 2010.
- BUGALHO, A., CARNEIRO, A. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa, 2004. Disponível em:http://www1.ratiopharm.com/pt/pt/pub/empresa1/destaques/ades_o_terap_utica_cfm . Acesso em 20 maio 2011.
- CALDAS, M. L.R. O rim e as repercussões anatômicas e histológicas do envelhecimento. In: WERNECK de CARVALHO, FRANCISCO JOSÉ (Ed.) **Nefrologia em Geriatria**. Rio de Janeiro:Ed. Rubio, 2008.
- DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- DRAIBE, S.A., CENDORO GLO, M. Tratamento conservador da insuficiência renal crônica/ Treatment conservative of the chronic renal insufficiency. **Revista Diagnóstico e tratamento**, v. 6, n.2, p. 17-23, 2001. Disponível em: < [http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed2/rdt%206\(2\)17_23.pdf](http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed2/rdt%206(2)17_23.pdf) >. Acesso em: 08 jul. 2010.
- FREITAS, E. V. Epidemiologia do envelhecimento. In: WERNECK de CARVALHO, FRANCISCO JOSÉ (Ed.) **Nefrologia em Geriatria**, Rio de Janeiro:Ed. Rubio, 2008.

GOLDIM, J. R. **Ética aplicada à Pesquisa em saúde**. Incluído em 1997 e atualizado em 2005. Disponível em: < <http://www.bioetica.ufrgs.br/biopesrt.htm> >. Acesso em: 20 ago. 2010.

GRICIO TC, KUSUMOTA L, CÂNCIDO ML. Percepções e conhecimentos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. **Rev. Eletr. Enf**, v. 11, n.4, p.884-93, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a14.pdf> .Acesso em 08 abr. 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese dos indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2009/indic_sociais_2009>. Acesso em: 18 ago. 2010.

JONES, C. et al. Decline in kidney function before and after nephrology referral and the effect on survival in moderate to advanced chronic kidney disease. **Nephrol Dial Transplant**, v. 21, p. 2133–2143. 2006. Disponível em: <<http://ndt.oxfordjournals.org/content/21/8/2133.full.pdf+html> >. Acesso em: 20 out. 2010.

KNAUTH, D. Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar. In: LEAL, O. F. (org.). **Antropologia do corpo e da saúde 1. Cadernos de Antropologia**, n. 5, Porto Alegre, 1992.

LINCK, C.L. *et al.* Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. **Acta Paul Enferm**, v. 21, p. 317-22, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a14v21n2.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, H.B., KOELLN, C.R. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 23, n. 1 p. 121-134, 2009.

MARIANI, E., FORTES, R. Abordagem preventiva da doença renal crônica. In: LIMA, E. X., SANTOS, I. **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 2004.

OLIVEIRA, T.C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10, n.4, 2002.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos e BREGMAN, Rachel. Características de Clientes com Doença Renal Crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Rev. enfermagem UERJ**, v.14, n.3, p. 434-439. 2006.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da Teoria de Orem. **Rev. enfermagem UERJ**, v.13 n.2. 2005.

PÉRES, D. S., MAGNA, J. M., VIANA L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.5:, p. 635-42, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102003000500014&script=sci_pdf&tlng=pt > . Acesso em: 10 abr. 2011.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIELLA, M.C. O rim no paciente idoso. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SANTANA, M.G. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades**. Pelotas- Florianópolis: Ed. Universitária/UFPEL, 2000.

SANTOS Zélia Maria de Sousa Araújo et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SANTOS, Fabiane Rossi dos *et al.* Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. **Rev. psiquiatr. clín**, v.35, n.3, p. 87-95. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300001 >. Acesso em: 10 out. 2010.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. V. 3, 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise SBN 2008**. Total de pacientes em tratamento dialítico por ano. Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censoSBN2008> >. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Diretrizes Brasileiras de Doença renal Crônica: prevenção da progressão da doença renal crônica. **Jornal Bras Nefrol**, v.26, n.3, s.1, 2002. Disponível em: < <http://www.sbn.org.br> >. Acesso em: 20 out. 2010.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Revista enfermagem UERJ**, v.17 n.3, p.388-393, jul.set. 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf>> . Acesso em: 12 ago. 2010.

