



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Lenardt, Maria Helena; Silveira de Almeida Hammerschmidt, Karina; da Silva Borghi, Ângela Cristina;
Vaccari, Élide; Seima, Márcia Daniele

O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 17, núm. 2, abril-junho, 2008, pp. 313-320

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417213>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

re^{al}alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O IDOSO PORTADOR DE NEFROPATIA DIABÉTICA E O CUIDADO DE SI THE ELDERLY CARRIER OF DIABETIC NEPHROPATHY AND SELF-CARE EL ANCIANO CON NEFROPATÍA DIABÉTICA Y EL CUIDADO DE SÍ MISMO

Maria Helena Lenardt¹, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt², Ângela Cristina da Silva Borghi²,
Elide Vaccari³, Márcia Daniele Seima³

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Paraná, Brasil.

² Mestranda em Enfermagem pela UFPR. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Paraná, Brasil.

³ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR. Paraná, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem geriátrica. Idoso. Insuficiência renal crônica. Diabetes mellitus.

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa convergente assistencial, cujo objetivo é descrever ações de cuidados de si, alicerçadas nos hábitos de cuidado do idoso renal crônico portador de nefropatia diabética, em tratamento hemodialítico. Coletaram-se dados e aplicaram-se escalas de avaliação funcional concomitante aos cuidados de enfermagem, junto a sete idosos, no período de 26 de abril a 31 de junho de 2006. Para ordenação e análise das informações empregou-se proposição metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram oito idéias centrais: obedecer parcialmente ao que é explicado; cuidados com açúcar, doces e uso de adoçante; obedecer à prescrição médica e alternar local da aplicação; dependência para aplicação da insulina; manter o braço livre de qualquer esforço; dependência pelo déficit visual e desconhecimento dos medicamentos; controle alimentar, distração e tranquilidade; tendência ao isolamento. O desafio para o cuidado de si está na construção da independência e nas possibilidades de diálogos abertos e produtivos entre os idosos e familiares.

KEYWORDS: Geriatric nursing. Aged. Renal insufficiency, chronic. Diabetes mellitus.

ABSTRACT: This is a qualitative, convergent care study which aims to describe self-care actions, based on care habits of the elderly with chronic renal failure, who are also diabetic nephropathy carriers in hemodialytic treatment. Data was collected and scales of functional evaluation were applied to nursing cares actions for seven elderly patients from April 26th through June 31st, 2007. Methodological proposition of the Discourse of Collective Subject was applied for arrangement and analysis of the information. Eight main ideas emerged: partially obey what it is explained; be aware of sugar, sweet candies, and use of sweeteners; obey medical orders and alternate areas of application; dependence on insulin application; keep arm from doing work; dependence for the visually deficit and lack of knowledge of medicines; nourishment control, distraction, and tranquility; tendency towards isolation. The challenge of self-care is to build independence and possibilities for open and productive communication between the elderly and their relatives.

PALABRAS CLAVE: Enfermería geriátrica. Anciano. Insuficiencia renal crónica. Diabetes mellitus.

RESUMEN: Esta es una investigación cualitativa convergente asistencial, cuyo objetivo es describir acciones para el cuidado de sí mismo, fundamentadas en los hábitos de cuidado del anciano renal crónico con nefropatía diabética en tratamiento de hemodiálisis. Los datos fueron recolectados y se aplicaron escalas de evaluación funcional concomitante a los cuidados de enfermería, junto a siete ancianos, en el periodo de 26 de abril a 31 de junio de 2007. Para la ordenación y el análisis de las informaciones se utilizó la proposición metodológica del Discurso del Sujeto Colectivo. Surgieron ocho ideas centrales: obedecer parcialmente a lo que es explicado; los cuidados con el azúcar, los dulces y el uso de endulzantes; obedecer a la prescripción médica y alternar el local de la aplicación; dependencia para la aplicación de la insulina; mantener el brazo libre de cualquier esfuerzo; dependencia por el déficit visual y desconocimiento de los medicamentos; control alimentar, distracción y tranquilidad; tendencia al aislamiento. El desafío para el cuidado de sí está en la construcción de la independencia y en las posibilidades de diálogos abiertos y productivos entre los ancianos y los familiares.

INTRODUÇÃO

Inúmeras são as dificuldades encontradas pelos idosos para manter um padrão de envelhecimento saudável, tais como: a precariedade ou demora do acesso à saúde, a deficiência de informação, e hábitos inadequados de vida adquiridos ao longo da vida. Estes, especificamente, determinam fragilidades importantes à medida que os idosos são diagnosticados em estado crônico de saúde.

Entre as doenças crônicas mais comuns destaca-se a insuficiência renal crônica, geralmente decorrente de outras patologias de maior incidência como o *Diabetes Mellitus*, considerada fator de risco significativo para nefropatia.

O *diabetes* vem aumentando de forma expressiva na população brasileira. Em 1990 os casos atingiam 7,6 % da população, porém a estimativa para 2025 é que atinja o índice de 27%.¹

A nefropatia diabética representa, atualmente, a principal causa de insuficiência renal terminal. Em média 25% dos pacientes em hemodiálise são portadores de nefropatia diabética. Além dessa elevada prevalência, a nefropatia dos diabéticos está associada à alta freqüência de mortes por outras causas, principalmente as doenças cardiovasculares.² A maior expectativa de vida, o aumento da obesidade, da hipertensão arterial prevalente no idoso, e o crescente número de diabéticos estão causando uma epidemia silenciosa de insuficiência renal crônica em todo o mundo.

A hemodiálise está entre as terapias dialíticas (tratamento substitutivo da função renal) que os doentes renais crônicos com grau de insuficiência cinco utilizam. Consiste na remoção de resíduos metabólicos, eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar a falência renal aguda ou crônica e utiliza os princípios de difusão, osmose e filtração.³ Para o tratamento hemodialítico, a Fístula Artério-Venosa (FAV) é considerada um acesso permanente e o cateter de duplo-lúmen uma via temporária.

O tratamento hemodialítico exige dos idosos cuidados cotidianos relacionados às peculiaridades da própria doença e ao envelhecimento. Os cuidados necessários apresentam relação com o grau de dependência nas realizações das atividades de vida diária, compreensão da doença e modos de se cuidar. Muitas vezes, a máquina de hemodiálise é entendida pelo idoso como instrumento de cura e, esta percepção inadequada fragiliza ainda mais o idoso, porque ele deixa de realizar alguns cuidados consigo mesmo que são necessários à manutenção do equilíbrio da doença.⁴

Os idosos possuem significados próprios, hábitos de vida peculiares que abrangem sua alimentação, higiene, seu conforto, lazer, sua vida espiritual, seus objetos pessoais, todo o modo como desenvolvem a cultura do cuidado de si. Nesta faixa etária, os hábitos tornam-se mais evidentes e podemos dizer que estão cristalizados no seu cotidiano como parte significante da sua própria vida.

O cuidado de si do idoso em tratamento hemodialítico, refere-se às atitudes habituais para realizar o seu próprio cuidado ou pedir ajuda, apoio que o auxilie a promover e manter a saúde e prevenir complicações. Considera-se o hábito, como as formas de comportamento duradouro e adquirido pela repetição freqüente.⁵

Diante do exposto teve-se como objetivo descrever ações de cuidados de si, alicerçadas nos hábitos do idoso renal crônico portador de nefropatia diabética, em tratamento hemodialítico.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter qualitativo, esteado na trajetória metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial. Esta modalidade de pesquisa possibilitou que várias informações fossem coletadas concomitantemente aos cuidados prestados e prontamente executadas ações de negociação, manutenção ou repadrönização dos cuidados permeadas pelos conceitos de Leininger.⁶ Este tipo de pesquisa é entendido como “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto, está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado”.^{7,27}

O estudo foi desenvolvido em dois cenários distintos, em serviço especializado em tratamentos dialíticos e em domicílio dos idosos usuários deste serviço. Participaram sete idosos, de ambos os sexos, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: ser idoso (de acordo com o artigo 2º da Lei Federal, Nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, é aquele que possui idade maior e/ou igual a 60 anos);⁸ apresentar diagnóstico de insuficiência renal crônica decorrente de nefropatia diabética; realizar tratamento hemodialítico no cenário do estudo; estar incluído de segunda a sábado nos três primeiros turnos de hemodiálise; aceitar por livre e espontânea vontade de participar da pesquisa; concordar com a visita domiciliar e gravação das entrevistas.

Na abordagem inicial acompanhou-se a rotina de funcionamento geral e as atividades de responsabilidade das enfermeiras, tais como: preparo do material, orientação ao paciente, auxílio na passagem de cateter duplo-lúmen (pré-diálise), recebimento, controle e distribuição da Eritropoetina e Sacarato de hidróxido de ferro, rotina de coleta de exames mensais, bimestrais e semestrais, conferência das prescrições nos painéis das máquinas de hemodiálise e abordagem da enfermeira junto ao paciente.

Neste início os cuidados foram centrados nas questões técnicas de preparação da máquina para instalação ao paciente. Durante a concretização destes procedimentos, foi observado o Ganhão de Peso Interdialítico (GPID), os níveis pressóricos e glicêmicos e consequente contato junto aos idosos em tratamento hemodialítico. A partir de então, os pesquisadores sentiram-se seguros para a manipulação da máquina e a abordagem do paciente, iniciando a construção do processo de relação entre pesquisadores e idosos. Os cuidados contínuos proporcionaram contato direto com os pacientes criando oportunidades para o diálogo.

Após a quinta semana de cuidados diretos, os pacientes foram convidados a participar do estudo. As visitas foram agendadas nos horários e dias determinados pelos pacientes, preferencialmente nos dias opostos à hemodiálise.

As informações foram coletadas no período de 26 de abril a 31 de junho de 2006, obtidas por meio de: cuidados individualizados, busca em prontuário, aplicação das escalas funcionais e a visita domiciliar.

Os cuidados individualizados permitiram interação com o idoso e observação de dados como GPID, níveis pressóricos e glicêmicos, além da avaliação do frêmito em FAV, presença ou não de complicações durante a sessão de hemodiálise como câimbras, hipotensão, hipoglicemia, vômitos e especificamente o modo dele se cuidar.

Foram coletadas identificações individuais por meio da busca em prontuário seguindo roteiro de dados pessoais, procedência, tempo de diálise, grau de instrução, situação sócio-econômica e endereço residencial. Para complementar as informações, aplicou-se as escalas funcionais das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs),⁹ e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs),¹⁰ durante o processo hemodialítico.

Na visita domiciliar, utilizou-se como estratégia de aproximação a aferição de pressão arterial e verificação da glicemia capilar periférica, demonstrando assim a intenção de intercâmbio de informações. Manteve-se diálogos informais centrados

nas seguintes questões: o que entende por cuidado de si? Quais cuidados desenvolve para controlar o diabetes? Quais cuidados realiza na aplicação da insulina? Como cuida da FAV? Quais cuidados desenvolve com os medicamentos? Quais cuidados considera importante para manter a saúde? Quais atividades de lazer e ou de convívio realiza?

