



Artigo Original

ASPECTOS CLÍNICOS DAS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO CONSERVADOR

CLINICAL ASPECTS OF PEOPLE WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN CONSERVATIVE TREATMENT

ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CONSERVADOR

Camila Castro Roso¹, Margrid Beuter², Jamile Lais Bruinsma³, Júlia Heinz da Silva³, Arlete Maria Brentano Timm⁴, Macilene Regina Pauletto⁴

Objetivou-se descrever os aspectos sociais e clínicos das pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador em um ambulatório de uremia da região Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa descritiva, desenvolvida com 15 pessoas. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2011, por meio da análise documental e entrevista narrativa de vivências. A idade variou de 19 a 85 anos e evidenciou-se que grande parte dos participantes tem como doença de base a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Conclui-se que as alterações laboratoriais estão relacionadas à piora da função renal, agravamento das doenças cardiovasculares e aumento da morbidade e mortalidade. O tratamento conservador reduz o ritmo de progressão da doença, mantendo a função renal e melhorando as condições clínicas, psicológicas e sociais das pessoas. O enfermeiro pode desenvolver atividades de educação em saúde efetivas na promoção da saúde dessas pessoas.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Terapêutica; Enfermagem; Doença Crônica; Acontecimentos que Mudam a Vida.

This study aimed to describe the social and clinical needs of people with chronic renal failure on conservative treatment in an outpatient uremia in southern Brazil. It is a research descriptive, developed with 15 people. Data were collected from march to may 2011, through the documentary analysis and experiences of narrative interview. The age ranged from 19 to 85 years and it was evident that most participants have underlying disease as hypertension and diabetes mellitus. In conclusion that laboratory abnormalities are related to worsening of renal function, worsening of cardiovascular disease and increased morbidity and mortality. The conservative treatment reduction in the rate of disease progression, maintaining renal function and improving the clinical, psychological and social people. The nurse can develop health education activities effective in promoting the health of these people.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Therapeutics; Nursing; Chronic Disease; Life Change Events.

El objetivo de la investigación fue describir las necesidades sociales y clínicas de personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento conservador en una uremia ambulatoria de la región sur del Brasil. Investigación cualitativa con 15 personas. Los datos fueron recolectados entre marzo y mayo de 2011, a través del análisis documental y entrevista narrativa. La edad osciló entre 19 y 85 años y la mayoría de los participantes tenían como enfermedades de base hipertensión y diabetes mellitus. Los cambios de laboratorio están relacionados con agravios de la función renal, de la enfermedad cardiovascular y aumento de la morbilidad y mortalidad. El tratamiento conservador reduce la tasa de progresión de la enfermedad, mantiene la función renal y mejora las condiciones clínicas, psicológicas y sociales. El enfermero puede desarrollar actividades de educación en salud eficaces en la promoción de la salud de estas personas.

Descritores: Insuficiencia Renal Crónica; Terapéutica; Enfermería; Enfermedad Crónica; Acontecimientos que Cambian la Vida.

*Artigo da dissertação "O cuidado de si de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador", Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: camilaroso@yahoo.com.br

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora, Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: margridbeuter@gmail.com

³Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jamilebruinsma@hotmail.com, juheinz@hotmail.com.br

⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Hospital, Universitário de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: ambtimm@yahoo.com.br, macipauletto@gmail.com

Autor correspondente: Margrid Beuter

Avenida Roraima, 1000, Prédio 26, Cidade Universitária - Camobi. CEP: 97105-900. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: margridbeuter@gmail.com

INTRODUÇÃO

A incidência de pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) vem aumentando significativamente em nível mundial, atingindo números alarmantes de indivíduos com falência renal. A IRC atinge cerca de 10 a 16% da população adulta no mundo e no Brasil em torno de 22,3 a 44% da população urbana. Trata-se de um problema de saúde pública no qual a maior prevalência ocorre em pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)⁽¹⁻²⁾.

A doença renal é classificada com base no nível de função renal, em seis estágios (do zero ao quinto), os quais variam de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG), indicando a perda progressiva da função dos rins. A partir do estágio dois, a filtração glomerular é $< 90 \text{ ml/min/1,73m}^2$, caracterizando o início da IRC. A IRC pode evoluir até o estágio cinco, no qual a filtração glomerular é $< 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, sendo denominada de insuficiência renal terminal ou dialítica⁽²⁾.

A pessoa com IRC apresenta várias alterações clínicas e laboratoriais, as quais são diagnosticadas, corrigidas ou atenuadas com o tratamento. Com a progressão da doença renal os demais órgãos e sistemas são envolvidos e passam a funcionar de maneira anormal, devido a incapacidade dos rins em manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico⁽²⁾.

O tratamento depende da evolução da doença. O tratamento conservador é indicado no início da doença e implementado, principalmente, por meio de medicamentos, dieta com restrições, consultas e avaliações periódicas. Esta modalidade terapêutica está indicada em todas as fases da IRC, no entanto, com a progressão da IRC são indicadas terapias renais substitutivas (TRS), como a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, no último estágio da IRC, podendo ocorrer logo que inicia este estágio ou de acordo com as condições clínicas das pessoas. Tendo em vista que o estadiamento da IRC possui protocolos para

intervenções clínicas e terapêuticas adequadas a cada estágio da doença, as TRS ocorrem no momento adequado de cada situação⁽¹⁾.

O tratamento conservador tem como objetivos: auxiliar na redução do ritmo de progressão da doença renal; manter a função renal; melhorar as condições clínicas, psicológicas e emocionais dos indivíduos. Normalmente, esta terapêutica é realizada em ambulatorios acompanhados por uma equipe multiprofissional. Os indivíduos com IRC, que são diagnosticados precocemente e acompanhados periodicamente, podem reduzir a progressão da doença com o tratamento conservador, além de contribuir na redução de custos sociais elevados com as TRS⁽³⁾.

O tratamento conservador envolve medidas de promoção à saúde e prevenção primária com grupos de risco; identificação precoce e detecção da disfunção renal; correção de causas reversíveis da doença renal; diagnóstico etiológico; definição e estadiamento da disfunção renal; instituição de intervenções para retardar a progressão da IRC; prevenção de complicações da doença renal e planejamento precoce das TRS⁽²⁾. O tratamento ainda prevê o controle rigoroso da glicemia em diabéticos e da pressão arterial em todos os pacientes; a correção da anemia; a suspensão do cigarro para retardar a progressão da IRC; e o ajuste nas dosagens das drogas excretadas pelos rins⁽¹⁾.

Apesar dos benefícios ao paciente, esta modalidade de tratamento, geralmente, causa frustrações e limitações devido às diversas restrições dietéticas e hídricas. Portanto, a necessidade de adaptação ao tratamento constitui fonte de demanda de atenção para esses pacientes. Nesse contexto, sabe-se que as pessoas acometidas por IRC apresentam necessidades distintas dos demais indivíduos, relacionadas diretamente ao processo de perda da função renal. A sensibilização da equipe multiprofissional para a educação em saúde pode ser fator motivador e gerador de maior adesão ao tratamento destas pessoas,

minimizando o desconhecimento de aspectos da doença renal⁽⁴⁾.

Assim, elaborou-se como questão norteadora deste estudo: Quais os aspectos sociais e clínicos de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador acompanhadas em ambulatório de uremia? Para responder a essa questão tem-se como objetivo descrever os aspectos sociais e clínicos das pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador em um ambulatório de uremia da região sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa. Esta foi desenvolvida em um ambulatório de uremia de um hospital público de grande porte, destinado ao ensino, pesquisa e assistência à comunidade, na região Sul do Brasil. Esse ambulatório faz parte do serviço de Nefrologia, cujo atendimento à população ocorre duas vezes por semana. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2011.

Para a coleta de dados foi utilizada a análise documental dos prontuários dos pacientes e a entrevista narrativa de vivências. A análise documental foi realizada tendo por finalidade coletar dados referentes às variáveis clínicas, como: histórico, antecedentes, doenças de base, diagnóstico, tipo e duração do tratamento, estágio da IRC e taxa de filtração glomerular, bem como outras informações relevantes. A entrevista narrativa é uma forma de obter acesso aos sentidos e experiências dos indivíduos e aos seus meios interpretativos, no que pertence à realidade da vida, com enfoque no adoecimento humano⁽³⁾.

Os participantes atenderam aos critérios de inclusão do estudo: ser adulto ou idoso; ter o diagnóstico de IRC; estar em tratamento no ambulatório de uremia; ter uma taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min, o que significa estar no estágio 3, ou nos estágios subsequentes, tendo em vista que a partir

destes estágios o paciente é diagnosticado com insuficiência renal moderada, apresentando alterações laboratoriais e necessitando de maiores cuidados e restrições; além de apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal; e, conhecer o seu diagnóstico de insuficiência renal crônica. Salienta-se que a TFG foi verificada nos prontuários dos entrevistados e medida por meio da fórmula de Cockcroft-Gault para estimativa de depuração de creatinina⁽²⁾.

Foram entrevistadas 15 pessoas, sendo que, para a determinação do número de sujeitos, levou-se em consideração o critério de saturação dos dados⁽⁵⁾. Para melhor captação dos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento prévio dos entrevistados. Os dados, após coletados, foram transcritos e organizados. A identidade dos participantes da pesquisa foi preservada por meio da codificação pela letra E de entrevistado (a), seguida do número da entrevista realizada (E1, E2, E3, e assim sucessivamente).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob nº 0366.0.243.000-10. Salienta-se que todas as etapas da pesquisa atenderam os requisitos relativos à ética na pesquisa com seres humanos, primando pela confidencialidade dos dados obtidos e respeito aos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes após terem sido esclarecidos sobre os objetivos do estudo.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 15 sujeitos, sendo dez do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Destas pessoas, doze eram brancas e três negras. A idade dos entrevistados variou de 19 a 85 anos, sendo que sete eram adultos e oito idosos. Em relação à escolaridade, um participante não era alfabetizado, 12 tinham o ensino fundamental incompleto, um possuía o ensino

fundamental completo, e outro, o ensino médio incompleto.

Das pessoas entrevistadas, dez eram casadas, duas solteiras, duas viúvas e uma divorciada. Dentre as pessoas casadas, sete residiam com os cônjuges e familiares, e três, com o cônjuge. Quanto às solteiras, ambas residiam com os familiares; das viúvas, uma morava sozinha e outra com familiares, e a divorciada residia sozinha.

Em relação ao número de filhos, os entrevistados possuíam de nenhum a 17 filhos. Quanto à procedência, oito eram da região central do Estado do Rio Grande do Sul; cinco, da cidade onde o estudo foi realizado; e dois, da área rural. O hospital em estudo caracteriza-se por atender à região central do estado do Rio Grande do Sul e as demandas de saúde da população em geral.

Em relação à renda, as pessoas referiram receber de um a três salários mínimos. Duas pessoas relataram complementar a renda com locação de imóveis ou prestação de serviço autônomo. A doença de base mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em 80% dos participantes, sendo que destes, 25% apresentaram o diabetes mellitus (DM) associado. Os demais apresentaram fatores de risco à IRC, tais como: tabagismo, etilismo, doença policística renal e hepática, gota e doença cardiovascular (DCV).

Relativo ao tempo em tratamento conservador dos participantes este variou de um a 13 anos. No que se refere ao estágio da IRC, destaca-se que seis participantes encontravam-se no estágio 3 (insuficiência renal moderada ou laboratorial), cinco no estágio 4 (insuficiência renal severa ou clínica) e quatro no estágio 5 (insuficiência renal ou dialítica).

Das oito pessoas que estavam há mais de oito anos em tratamento conservador neste ambulatório, uma estava no estágio 5 da IRC, duas no estágio 4 e cinco no estágio 3. A partir destes dados, identificou-se uma diminuição do ritmo de progressão da IRC, tendo em vista que destas pessoas, apenas uma encontrava-se

no estágio 5, ou seja, com insuficiência renal terminal ou dialítica, quando a TRS pode estar indicada. Dos entrevistados que se encontravam de um a três anos em tratamento conservador, um estava no estágio 3, três no estágio 4 e três no estágio 5 da IRC.

Para o perfil bioquímico dessas pessoas foram analisados dados relacionados aos distúrbios metabólicos, como: potássio, ureia, cálcio e fósforo. No início do tratamento 6,6% dos entrevistados apresentavam níveis de potássio acima do normal (hipercalemia) e na fase atual do tratamento conservador, ou seja, quando o estudo foi realizado passou para 46,6%.

No início do tratamento 100% das pessoas apresentavam níveis elevados de ureia, porém em 13,3% os níveis estavam mais próximos da normalidade. No início do tratamento 53,3% dos participantes do estudo apresentaram níveis baixos de cálcio (hipocalcemia). No período da entrevista, 26,6% dessas pessoas apresentaram hipocalcemia.

No início do tratamento os participantes da pesquisa que estavam no estágio 5 encontravam-se dentro dos níveis de normalidade do fósforo sérico e os sujeitos nos estágios 3 e 4, apresentavam hipofosfatemia (14,3%) e hiperfosfatemia (7,1%). No período de realização das entrevistas 26,6% dos participantes encontravam-se no estágio 5 da IRC, sendo que desses 6,7% apresentavam hiperfosfatemia. Os demais (73,4%) encontravam-se nos estágios 3 e 4, sendo que 13,3% destes apresentavam hiperfosfatemia.

Dos pacientes deste estudo 93% expressaram a manifestação de sintomas clínicos prévios ao início do tratamento conservador: *Primeiro foi o inchaço nos pés, e eu não sabia o que era aquele inchaço, dava no verão, principalmente, mas passava, né! Dava pouco tempo e depois começou a me dar um período de inchaço e tal e daí esse mesmo médico me disse, da visão, que podia ser rins... E daí o tratamento aqui comecei há uns dois anos e meio (E5). Os outros (médicos) dizem: "É coluna! É coluna!". Eu sentia aquela dor, coisinha enjoada, sabe? Do lado, nessa parte molezinha aqui, que a gente tem nas costas, diziam também que era ácido úrico porque inchava os pés que nem sei... Fez um ano de*

tratamento para ácido úrico e não adiantou, não era nada, e era tudo problema dos rins (E10).

A desinformação dos sintomas da IRC surge como agravante da doença. O diagnóstico, muitas vezes lento e/ou equivocado, pode ser um agravante na situação de cronicidade da doença renal.

Entretanto, outras causas do desenvolvimento da IRC foram identificadas em 54% dos participantes do estudo: *Eu fiz cinco pontes de safena, né? E acho que o rim teve uma consequência assim, segundo os médicos, de um antibiótico que eu tomei, aí me estourou o rim (E11). Eu estava com uma artéria do rim obstruída, estava quase fechando. Daí eu coloquei o tal de stent e melhorei. Eu tomo remédio para pressão sempre, até hoje me tratando (E12). Eu estava me sentindo ruim e ele (médico) marcou uma consulta para mim, aí me tratei, me tratei e tinha um cálculo no rim, tirei aquilo, fiz a cirurgia e piorei. Aí voltei aqui e me mandaram tirar de novo. Daí continuei sempre me tratando aqui, e o tratamento é me cuidar (E13).*

A IRC pode ter causas distintas, como o efeito nefrotóxico das medicações, obstrução das artérias renais e desenvolvimento de cálculos. Nessa perspectiva, a promoção da saúde dessas pessoas é fundamental para a prevenção de agravos à saúde.

DISCUSSÃO

A distribuição dos pacientes em diálise, conforme a faixa etária, foi de 66,9% entre 19 e 64 anos, 27,2% de 65 a 80 anos e 4,3% com idade maior ou igual a 81 anos. Destas pessoas 57,3% eram do sexo masculino e 42,7% do sexo feminino. As doenças de base mais frequentes são a HAS, que atinge 35,1% das pessoas com IRC, e o DM, que tem incidência de 28,4%, de acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia⁽⁶⁾. Estes dados corroboram com a distribuição da faixa etária e doenças de base encontradas neste estudo.