WALDMAN, B.F. **O enfoque cultural no processo de educação em saúde**. 1999. 166p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

WERNECK, C. F. J.; CARVALHO CAMPOS, H. B. Insuficiência renal crônica. In: WERNECK de CARVALHO, FRANCISCO JOSÉ (Ed.) **Nefrologia em Geriatria**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

WILLE, O. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertensão**, v.13 p. 30-40, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases**, 2010. Disponível em: < http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/>. Acesso em: 20 jun. 2011.2002.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, solicitamos que assine este documento, que está sendo apresentado em duas vias. O senhor (a) ficará com uma via do documento e a outra ficará com o pesquisador que realizará a entrevista. Ressaltamos que a qualquer momento o senhor (a) poderá esclarecer dúvidas ou pedir mais informações junto aos pesquisadores, bem como junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Informamos que o senhor (a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo. No caso de possível desistência salientamos que não haverá prejuízo em sua assistência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, como em nenhuma outra instituição. Também informamos que o senhor (a) não terá nenhum custo financeiro como participante do estudo.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder verbalmente quatro perguntas, durante uma entrevista individual realizada com a pesquisadora Ângela Maria Bagattini, com duração aproximada de 20 minutos. Provavelmente, a entrevista poderá causar-lhe algum desconforto, o que poderá representar ônus para o senhor (a) visto que precisará permanecer mais algum tempo no Ambulatório de Nefrologia no dia de sua consulta. Entretanto a pesquisadora estará atenta a sua necessidade de interromper a entrevista, se, por exemplo, o senhor (a) manifestar, por qualquer motivo, vontade de interromper a atividade.

Título do Projeto: O significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica.

Pesquisador Responsável: Profª. Beatriz Waldman

Contato: Escola de Enfermagem UFRGS, Porto Alegre, fone: (51)3308-5256.

Residencial: (51)3311-9236. Celular: (51)99617927.

Pesquisadores participantes: Ângela Maria Bagattini – Acadêmica do Curso de Enfermagem da Escola de enfermagem da UFRGS.

Contato: Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, fone: (51)3308-5256. Residencial: (51)3328-9280. Celular: (51)9934288.

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 3359-8304

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

26, 04, 2011

110073 TAV

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Essa pesquisa tem como objetivo conhecer o significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica. A coleta das informações será realizada por meio de entrevista individual, com perguntas sobre o tratamento conservador com duração aproximada de 20 minutos. A entrevista será gravada em aparelho MP3. Todas as informações obtidas nesse estudo serão utilizadas com finalidade científica. Os dados de identificação dos participantes serão preservados e todo material utilizado será destruído passado cinco anos da divulgação desse estudo. Esse estudo contribuirá para uma melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre o significado do tratamento conservador para os pacientes e assim aperfeiçoar a assistência de saúde ao idoso com doença renal crônica.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, RG _____ abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) de forma clara e detalhada sobre o objetivo dessa pesquisa, bem como que serei entrevistado pela acadêmica Ângela Maria Bagattini, de forma individual, sigilosa, em ambiente privado, com a possibilidade de ter meu acompanhante presente durante a entrevista. Fui informado de que como possível ônus relativo ao aceite desse convite está o tempo que estarei disponibilizando para a realização da entrevista. Fui informado de que não terei nenhum custo de ordem financeira. Também fui informado dos benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso possa representar interrupção da assistência/tratamento que venho recebendo nessa instituição. Declaro que me foi entregue uma via deste documento por mim assinado concordando em participar do referido estudo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante ou responsável: _____

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

26/04/2011

110073TAV

Entrevistador: Ângela Maria Bagattin – Acadêmica do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Assinatura do entrevistador: _____

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA
26, 04, 2011
110073 TAV

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

1- Características do Paciente

Data da entrevista: -/-/

Sigla:	Idade:
Estadiamento da DRC:	Estado civil:
Doenças de base e comorbidades:	Com quem mora?
Tipo de tratamento que realiza:	Atividade de lazer?
Tempo de tratamento:	

2- Questões sobre o significado do tratamento conservador

1-	Como é para o senhor (a) estar fazendo este tipo de tratamento?
2-	Como é para o senhor (a) saber que tem uma doença crônica nos rins?
3-	Descreva, por favor, quais as orientações que o senhor (a) vem recebendo nesse Ambulatório.
4-	Conte-me como é para o senhor (a) “viver” sua rotina diária com esse tratamento?

ANEXO A- Carta de aprovação da COMPESQ- EEUFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO


Projeto : 058/2010
Versão Mês: 12/2010

Pesquisadores: Ângela Maria Bagattini e Profa. Beatriz Waldman

Título: O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O PACIENTE IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 27 de dezembro de 2010.


 Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
 Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
 Coordenadora Compesq


ANEXO B- Carta de aprovação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA)



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110073

Versão do Projeto: 01/04/2011

Versão do TCLE: 07/04/2011

Pesquisadores:

ANGELA MARIA BAGATTINI

BEATRIZ FERREIRA WALDMAN

Título: O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O PACIENTE IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 26 de abril de 2011.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA