

*AS DEMANDAS DE CUIDADO DO IDOSO
COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA*

Caren da Silva Jacobi¹

Margrid Beuter²

Claudia Regina Maldaner³

Camila Castro Roso⁴

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini⁵

Claudeli Mistura⁶

Margot Agathe Seiffert⁷

1 Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: cahjacobi@gmail.com

2 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da UFSM, vinculada ao Departamento de Enfermagem. E-mail: margridbeuter@gmail.com

3 Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Cardiologia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). E-mail: claumaldaner@yahoo.com.br

4 Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: camilaroso@yahoo.com.br

5 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFSM, vinculada ao Departamento de Enfermagem. E-mail: nara.girardon@gmail.com

6 Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade de Cruz Alta (Unicruz), vinculada ao Departamento de Enfermagem. E-mail: claumistura@gmail.com

7 Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Professora do Instituto Federal Farroupilha (IFF) de Santo Ângelo. E-mail: margotenfer@gmail.com

resumo

Objetivou-se descrever as demandas de cuidado do idoso com insuficiência renal crônica em tratamento conservador. Trata-se de uma revisão narrativa de artigos científicos publicados *online*. A busca ocorreu em janeiro de 2013 nas bases de dados LILACS e MEDLINE sem recorte temporal. Utilizaram-se os descritores: "Insuficiência Renal Crônica" and "Idoso" e a palavra "tratamento". Os dados foram submetidos a análise temática. Emergiram as categorias: o cuidado profissional e a participação da família no tratamento conservador. Destaca-se a importância de abranger a família no cuidado dos idosos com insuficiência renal crônica e na decisão da modalidade de tratamento. Salienta-se a necessidade de melhorar a qualidade das orientações dos profissionais e inserir a atuação multiprofissional de forma significativa no tratamento conservador, além de capacitar profissionais da atenção básica para identificação precoce da doença renal.

palavras-chave

Insuficiência Renal Crônica. Idoso. Enfermagem. Família. Doença Crônica.

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Atualmente, o Brasil possui aproximadamente 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 2025, os idosos representarão 32 milhões de indivíduos. Nesse período, o país ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa (BRASIL, 2012). O aumento de idosos somado às modificações inerentes ao envelhecimento e às mudanças na alimentação e nas atividades físicas deu origem ao crescimento das doenças crônicas. Estas perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Dentre as doenças crônicas, ressalta-se a insuficiência renal crônica (IRC), que, comumente, acomete pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). A manifestação inicial da doença renal ocorre com o aumento da excreção urinária de albumina. No decorrer da doença, sucedem a diminuição da função renal e a evolução para insuficiência renal

crônica (BRASIL, 2006). A IRC refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e, geralmente, irreversível da filtração glomerular (RIELLA, 2010).

O tratamento da IRC pode ser conservador, dialítico ou por transplante renal. O tratamento conservador é, na maioria das vezes, acompanhado em ambulatórios de nefrologia. Esta terapia almeja retardar a progressão da IRC, preservando a função renal e promovendo suporte psicológico, informações sobre a doença e tratamento ao paciente e seus familiares (CANHESTRO, 2010). Além disto, prepara o paciente para iniciar a diálise e melhora o perfil clínico e a qualidade de vida (PACHECO, 2007). Esta forma de tratamento exige controle da pressão arterial, correção da anemia, controle de glicemia e obesidade, dieta com restrição salina e proteica, manejo de substâncias nefrotóxicas, controle do tabagismo e hábitos saudáveis de vida (RIELLA, 2010).

O tratamento conservador da IRC procura possibilitar, dentre outros benefícios, a redução do número de hospitalizações, melhora no controle da doença e no preparo para a diálise. Conseqüentemente, o tratamento pode gerar o avanço na adesão aos cuidados e/ou orientações (SANTOS, 2008).

Neste âmbito, os profissionais podem desenvolver ações educativas com os pacientes e seus familiares, enfatizando a compreensão dos cuidados necessários para manter a qualidade de vida apesar das modificações na sua rotina (PACHECO, 2005). Estas intervenções podem ocorrer por meio do cuidado interdisciplinar de modo a obter uma melhora na qualidade do atendimento ao idoso nefropata e a sua família.

Salienta-se que, ao tratar de idosos, deve-se lembrar de que o envelhecer leva ao surgimento de demandas de cuidado resultantes de alterações provocadas pela ação normal deste processo. A capacidade do corpo de manter a homeostasia com a progressão da idade torna-se diminuída. Além disto, as mudanças nos padrões de vida são inevitáveis ao longo da existência de todo ser humano (SMELTZER, 2012). Essas alterações e os défices, conseqüentes à redução cognitiva do idoso, ocasionam a diminuição ou a perda das habilidades em desenvolver atividades de vida diária (OLIVEIRA, 2007). Desta forma, quando o idoso é portador de doenças crônicas, ele pode possuir demandas de cuidado diferenciadas daquelas de um idoso considerado saudável.

A partir do exposto, identificou-se a necessidade de discutir acerca do idoso em tratamento conservador da IRC. Para tanto, desenvolveu-se um estudo de revisão narrativa com a seguinte questão norteadora: quais as demandas de cuidado do idoso em tratamento conservador da IRC? Para responder a este questionamento, objetivou-se descrever as demandas de cuidado do idoso com insuficiência renal crônica em tratamento conservador.

2 Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, a qual busca descrever e discutir acerca do desenvolvimento de determinado assunto, permitindo adquirir e atualizar o conhecimento de uma temática específica (ROTHER, 2007). A busca foi desenvolvida no mês de janeiro de 2013 na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foi utilizado o formulário avançado com os descritores: “Insuficiência Renal Crônica” and “Idoso” e a palavra: “tratamento”. Não foi determinado recorte temporal. A busca inicial resultou em 188 publicações, às quais foram aplicadas os seguintes critérios de inclusão: somente artigos, publicados em inglês, português ou espanhol, disponíveis na íntegra online gratuitamente. Para o acesso ao texto completo, foram utilizados os seguintes recursos: link disponível diretamente na base de dados, busca no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), buscador Google e busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado. Das publicações localizadas, 141 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após a leitura dos títulos e resumos, a fim de realizar o recorte temático dos artigos relacionados ao tratamento conservador da IRC, restaram 14 artigos, os quais constituem o corpus da análise do estudo.

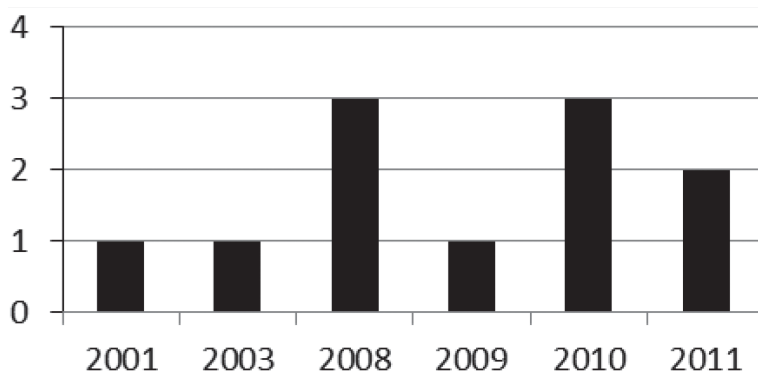
O processo de análise foi desenvolvido por meio da análise temática (MINAYO, 2010), que possui três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. Na primeira fase, realiza-se a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado. Nesta etapa, foram desempenhadas leituras exaustivas do material, organizando-o em um quadro analítico composto pelos itens de caracterização (referência completa do artigo e tipo de estudo) e descrição (profissão dos autores, sujeitos, cenário, objetivo, resultados e considerações). Em decorrência da leitura exaustiva dos estudos, desenvolveu-se, também, a codificação para agrupar os achados. Definiram-se as unidades de registro (palavras, frases, orações, temas e acontecimentos), as unidades de contexto (contexto do qual faz parte o trecho do texto) e os trechos mais significativos. Assim, foram elaboradas as categorias temáticas, caracterizando-se a segunda etapa da análise de exploração do material. A partir dos trechos selecionados, os dados qualitativos dos estudos foram ilustrados em quadros cromáticos da composição das categorias de análise, e os dados quantitativos expostos na

maneira de frequência absoluta e relativa. Para finalizar a análise, procedeu-se a última fase realizando-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação de cada categoria com literatura pertinente à temática.

3 Resultados e discussões

Quanto à distribuição dos artigos analisados (14), constatou-se que 78,6% (11) são de pesquisa de campo e 21,4% (3) de pesquisa bibliográfica. No que se refere ao ano de publicação, destaca-se 2008, 2010 e 2012, os quais tiveram o maior número de estudos publicados (Gráfico 1). Dentre os artigos de pesquisa de campo, os cenários dos estudos foram ambulatoriais de nefrologia, banco de dados de clínicas e centros especializados de assistência à doença renal crônica. Percebeu-se que todos os estudos nacionais foram realizados em ambulatoriais de hospitais públicos de ensino, já os estudos internacionais foram desenvolvidos em clínicas privadas em razão da ausência de um sistema público de saúde.

Gráfico 1 - Distribuição por ano do número de publicações.



A medicina foi a profissão que se destacou na autoria das publicações, com 78,6% (11) do desenvolvimento dos estudos, seguida por 14,3% (2) da enfermagem e 7,1% (1) da equipe multidisciplinar. Com a análise dos resultados dos artigos, emergiram duas categorias: cuidado profissional aos idosos em tratamento conservador da IRC e a participação da família no tratamento conservador de idosos com IRC.

3.1 O cuidado profissional aos idosos em tratamento conservador da IRC

Nesta categoria, emergiu a necessidade do cuidado profissional com os pacientes e seus familiares, tais como: necessidade dos profissionais de realizarem orientações acerca do tratamento conservador da IRC e das terapias renais substitutivas (TRS) com linguagem acessível aos pacientes e a suas famílias; necessidade da atuação multiprofissional associada aos pacientes idosos em tratamento conservador da IRC; necessidade dos profissionais de proporcionarem orientações considerando o contexto histórico-social do paciente/idoso; e necessidade dos profissionais da atenção básica de identificarem precocemente a IRC e auxiliar no tratamento.

No caso da não adesão à terapia medicamentosa, 68,5% dos indivíduos não sabiam dos riscos de serem submetidos à TRS, além de possuírem pouca informação sobre os efeitos adversos que os remédios podem lhes causar (MOREIRA, 2008). O acompanhamento frequente do tratamento feito pelos profissionais pode ser uma estratégia para auxiliar na adesão à terapêutica. Esta tática não deve ser vista apenas como o controle da administração de medicamentos, mas como um conjunto de ações que promovam o envolvimento do profissional, do paciente e dos familiares (MALDANER, 2008).

O DM e a HAS, quando não tratados adequadamente, podem afetar a função renal. Assim, as orientações dos profissionais tornam-se os principais aspectos da gestão da HAS em pacientes com IRC (GRICIO, 2009; LEVIN, 2008). A carência na adesão pode ocorrer devida a pouca clareza das informações proporcionadas pelos profissionais de saúde. A formação destes ainda é, em muitas instituições, focada no modelo biomédico, no qual não é dada a devida importância a conversas horizontais com o paciente e, dificilmente, é revelada a relevância da inclusão da família no tratamento. Muitas vezes, o diálogo entre profissional e paciente é incompatível, o que proporciona orientações insuficientes.

O déficit de orientações prejudica a saúde e, deste modo, os idosos evidenciam insegurança com o tratamento indicado pelos profissionais (OLIVEIRA, 2003). O paciente diabético carece de acompanhamento educativo oferecido de forma clara, em uma linguagem compreensível e simples, e compatível com sua realidade buscando identificar seus conhecimentos prévios e suas necessidades em relação à doença (PACHECO, 2006).

Estudo (TORRES, 2009) com pacientes em tratamento conservador da IRC mostrou a prevalência do DM e HAS, o que expõe a necessidade de estratégias

de educação em saúde e novas maneiras de enfoque aos pacientes diabéticos e hipertensos a fim de diminuir a morbidade e a mortalidade relacionada à IRC e a suas complicações.

Os estudos analisados mostraram que há necessidade de um cuidado multiprofissional e/ou interdisciplinar com esses pacientes, incluindo: nefrologista, nutricionista, assistente social, enfermeiro e psicólogo, além da família do paciente. Porém, isto ainda não acontece na maioria dos serviços de assistência à pessoa idosa com IRC (GRICIO, 2009; LEVIN, 2008; LATOS, 2011). Apenas 20% dos pacientes tiveram acompanhamento nutricional e 5% psicológico, sendo que este acompanhamento não era totalmente realizado pelo serviço de referência. O acompanhamento ambulatorial visa, também, preparar os pacientes para iniciar a diálise quando o tratamento conservador tornar-se insuficiente na manutenção da IRC. A escolha da modalidade de diálise depende das condições e indicações de cada paciente e da avaliação da equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar, considerando a preferência do paciente e da família e observando a situação física, psicológica, social e espiritual do paciente (GRICIO, 2009; LEVIN, 2008; LATOS, 2011).

As intervenções precisam ter enfoque holístico ao paciente por meio de equipes interdisciplinares. Assim, pode-se obter uma melhor qualidade do atendimento e, conseqüentemente, uma melhor adesão ao tratamento. O trabalho em equipe interdisciplinar tem, como base, intervenções psicoeducacionais. Estas intervenções podem trazer diversos benefícios como repercutir na redução no número de hospitalizações e na melhora dos níveis de hemoglobina, da pressão arterial e do equilíbrio metabólico, além de uma melhor preparação psicológica para iniciar TRS (SANTOS, 2008).

A atenção interdisciplinar tem como premissa primordial que pacientes com doenças complexas, como a nefropatia, necessitem de tratamento especializado realizado por diferentes profissionais da saúde. O modelo de atendimento interdisciplinar, ao oferecer informações aos cuidados necessários, de forma abrangente e organizada, parece ser a melhor forma de tratar a doença renal (BASTOS, 2011).

As orientações para pacientes e seus familiares devem envolver todas as opções de tratamento da IRC para, então, propiciar que estas pessoas discutam as vantagens e desvantagens de cada modalidade. O tratamento conservador deveria ser apresentado como uma opção de terapia com o mesmo grau de entusiasmo que, tradicionalmente, tem sido usado para encorajar os pacientes a iniciar TRS (LATOS, 2011). A discussão e preparo para a TRS exige esforço e tempo dos profissionais, porém é parte integrante do tratamento conservador da IRC.

Davison (2008) realizou estudo no qual mostrou que os idosos são considerados os mais vulneráveis à hemodiálise, pois possuíam déficit cognitivo e cultura de respeito ao profissional de saúde. A decisão sobre o tipo de terapia substitutiva era tomada por este profissional, o qual, geralmente, não considerava o entendimento e o estado cognitivo do idoso para iniciar a diálise, desrespeitando, assim, a autonomia deste.

A escolha acerca do início da diálise deve considerar as comorbidades, autonomia e benefícios da terapia aos idosos. A sobrevida de idosos que estão em diálise foi de 84%, em contraponto com aqueles em tratamento conservador da IRC que tiveram uma sobrevida de 68% embora as taxas de mortalidade de pacientes em diálise sejam altas e continuam sendo menores que aquelas de pessoas tratadas conservadoramente (DAVISON, 2008; LATOS, 2011). Entretanto, a qualidade de vida de pacientes idosos em diálise é consideravelmente menor do que aqueles em tratamento conservador, os quais têm incidência de hospitalizações um terço menor do que os em diálise (LATOS, 2011).

As orientações para pacientes em tratamento conservador exigem que os profissionais de saúde tenham conhecimento do sistema de cuidado que o idoso constrói para que a intervenção se volte principalmente para o setor familiar, onde as doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas (OLIVEIRA, 2003). O idoso possui hábitos de vida estabelecidos ao longo de sua existência como o uso de chás e remédios caseiros, portanto, torna-se essencial a compreensão deste contingente na prática de cuidado preventivo na doença renal (OLIVEIRA, 2003).

A educação em saúde para pacientes renais crônicos deve fundamentar-se na identificação das suas necessidades e expectativas, na troca de saberes e não na imposição. Se os profissionais realizarem esta atividade de forma recíproca, possibilitarão que os pacientes se tornem elementos efetivos do processo de cuidar, contribuindo para a adesão ao tratamento (FREITAS, 2010).

Neste contexto, os estudos analisados expressam que os pacientes iniciam o tratamento quando já estão com IRC instalada, demonstrando a relevância de uma avaliação precoce e adequada na atenção básica, isto porque os pacientes idosos geralmente procuram atendimento não especializado, contribuindo para a evolução da doença (OLIVEIRA, 2003; BREGMAN, 2010). Muitos pacientes apresentam sinais de anemia, sintoma comum na IRC, porém os profissionais da atenção primária, muitas vezes, não associam este sintoma à doença renal (BREGMAN, 2010; CARVALHO, 2001).

A prevalência da IRC em idosos gera preocupação ao considerar-se os riscos associados a esta doença como a alta morbidade e a mortalidade cardiovascular (NAHAS, 2010; DALRYMPLE, 2011). Os fatores de risco associados

à mortalidade de idosos com IRC abrangem idade avançada, sexo masculino, índice de massa corporal menor que 18,5kg/m² e, principalmente, o uso de tabaco (DALRYMPLE, 2011). Pacientes que possuem IRC e fumam têm risco de níveis de hemoglobina elevados, elevação da pressão arterial, risco de morte, e de ter a função renal deteriorada rapidamente (INRIG, 2012). Há também, a alta prevalência de dislipidemia entre os pacientes em todas as fases da IRC (LEVIN, 2008), além do declínio da taxa de filtração glomerular dos idosos que está associado à aterosclerose (NAHAS, 2010), evidenciando que a triagem, avaliação e a intervenção na atenção básica são necessárias para o ajuste dos parâmetros lipídicos. Para isto, a atenção primária precisa oferecer assistência a esses pacientes por meio de profissionais qualificados, sejam eles nutricionistas, médicos ou enfermeiros.

As equipes de saúde da família podem ser facilitadoras na identificação dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco para doença renal crônica, pois atuam nas comunidades e permanecem próximas aos usuários. No momento em que as equipes identificam precocemente a doença renal, poderiam encaminhar estes pacientes para avaliação nefrológica mais detalhada e, assim, melhorar a sobrevida. Caso seja confirmado o diagnóstico, a equipe pode acompanhar o paciente por meio de visitas domiciliares e assegurar que os cuidados necessários sejam realizados durante o tratamento.

3.2 A participação da família no tratamento conservador de idosos com IRC

A análise dos artigos apontou a participação da família como uma das demandas para o cuidado do idoso em tratamento conservador da IRC. Este achado se relaciona com a responsabilidade da família perante o tratamento e a importância do profissional abranger estas pessoas no processo de cuidado. Nesta categoria, foram identificados: a influência do nível de conhecimento sobre o tratamento, o papel da família no processo de decisão quanto ao tratamento do idoso, e o tratamento das doenças de base da IRC. Cabe destacar que nenhum dos estudos analisados teve como sujeito a família: o foco foi o paciente, o qual fez referência à participação dos familiares no tratamento.

O nível de conhecimento do idoso interfere no entendimento das orientações oferecidas pelos profissionais de saúde. Nos estudos analisados, predominou o nível de escolaridade do ensino fundamental incompleto. Os pacientes demonstravam pouco entendimento sobre o tratamento que estavam realizando, de modo a não garantir a utilização correta e segura de medicamentos e outros

cuidados, como as restrições alimentares impostas pelo tratamento conservador (GRICIO, 2009; MOREIRA, 2008). Corroborando com este fato, Santos (2008) identificou que 79% dos pacientes de ambos os sexos possuíam apenas o ensino fundamental, e que isto influenciava na percepção dos indivíduos sobre o trabalho realizado pela equipe multiprofissional. A baixa escolaridade pode interferir na compreensão da importância do autocuidado. Desta realidade, surge, então, a necessidade de uma abordagem educativa aos pacientes a fim de esclarecer acerca da doença e estimular a participação destes no seu tratamento (MALDANER, 2008).

Os estudos revelaram que a maioria dos pacientes idosos reside com a família. Este fato é visto como um aspecto positivo, pois, muitas vezes, a progressão da IRC exige cuidados devido à dependência física, social e emocional (GRICIO, 2009) que o idoso pode apresentar. O paciente constrói seus significados relacionados à doença, ao tratamento e aos cuidados que a IRC demanda a partir de fatores internos e externos constituídos pela família, pelos amigos e tudo o que cerca seu cotidiano. A família e amigos possuem um papel essencial na compreensão do trajeto que o tratamento da IRC percorrerá. Os idosos buscam cuidados, primeiramente, no saber cultural popular ou familiar como a procura por benzedeadas, rezas ou chás e estes cuidados são mantidos durante o tratamento profissional, o qual somente é buscado quando os idosos se sentem doentes. Assim, os cuidados à saúde do idoso em tratamento conservador da IRC são desenvolvidos de acordo com o conhecimento, a cultura e o meio social da família (OLIVEIRA, 2003).

Dentre os fatores que influenciam na adesão ao tratamento, destacam-se as crenças de saúde, os hábitos culturais e de vida que abarcam a percepção sobre a gravidade da doença e a experiência com ela no âmbito familiar (GUSMÃO, 2006). Pacheco (2005) afirma que uma das bases para diminuir a progressão da IRC é a dieta, a qual deve respeitar a cultura, as condições religiosas e socioeconômicas dos pacientes de modo a assegurar a adesão ao tratamento conservador. A família tem fundamental importância neste processo, pois se organiza para promover mudanças nos hábitos e rotinas a fim de promover o suporte necessário para realizar o cuidado ao membro doente (MARCON, 2009), abrindo mão de algumas preferências para incentivar a adesão.

O tratamento conservador envolve, também, o preparo do paciente para iniciar a TRS (DAVISON, 2008). Pacientes e familiares precisam receber orientações sobre a IRC e suas terapias dialíticas no decorrer da pré-diálise, além de informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de TRS, seja ela hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (SBN, 2011; FORTES, 2006).

Na impossibilidade do idoso decidir sobre o seu tratamento, é importante que a família receba as informações para auxiliar nas decisões e participar da assistência a ele (DAVISON, 2008; LEVIN, 2008). A modalidade terapêutica deve ser escolhida em discussão conjunta para que, assim, a escolha se encaixe na realidade e no estilo de vida do paciente e da sua família (SBN, 2011; FORTES, 2006).

O envolvimento da família desde o início do tratamento conservador tende a melhorar a qualidade de vida do idoso uma vez que eles terão um período maior para compreender os diferentes tipos de tratamento. Desta forma, torna-se possível tomar decisões de maneira tranquila e segura, evitando o sofrimento de uma entrada brusca em TRS (LATOS, 2011).

No que tange ao tratamento da doença de base da IRC, os estudos analisados evidenciaram a presença significativa de HAS e DM nos pacientes idosos com IRC (BREGMAN, 2010; SCHMITT, 2010; CARVALHO, 2001; DALRYMPLE, 2011; LEVIN, 2008; LATOS, 2011). A HAS é considerada a principal causa de IRC no Brasil e também pode ser uma consequência da IRC (LEVIN, 2008), ou seja, há uma relação dupla, pois a nefropatia pode gerar hipertensão arterial e esta doença, tendo etiologia extrarrenal, pode gerar a nefropatia (RIELLA, 2010).