A IRC é responsável por uma série de mudanças na vida das pessoas. As implicações econômicas também se referem à dificuldade da realização de atividades laborais, como participação no mercado de trabalho, menores salários e aposentadoria precoce⁽⁷⁾.

As propostas de intervenção nos diferentes estágios da doença apontam para o início das TRS no estágio 5, porém em momento adequado, avaliando a situação clínica do paciente, como a presença de sintomas urêmicos⁽¹⁾. Porém, sabe-se que o tratamento conservador pode ser desenvolvido em todos os estágios da IRC.

Demonstra-se que esta modalidade terapêutica reduz o ritmo de progressão da doença renal, mantém a função renal e melhora as condições clínicas, psicológicas e sociais das pessoas. Além disso, o atendimento nefrológico estruturado com equipe interdisciplinar se associa à estabilização funcional da progressão da IRC e à baixa mortalidade das pessoas em tratamento conservador⁽¹⁾.

A redução da função renal é acompanhada por uma série de anormalidades laboratoriais, sendo comuns as alterações do metabolismo do cálcio, fósforo, potássio e equilíbrio ácido-básico⁽²⁾.

No que se refere aos níveis de referência do potássio, sabe-se que variam entre 3,5 e 5,0 meq/l⁽⁸⁾. A preocupação em manter o potássio plasmático nos valores considerados normais é necessária tendo em vista que, tanto a hipocalcemia como a hipercalemia são fatores de risco para arritmias cardíacas e morte súbita. Em pessoas com IRC e com DM há prevalência de hipercalemia devido ao uso de medicamentos que impedem a eliminação do potássio na urina⁽⁹⁾.

Em relação à ureia, os valores de referência ficam entre 15 e 40mg/dl⁽¹⁰⁾. O alto consumo de proteínas na dieta, destruição tecidual, hemorragia gastrointestinal e terapia com corticosteróides podem causar aumento nos níveis de ureia plasmática. Os níveis de ureia sérica são indicadores do funcionamento renal. O aumento plasmático da ureia pode diminuir o fluxo sanguíneo no rim e causar obstrução urinária. Os sintomas urêmicos incluem a anorexia, náuseas, vômitos, perda de atenção e memória, sonolência. Porém, a ureia não é um índice completamente confiável, já que seus níveis são mais

vulneráveis a mudanças por razões não relacionadas com a taxa de filtração glomerular⁽¹¹⁾.

No que se refere ao cálcio sérico, os valores de referência variam em torno de 8,4 e 9,5mg/dl⁽¹²⁾. A hipocalcemia pode ser observada na IRC com a diminuição da depuração da creatinina. Devido a maior oferta de fósforo na alimentação, o pouco cálcio restante é consumido na ligação cálcio-fósforo⁽¹³⁾. Sabe-se que além dos efeitos conhecidos sobre os ossos, os distúrbios minerais de cálcio e fósforo em pacientes com IRC, tem sido associados à calcificação cardiovascular e à mortalidade⁽¹²⁾. Destaca-se que a prevalência de doenças cardiovasculares nas pessoas com doença renal, inclusive na fase pré-dialítica, é de 10 a 20 vezes mais elevada do que na população em geral⁽¹⁴⁾.

Os níveis de fósforo sérico têm como valores de referência: 2,7 e 4,6mg/dl (estágios 3 e 4) e 3,5 e 5,5mg/dl (estágio 5)⁽¹²⁾. Os níveis de fósforo elevados estão associados a maiores taxas de morbidade e mortalidade relacionados com eventos cardiovasculares⁽¹⁵⁾. Quando comparados à população em geral, os pacientes com IRC apresentam maior prevalência de fatores de risco tradicionais para doenças cardiovasculares, como hipertensão e dislipidemia⁽¹⁶⁾.

Na IRC, o corpo contribui positivamente para a hiperfosfatemia através da inibição da reabsorção de mineralização da matriz óssea. Por meio da ação do fósforo, o esqueleto desempenha um papel importante no aparecimento de morbidade cardiovascular devido a calcificação vascular⁽¹⁷⁾. Assim, a redução dos níveis séricos de fósforo levam a melhorias significativas na qualidade de vida das pessoas com doença renal⁽¹⁸⁾.