Os dados emergentes da busca em prontuários e os das escalas funcionais foram quantificados, estes últimos apenas complementaram as informações das análises qualitativas, foco deste estudo. As informações coletadas durante a visita domiciliar foram analisadas por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), utilizando-se três figuras metodológicas – Idéia Central (IC); a Expressão-Chave (ECH) e o DSC.¹¹

O projeto foi encaminhado para parecer e aprovado pela Plenária Departamental da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 20 de março de 2006, e pelo Comitê Setorial de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em 26 de abril de 2006, sob o N° 0013.0.091.000-06. Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida segundo a Resolução N° 196/96, por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente, ao qual foi garantido o direito de desistir da participação, em qualquer momento. Foram esclarecidos detalhes relacionados à visita domiciliar, às ações de aferição de pressão arterial, glicemia capilar periférica, à entrevista e ao consentimento para gravação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos sete idosos participantes quatro eram do sexo masculino e três mulheres, com idades entre 62 e 71 anos. A maioria dos idosos morava em famílias multigeracionais e apenas uma mulher residia sozinha. Como fonte de renda, todos se declararam aposentados e ou pensionistas do Instituto Nacional de Seguridade Social. Nenhum deles apresentou grau de instrução acima do ensino fundamental. Ainda que procedentes da cidade de Curitiba - PR e região metropolitana, utilizavam o transporte social da prefeitura para a realização do tratamento, o que exige dos idosos suficiente paciência para aguardar por longos períodos o transporte coletivo, após as sessões de hemodiálise.

Todos os idosos desenvolveram nefropatia diabética, aproximadamente após 16 anos de diagnóstico de *Diabetes Mellitus* tipo 2. Utilizavam como hipoglicemiante a insulina injetável e apresentaram dificuldades relacionadas à diminuição da acuidade visual.

Verificou-se dois idosos com dependência para as ABVDs na hora do banho e um deles necessitava de ajuda na hora de vestir-se e realizar higiene pessoal. No item comer seu alimento todos demonstravam total independência.

A aplicação das escalas das AIVDs apontou quatro idosos dependentes para o uso do telefone. Todos os idosos somente viajavam acompanhados, cinco necessitavam de companhia e auxílio para realizar compras e dois deles não possuíam condições para realizar esta tarefa. No preparo de refeições, quatro idosos realizavam apenas o preparo de pequenas refeições ou lanches, dois deles apresentaram dependência total, e apenas um realizava o preparo das refeições, ainda que em condições precárias.

Quanto às tarefas domésticas, foi verificado que a maioria realizava pequenas atividades como retirar objetos da mesa e guardar a louça. Apenas dois idosos eram totalmente dependentes para tarefas domésticas. Curiosamente, quatro idosos consideravam-se capazes de administrar suas medicações, entretanto, durante as visitas domiciliares constatou-se que alguém da família preparava a medicação, os demais confirmaram a necessidade de auxílio. Apenas três idosos realizam controle financeiro e efetuam pagamentos, dois deles solicitavam ajuda aos familiares e outros dois eram totalmente dependentes.

Todas as residências dos idosos estavam localizadas em bairros, com boa infra-estrutura como: pavimentação, iluminação pública e fácil acesso ao transporte coletivo. A moradia mais próxima localizava-se a 5 km e a mais distante a 30 km, tomando-se como base o serviço de hemodiálise. Apenas um idoso possuía em seu terreno uma única casa. Nas demais, foram encontradas de duas até cinco moradias no mesmo terreno.

Durante todas as entrevistas estiveram presentes junto aos idosos o cônjuge e filhos e, em uma delas, também a sogra. Estes membros familiares abriram oportunidades para discussão das questões relacionadas ao cuidado de si, a seguir apresentadas na forma de DSC.

O que entende por cuidado de si?

IC - Obedecer parcialmente o que é explicado

DSC: o meu cuidado é obedecer às ordens do médico e fazer o possível de acordo com as explicações. Tem muita coisa que vocês explicam pra gente, então aquilo que faz mal a gente não deve continuar fazendo,

para o próprio benefício, porque se a gente desobedece a gente que é prejudicada. É cuidar o mais possível em relação à comida, cortar o que faz mal pela metade, menos até [...] evitar o que faz mal, comer sem sal, sem açúcar, encontrar um jeito de não comer tanto, não comer coisas gordurosas, não tomar muito refrigerante, nem suco, não beber muita água.