Schmitt (2010), em seu estudo, verificou que apenas 35% dos doentes apresentavam a pressão arterial controlada. O tratamento da HAS não deveria ser uma meta tão difícil de ser atingida já que a terapêutica dessas patologias baseia-se na orientação da dieta e/ou do uso contínuo de medicações (BREGMAN, 2010). Revela-se a importância da modificação ou adaptação na rotina da família quando um de seus membros se depara com a doença. Desse modo, torna-se possível a adesão às orientações como, por exemplo, as restrições alimentares (LOPES, 2009).

Dentre os fatores que podem interferir no seguimento do tratamento, destacam-se as dificuldades econômicas para a compra de medicamentos, o fato de ter apenas um familiar responsável pela assistência e principalmente, a dependência física e emocional do hipertenso (LOPES, 2009). Os idosos, muitas vezes, contam com auxílio de um familiar para tomar regularmente o medicamento, sendo este um fator que auxilia na adesão ao tratamento uma vez que o envelhecimento influencia na diminuição da capacidade cognitiva e na dificuldade em lembrar-se de ingerir remédios na hora e na dose correta (CINTRA, 2010; ROCHA, 2008).

Um estudo averiguou que a adesão ao tratamento diminui com a piora da função renal (SCHMITT, 2010). A partir disso, acredita-se que a participação da família no tratamento seja relevante. A família não é recipiente passivo do

cuidado profissional uma vez que ela assume uma parcela importante dos cuidados com a saúde de seus membros (LOPES, 2009). Torna-se importante a compreensão do paciente e de sua família sobre as orientações do tratamento conservador a fim de propiciar a adesão visando diminuir o ritmo da progressão da IRC e, assim, retardar o início da TRS.

O DM tipo II é uma das principais causas de IRC (GRICIO, 2009; BREGMAN, 2010; CARVALHO, 2001; DALRYMPLE, 2011; LATOS, 2011; INRIG, 2012; HUNG, 2012). É relevante explicar aos pacientes e familiares que o DM descompensado afeta o sistema circulatório, trazendo complicações renais. Estudo desenvolvido por Lenardt et al. (2008) verificou que o entendimento do idoso acerca do tratamento do diabetes é superficial, pois eles levam em consideração apenas o ato de evitar alimentos que contenham glicose. A mudança no estilo de vida e a adesão à terapia medicamentosa, à atividade física, a alterações alimentares e ao acompanhamento glicêmico contínuo não são consideradas pelos idosos como parte da terapêutica.

A carência da adesão ao tratamento da IRC pode levar os idosos a doenças cardiovasculares, as quais são uma das maiores causas de morte em indivíduos idosos com IRC (LEVIN, 2008; LATOS, 2011; HANNA, 2012; HUNG, 2012), perdendo apenas para as doenças de base descompensadas (DALRYMPLE, 2011; LATOS, 2011; HUNG, 2012). Para escolha do tratamento das doenças cardiovasculares, considera-se a função renal e assim, nem sempre é possível oferecer uma terapia adequada à cardiopatia devido o custo-benefício de uma piora da função renal (HANNA, 2012). O índice de massa corporal elevado e o diabetes são considerados fatores de risco para eventos cardiovasculares e para a deterioração da função renal (HANNA, 2012; HUNG, 2012). As complicações decorrentes do DM descontrolado podem indicar que os cuidados com a doença não estão sendo realizados conforme as orientações oferecidas pela equipe de saúde (LENARDT, 2008).

Assim, há necessidade de mudanças no estilo de vida de pacientes em tratamento conservador da IRC como o controle de tabagismo, diabetes, dislipidemia e adesão à terapia medicamentosa (LEVIN, 2008). O tratamento conservador da IRC demanda que os pacientes e familiares adaptem-se dentro de possibilidades à nova rotina de restrições e cuidados (GRICIO, 2009).

O cuidado familiar ao idoso pode ser reflexo da assistência profissional. Se a intervenção do profissional for estendida à família e à consideração de suas necessidades, o cuidado familiar assumirá um caráter holístico e humanizado (LOPES, 2009). Então, surge a relevância da participação da família nas consultas, pois esta é fundamental na adesão destes indivíduos ao tratamento (MEDEIROS, 2011).