As alterações no perfil bioquímico das pessoas com IRC, em tratamento conservador, muitas vezes, estão relacionadas aos hábitos alimentares. A adoção de novos hábitos alimentares e de vida possibilita a manutenção deste tratamento, no entanto, repercutem na perda de qualidade de vida que muitas vezes está relacionada à renúncia no consumo de alguns alimentos,

bebidas e prática de certos hábitos considerados prazerosos⁽³⁾.

Os sinais e sintomas da IRC, comumente, manifestam-se e são percebidos somente quando a patologia está instalada no organismo. A sintomatologia apresenta-se de forma inesperada, em fases avançadas da doença, e o tratamento gera impacto pelas mudanças de hábitos de vida e restrições exigidas à pessoa⁽¹⁹⁾.

Com o avanço dos estágios da IRC até a falência renal completa, a pessoa pode apresentar dificuldades físicas, como dores lombares, fraqueza, tremores, alterações cardiovasculares, edema e náuseas. Os principais sinais decorrentes da perda da função renal são a hipertensão arterial; anemia; sinais neurológicos, como irritabilidade e tremores; cardiovasculares, como derrame pleural; endocrinológicos, como hiperglicemia e perda de peso e metabólicos, como a fraqueza⁽²⁰⁾.

Além disso, a IRC é uma doença, geralmente, assintomática, lenta e progressiva, sua detecção precoce e condutas terapêuticas adequadas retardam a progressão, podendo contribuir para reduzir o sofrimento dos pacientes. Em pessoas hipertensas, diabéticas ou com história familiar de doença renal crônica, existe maior probabilidade do desenvolvimento da doença⁽²⁾.

Além da hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a história familiar, as enfermidades sistêmicas, as infecções urinárias de repetição, a litíase urinária, as uropatias, as medicações nefrotóxicas e as doenças policísticas são causadoras da IRC, que podem evoluir rapidamente para a falência renal⁽²⁾. Nesse sentido, a prevenção da doença renal e a promoção da saúde necessitam estender-se para além dos grupos de hipertensão e diabetes, o que requer políticas de prevenção, capacitação, formação e a integração entre rede básica e especialidades.

A promoção da saúde pode ser entendida como medidas capazes de aumentar a saúde e o bem-estar geral, enfatizando melhores condições de vida e

trabalho, não dirigidas a determinadas doenças ou desordens, mas de forma ampla⁽³⁾. Existe a carência da compreensão das reais necessidades da população e principalmente da melhoria nas atividades de educação em saúde, as quais estimulam o cuidado da saúde dessas pessoas⁽⁴⁾.

O agravo da doença renal também está associado à falta de continuidade do tratamento, o que pode estar relacionado, muitas vezes, com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados e o desconhecimento e/ou falta de clareza dos profissionais da saúde no acompanhamento destas pessoas. As atividades de educação em saúde, principalmente na comunidade, são aconselhadas por estarem relacionadas à redução de risco de eventos cardiovasculares, controle da pressão arterial e do diabetes mellitus. Salienta-se também a importância da redução de peso, diminuição da ingestão de álcool, realização de atividades físicas regulares e interrupção do hábito de fumar, em pacientes com doença renal crônica ou do grupo de risco⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

As doenças de base mais frequentes, identificadas neste estudo, foram a HAS e o DM. As principais alterações laboratoriais foram em relação ao potássio, uréia, cálcio e fósforo. Pode-se identificar que o metabolismo da creatinina, ureia, potássio, cálcio e fósforo, estão relacionados à piora da função renal, ao agravamento das doenças cardiovasculares e ao aumento da morbidade e da mortalidade. Dessa forma, as orientações nutricionais fornecidas nos ambulatórios de uremia estimulam mudanças no estilo de vida para uma nutrição adequada, evitando a desnutrição, os eventos cardiovasculares e a piora da função renal.

Evidenciou-se neste estudo que o tratamento conservador da IRC pode diminuir a progressão da doença renal e dessa forma, postergar o início das terapias renais substitutivas, estimulando a qualidade de

vida por meio da melhoria das condições clínicas, psicológicas e sociais.