Os idosos reconhecem a importância de realizar as ações de cuidado que foram orientadas, entretanto revelam que se adaptam parcialmente aos novos hábitos de cuidados. Constatou-se que esta mudança demanda um processo educativo, a longo prazo. Neste sentido, os idosos e, principalmente, os familiares junto ao profissional de enfermagem, tornam-se co-participantes e comprometidos com o processo de busca para identificar as dificuldades do idoso em realizar os próprios cuidados e encontrar resolução.

Verifica-se que o discurso dos idosos inibe o mito de que ao avançar na idade perdem a aptidão para a aprendizagem. Na ausência de doenças degenerativas graves, os idosos têm possibilidades de conservar as competências, as habilidades intelectuais e desenvolver seus próprios cuidados.

O controle da alimentação é apontado pelos idosos como o cuidado mais significativo, entretanto, evidencia-se durante as sessões de hemodiálise, devido às complicações apresentadas e GPID, que este é o cuidado de menor adesão. As restrições nutricionais representam a parte mais difícil do tratamento em razão da necessidade de alterar o hábito, que representa eliminar as preferências que são compartilhadas nos hábitos familiares. Os "hábitos alimentares representam a satisfação de uma necessidade e a erradicação de tal hábito não é possível, a menos que se mude para outra forma de satisfação".^{5,76}

É freqüente encontrar profissionais da equipe de saúde responsabilizando o paciente pelo ganho excessivo de peso interdialítico, deixando-o muitas vezes envergonhado e com sentimento de culpa, esquecendo as dificuldades encontradas pelos idosos em seguir as recomendações alimentares de modo adequado.

Quais cuidados desenvolve para controlar o Diabetes?

IC - Cuidados com açúcar, doces e uso de adoçante

DSC: regime em primeiro lugar. Cuido mais para não comer açúcar, como pouco doce. Se eu como doce, é

com controle, só até certo limite. Quando fazem bolo eu como só um pedacinho e mais nada. Não como gordura, também evito comida muito forte [...], assim, muito tempero na comida. Uso gotinhas de adoçante para o café.

Verifica-se que o entendimento do controle do diabetes é superficial (evitar apenas alimento que contenha glicose) e desprovido de mudança substancial no estilo de vida, ou seja, planejamento alimentar, realização de atividade física, administração de insulina sempre no mesmo horário e realização de testes de glicemia com freqüência.

Os alimentos proibitivos e os indicados pelos profissionais de saúde somente são incorporados no cotidiano do idoso quando ele adquire identidade simbólica para a necessidade do uso ou da proibição.¹² As complicações decorrentes do descontrole glicêmico que eles apresentam, são indicadores incontestáveis de que, os cuidados não são seguidos conforme as orientações ministradas pela equipe de saúde.

Quais cuidados realiza na aplicação da insulina?

ICA - Obedecer a prescrição médica e alternar local da aplicação

DSC: obedeço o que o médico diz. Geralmente o médico dá por escrito: olha, você tem que tomar 8 ou 5 [...]. No dia da diálise não tomo insulina pela manhã. Nunca aplicar no mesmo lugar; usar sempre mais pró Cá, depois mais pró lá; passar álcool. Alterno a aplicação entre o braço e a barriga; um dia de um lado, outro dia do outro, sempre mudando. Agora, a quantidade [...] não sei bem certinho.

O uso de insulina está indicado quando o controle metabólico não é alcançado através de outros recursos como regime alimentar, exercício físico e outros. Entretanto, cerca de 20% dos idosos erram na dose de insulina. A "auto-aplicação de insulina requer bom estado cognitivo, acuidade visual satisfatória, habilidade manual e ausência de tremores significativos".^{13:500}

A figura do médico como detentor do saber e regulador da prescrição é fortemente evidenciada. Mesmo assim, verificou-se que a maioria dos idosos realiza a administração da insulina sem parâmetro para a dosagem correta. O Sistema Único de Saúde distribui a insulina, seringas e agulhas para administração do medicamento, entretanto, para fornecer as lâminas necessárias para avaliar a glicemia, exige todo mês a presença do idoso na unidade de saúde. Muitos idosos não comparecem,

não adquirem as lâminas e, consequentemente, não podem utilizar o aparelho para dosagem da glicemia capilar periférica, acarretando excesso ou deficiência na dosagem da insulina administrada.