É preciso que os profissionais de saúde atentem que as famílias em situação de doença precisam ser esclarecidas e informadas, pois a presença de doença traz a necessidade de adquirir um conjunto de habilidades para lidar com a situação de adoecimento. Cabe aos profissionais envolver e orientar os idosos, juntamente à sua família, quanto aos riscos da não adesão ao tratamento conservador da IRC para que, assim, a família se organize no controle das doenças crônicas e melhore a qualidade de vida do idoso em pré-diálise.

4 Considerações finais

A partir deste estudo, compreende-se que o idoso em tratamento conservador da IRC possui demandas de cuidado profissional e da participação da família. O cuidado profissional mostrou-se como uma demanda de cuidado do idoso, porém há uma carência de orientações realizadas aos pacientes acerca das medicações indispensáveis para o tratamento conservador da IRC. Percebe-se a necessidade dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros, aprimorarem suas orientações, tendo em vista que os idosos não estão compreendendo as orientações ou estas não estão sendo realizadas de forma eficaz.

Identificou-se a necessidade da atuação da equipe multiprofissional com idosos em pré-diálise e suas famílias, pois a doença atinge, além do corpo físico, as questões psicológicas, sociais, econômicas e emocionais. A atuação dos profissionais deve ser pautada no diálogo, podendo utilizar-se de estratégias de educação em saúde para que o idoso realize o tratamento de forma adequada, além de contar com as possibilidades de auxílio da família.

A compreensão dos aspectos culturais que o idoso carrega parece ser necessária para a realização das orientações a fim de adaptar os cuidados aos seus costumes. Há, também, a necessidade de uma capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para que estes saibam identificar a doença renal crônica e os fatores de risco para essa doença, além de incentivar os cuidados daqueles que já possuem a IRC instalada.

Nesse sentido, abranger a família nos cuidados ao idoso pode ajudá-lo a compreender as orientações fornecidas no tratamento pela equipe de saúde. Para que as atividades de educação em saúde sejam efetivas, é preciso que o diálogo entre os profissionais, pacientes e familiares seja acessível ao nível de conhecimento dos indivíduos de modo a adaptar as orientações para a realidade dos pacientes e de suas famílias.

Nas situações em que ocorre a rápida progressão da IRC, tornam-se necessárias as TRS. Assim, cabe aos profissionais da saúde, envolvidos no tratamento conservador, preparar o idoso e sua família para a possibilidade

desse tipo de tratamento. Salienta-se que esse processo faz parte do tratamento conservador, porém, muitas vezes, vem sido feito de maneira insuficiente. A inclusão da família na decisão do tipo de TRS é necessária já que, independente da opção dialítica, haverá modificações na rotina familiar. No caso da escolha pela diálise peritoneal, alguém terá de fazer as trocas das bolsas de duas a três vezes ao dia, já se a opção for a hemodiálise, alguém precisará realizar o transporte do idoso até o local da sessão, além de outras adaptações. Evidencia-se a necessidade de conhecer o funcionamento familiar, além de envolver a família no processo de cuidado do idoso com IRC já que esse é o principal eixo de sustentação do tratamento conservador.

Evidenciou-se que todos os estudos analisados nesta revisão narrativa fizeram referência à carência de publicações acerca do tratamento conservador da IRC, mostrando a necessidade de estudos nesta temática. Também, foi evidenciado o déficit de publicações que tenham as famílias e os familiares como sujeitos de estudo. Entretanto, os estudos já existentes na temática fazem referência à relevância da família para o sucesso do tratamento. Desse modo, torna-se relevante pesquisar este público para tornar possível compreender a sua perspectiva sobre a experiência do tratamento conservador da IRC.

THE DEMANDS OF CARING FOR ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC RENAL FAILURE

abstract

Aimed to describe the demands of caring for the elderly with chronic renal failure on conservative treatment. Methodology: narrative review of scientific articles published online. The search occurred in January 2013 in the databases LILACS and MEDLINE, without time frame. Was used the descriptors: "Chronic Renal Failure" and "Elderly" and the word "Treatment". Data were subjected to thematic analysis. The following categories emerged: professional care and family participation in the conservative treatment. We highlight the importance of including the family in care of the elderly with chronic renal failure and deciding treatment modality. We emphasize the need to improve the quality of professional orientation, insert the multidisciplinary performance significantly in the conservative treatment, in addition to qualify professionals in primary care for early detection of kidney disease.

keywords

Chronic Renal Failure. Aged. Nursing. Family. Chronic Disease.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, jan./mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*, DF: *Estudo - Brasil integrará pesquisa internacional sobre idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7533/162/brasil-integrara-pesquisa-internacional-sobre-idoso.html>>. Acesso em: 6 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16)(Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://busms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes-mellitus.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Associação Brasileira de Nutrologia. *Doença Renal Crônica (Pré Terapia Renal Substitutiva): Tratamento*. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_tratamento.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2013.

BREGMAN, Rachel et al. Hipertrofia ventricular esquerda em pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 85-90, jan./mar. 2010.