Destaca-se a importância dos profissionais da saúde terem conhecimento da sintomatologia inicial e dos fatores de risco da IRC. A detecção precoce da disfunção renal é essencial para que a doença seja descoberta em fases iniciais, a tempo de o tratamento conservador ser uma medida de nefroproteção. Assim, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, pode possibilitar o desenvolvimento de atividades de educação em saúde efetivas na promoção da saúde das pessoas com IRC em tratamento conservador ou em risco para desenvolvê-la.

COLABORAÇÕES

Roso CC e Beuter M contribuíram para a concepção, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Bruinsma JL e Silva JH contribuíram na coleta, análise dos dados e redação do artigo. Timm AMB e Pauletto MR contribuíram para a interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Gricio TC, Kusumota L, Cândido ML. Percepções e conhecimentos de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet] 2009 [citado 2013 jun 12]; 11(4):884-93. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a14.pdf
2. Romão Junior JE. Conceituação, classificação e epidemiologia. In: Canziani MEF, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: manual prático. São Paulo: Livraria Balieiro; 2013.
3. Roso CC. O cuidado de si de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador

[dissertação] - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria; 2011.

4. Freitas TF, Oliveira VER, Vellinho LPB, Rocha PNM, Monteiro LAH, Souza SR. Enfermagem e ações educativas em portadores de insuficiência renal crônica. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2010; 2(Supl.):434-7.

5. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.

6. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censo 2011. São Paulo, [Internet] 2012 [citado 2013 jun 17]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>

7. Oliveira MP, Kusumota L, Marques S, Ribeiro RCHM, Rodrigues RAP, Haas VJ. Work and health-related quality of life of patients on peritoneal dialysis. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3):352-7.

8. Helou CMB. Potássio e bicarbonato. *J Bras Nefrol.* 2004; 26(3 supl 1):22-5.

9. Al-Quthami AH, Udelson JE. What is the "goal" serum potassium level in acute myocardial infarction? *Am J Kidney Dis.* 2012; 60(4):517-20.

10. Silva JL, Barbosa PSS, Sousa HWO. Avaliação da dosagem de uréia pré e pós hemodiálise em pacientes em terapia renal substitutiva. *Rev Eletr Farm [periódico na Internet]* 2008 [citado 2012 nov 28]; 5(2):43-7. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/5157>

11. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(1):93-108.

12. Carvalho AB. Osteodistrofia renal. *J Bras Nefrol.* 2004; 26(3 supl.1):29-39.

13. Caetano A, Diniz I, Passos PRC, Ribeiro SS, Pestana EA. Osteodistrofia renal: a importância de conhecer principais parâmetros fisiológicos que indicam o

desenvolvimento da doença. *Rev Sapientia.* 2012; 4(4):1-7.

14. Luciano EP, Luconi PS, Sesso RC, Melaragno CS, Abreu PF, Reis SFS, et al. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. *J Bras Nefrol.* 2012; 34(3):226-34.

15. Pinto DE, Ullmann LS, Burmeister MM, Antonello ICF, Pizzato A. Associações entre ingestão energética, proteica e de fósforo em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *J Bras Nefrol.* 2009; 31(4):269-76.

16. Weiner DE, Sarnak MJ. A Decade after the KDOQI CKD guidelines: impact on the cardiovascular disease – CKD Paradigm. *Am J Kidney Dis.* 2012; 60(5):710-2.

17. Hruska KA, Mathew S. The roles of the skeleton and phosphorus in the ckd mineral bone disorder. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2011; 18(2):98-104.

18. Domingues JR, Kestenbaum B, Chonchol M, Block G, Laughlin GA, Lewis CE, et al. Relationships between serum and urine phosphorus with all-cause and cardiovascular mortality: the osteoporotic fractures in men (MrOS) Study. *Am J Kidney Dis.* 2013; 61(4):555-63.

19. Pennafort VPS, Queiroz MVO. Componentes clínicos associados aos cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes com doença renal crônica. *Rev Rene.* 2011; 12(4):758-66.

20. Bezerra KV, Santos JLF. Daily life of patients chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008; 16(4):686-91.