Existem vários programas de saúde direcionados ao diabético hipertenso, entre outras doenças crônicas, porém carecem de recursos materiais e administrativos, a fim de proporcionar aos idosos doentes tratamento completo e resolutivo.

ICB - Dependência para aplicação da insulina

DSC: meu filho é quem aplica. Quando ele não está, é minha irmã quem aplica [...] Minha filha diz: pai, deixe que eu aplique. Ela passa o álcool e segura bem a pele e firma [...] Conforme o resultado, a moça aplica insulina. Já não enxergo para isto.

Constata-se a dependência do idoso para administração da insulina, resultante também da diminuição da acuidade visual, devido à retinopatia diabética. Nesta situação a família é compreendida como aquela que apóia, ajuda, comprehende e compartilha as dificuldades, traz enfrentamento para todas as situações, por meio da união.¹⁴

Os envolvimentos do idoso com a família são de extrema importância perante o conjunto de dificuldades apresentadas. A "participação familiar contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve de fonte de apoio pessoal e emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença".^{15:98}

Como cuida da Fístula Artério-Venosa ?

IC - Manter o braço livre de qualquer esforço

DSC: não bater, não fazer força. Eu sei que não pode pegar peso, sacola eu não carrego [...] principalmente isso. Eu tenho que fazer exercício com a bolinha de massagem pra ela poder desenvolver. Procurar não dormir em cima do braço, nem com o braço dobrado, sempre procuro jogar o braço pro lado quando estou dormindo. Lavo o braço com sabão antes de "entrar na máquina". Tiro os curativos no outro dia, molho a fita e daí tiro o curativo.

Os idosos reconhecem a necessidade de proteger o braço da FAV e evitar esforços, para tanto, realizam exercícios com uso da "bolinha". Evidencia-se no discurso, cuidados de higiene no local da fístula, entretanto as alegações dos idosos entram em contradições diante dos problemas constatados diariamente no fluxo ideal para realização de diálise, visto que, apenas um dos idosos

entrevistados não apresentava problemas com a FAV. Os idosos diabéticos apresentam problemas vasculares acentuados, que se agravam diante do processo de envelhecimento vascular. O cuidado com a higiene local deve ser intensificado na tentativa de se evitar complicações e, consequente necessidade de confecção de novo acesso vascular.

Quais cuidados desenvolve com os medicamentos?

IC - Dependência pelo déficit visual e desconhecimento dos medicamentos

DSC: *agora só lendo, porque é demais. Você vai ter que me ajudar aqui, porque minha vista está curta, eu não enxergo bem. Eu tomo esse aqui, mas não consigo ler. A moça separa e me dá os medicamentos, mas daí eu tomo sozinha. Nem sei o nome, mas eu tomo uma porção de comprimidos. Minha filha me dá quatro comprimidos de noite. Não sei para que tomo os remédios, um é da pressão [...] tomo um que o comprimido é marronzinho e o envelope é meio pretinho, [...] eu pego lá na saúde as injeções, aquela pretinha e as outras pequeninhas que tomo lá na clínica, não lembro o nome, são todos esses daqui que você está vendo.*

A retinopatia está presente essencialmente em todo paciente diabético que inicia diálise; “um terço destes pacientes é reconhecidamente cego”^{2,476} A dificuldade visual impõe limitações ao paciente. É de extrema importância que o próprio paciente reconheça essa deficiência e solicite apoio para utilização da medicação. O familiar é parte importante no processo de identificação e organização da terapêutica. A família surge como fator decisivo no sistema de conhecimento e de cuidado do idoso renal crônico.