CANHESTRO, Mônica Ribeiro et al. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 335-344, jul./set. 2010.

CARVALHO, Francisco José Werneck de; MACHADO, Ângela Maria Euzébio Poubel. Idosos em consulta nefrológica inicial. *Revista Brasileira Clínica e Terapêutica*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 101-104, maio 2001.

CINTRA, Fernanda Aparecida; GUARIENTO, Maria Elena; MIYASAKI, Lilian Akemi. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3507-3515, nov. 2010. Suplemento.

DALRYMPLE, Lorien et al. Chronic kidney disease and the risk of end-stage renal disease versus death. *Journal General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 379-385, Apr. 2011.

DAVISON, Sara; HOLLEY, Jean. Ethical issues in the care of vulnerable chronic kidney disease patients: the elderly, cognitively impaired, and those from different cultural backgrounds. *Advances in Chronic Kidney Disease*, Philadelphia, v. 15, n. 2, p.177-185, Apr. 2008.

FORTES, Vera Lucia Fortunato; GREGGIANIN, Beloni Ozelame; LEAL, Suzete Carbonell. O cuidado de enfermagem ao idoso em terapia renal substitutiva. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 10, p. 91-104, 2006.

FREITAS, Thiago Ferreira de. Enfermagem e ações educativas em portadores de insuficiência renal crônica. *Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 434-437, out./dez. 2010. Suplemento. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1015/pdf_175>. Acesso em: 09 ago. 2012.

GRICIO, Tatiana Camila; KUSUMOTA, Luciana; CÂNCIDO, Marília de Lima. Percepções e conhecimentos de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 884-893, 2009.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION, Décio Junior. Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HANNA, Elias et al. Characteristics and in-hospital outcomes of patients presenting with non-ST-segment elevation myocardial infarction found to have significant coronary artery disease on coronary angiography and managed medically: stratification according to renal function. *American Heart Journal*, Saint Louis, v. 164, n. 1, p. 52-57, July 2012.

HUNG, Adriana et al. Comparative effectiveness of incident oral antidiabetic drugs on kidney function. *Kidney International*, New York, v. 81, n. 7, p. 698-706, Apr. 2012.

INRIG, Julia et al. Effect of hemoglobin target on progression of kidney disease: a secondary analysis of the CHOIR (Correction of Hemoglobin and Outcomes in Renal Insufficiency) Trial. *American Journal of Kidney Disease*, New York, v. 60, n. 3, p. 390-401, Sep. 2012.

LATOS, Derrick; LUCAS, Jessica. Geriatric nephrology: a paradigm shift in the approach to renal replacement therapy. *Advances in Chronic Kidney Disease*, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 412-409, Nov. 2011.

LENARDT, Maria Helena et al. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 313-320, abr./jun. 2008.

LEVIN, Adeera et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 179, n. 11, p. 1154-1162, Nov. 2008.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 443-450, jun. 2009.

MALDANER, Claudia Regina et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-653, dez. 2008.

MARCON, Sonia Silva et al. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. *Ciência Cuidado Saúde*, Maringá, v. 8, p. 70-78, 2009. Suplemento.

MEDEIROS, Maria Carolina Wanderley Costa de; SÁ, Maria da Penha Carlos de. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Leonardo Barbosa et al. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 315-325, abr./jun. 2008.

NAHAS, Meguid El. Cardio-kidney-damage: a unifying concept. *Kidney International*, New York, v. 78, n. 1, p. 14-18, July 2010.

OLIVEIRA, Débora Regina de; LENARDT, Maria Helena; TUOTO, Fernanda Spiel. O idoso e o sistema de cuidado a saúde na doença renal. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 49-58, out./dez. 2003.

OLIVEIRA, Simone de Freitas Duarte et al. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 81-89, jan./abr. 2007.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos; BREGMAN, Rachel. Características de doentes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 434-439, jul./set. 2006.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos; BREGMAN, Rachel. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 44-51, mar. 2007.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos. Cuidar de cliente em tratamento de doença renal crônica: apropriação da Teoria de Orem. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 257-262. maio/ago. 2005.

RIELLA, Miguel Carlos. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, Cristiane Hoffmeister et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 703-710, 2008. Suplemento.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr./jun. 2007.

SANTOS, Fabiane Rossi dos et al. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 87-95, 2008.

SCHMITT, Kristen E. et al. Adherence to antihypertensive agents and blood pressure control in chronic kidney disease. *American Journal of Nephrology*, Chicago, v. 32, n. 6, p. 541-548, Dec. 2010.

SMELTZER, Suzane et al. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TORRES, Heloisa de Carvalho et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, abr. 2009.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, maio/jun. 2009.

Recebido: 14/05/2013
Aceite Final: 09/12/2014