A identificação das medicações é realizada pelos idosos por meio de forma, cor, textura e dimensão dos comprimidos, ampolas e embalagens. É preciso compreender a lógica de cuidado do doente idoso para poder integrar-se ao sistema de conhecimento e linguagem dele, efetivando relação de compreensão, proteção e participação nas orientações de cuidados referentes aos medicamentos.

A função cognitiva tende a diminuir com o fator idade, o que proporciona dificuldades em lembrar dos horários, da dose e da própria ingestão dos medicamentos. A equipe de saúde, especialmente a enfermagem, deve promover ações educativas que envolvam os pacientes e familiares, na intenção de eliminar erros e promover melhor adesão na terapêutica medicamentosa.

Quais cuidados considera importantes para manter a saúde?

IC - Controle alimentar, distração e tranqüilidade

DSC: *é fazer este tratamento. Eu acho a alimentação importante, não abusar das coisas, da comida, da água [...]. Eu controlo a água [...]. Cozinhamos com bem pouco sal. Não exagerar, cortar o que pode, principalmente o doce, o sal. Levar as coisas mais a sério. A família compreendendo é tudo o que desejo. Eu não posso ficar assim nervosa, porque quando a gente fica nervosa tudo fica ruim. O importante é estar tranqüila, quando começo a me estressar já me sinto mal. Vou andar no bosque, sentar lá e ficar tranqüila [...]. O resto fico cuidando de mim, ouvindo uma música, prá não ficar pensando besteira. Eu ando bastante e me sinto bem.*

Verifica-se novamente como a alteração do padrão alimentar é significativa para o idoso. As restrições impostas tornam-se uma questão de difícil convívio, tendo sempre que se “policiar” indicando que a transgressão alimentar está sempre presente. A família e os amigos precisam se tornar ponto de apoio, evitando situações alimentares que os deixem constrangidos.

O equilíbrio emocional é bastante desejado pelos idosos. A condição de dependência que cada um se encontrava, impondo limites às atividades, justifica para eles à ausência de exercícios físicos. Os exercícios físicos e a condição de independência para tal promovem dias com menores sofrimentos.

A tranqüilidade que buscam está atrelada ao sentimento de serem aceitos na condição de dependência que se encontram e serem respeitados em suas opiniões e não lhes negarem a possibilidade de autonomia, de serem considerados úteis e capazes dentro de suas limitações. Os membros familiares podem possibilitar oportunidades para que o idoso participe da tomada de decisões sobre si e nas questões familiares.¹⁴ Esse respeito à individualidade do idoso proporciona dias mais prazerosos e sensação de bem estar.

Quais atividades de lazer e ou de convívio realiza?

IC - Tendência ao isolamento

DSC: *eu não gosto muito de sair depois que fiquei doente. Participava de uma Igreja, mas agora não dá mais. Aqui tá difícil, a saúde já está incomodando, as pernas já não deixam andar, já não saio sozinho. O dia que você pensa em sair tem que fazer hemodiálise. A minha vista*

tá ruim e não dá pra ficar andando de cá pra lá. Eu não consigo andar muito, não consigo fazer nada, nunca mais fui a lugar nenhum. Tenho a televisão, mas quase não enxergo. Eu com a minha mulher saímos para comprar pão, vamos ao mercado. Vou a Igreja, dou umas voltas e também saio para o hospital. Vou ao mercado, meu netinho vai junto, vem visitas, [...] tento visitar alguns amigos, mas eles trabalham, às vezes os filhos me levam. Lazer é mais só conversar, gosto de ouvir o rádio, porque quase não gasta. Antes da doença eu fazia, saía.

A situação crônica de saúde acentua o sedentarismo e, consequente isolamento social. A doença surge como uma ameaça à autonomia individual, além de representar um fator limitante, torna penosa a carga emocional que o paciente precisa suportar. A maioria deles demonstra dificuldades para lidar com as pressões sociais, que se somam a um grande número de restrições de vida. Evitam participar de eventos sociais, desistem de fugir ao embargo de explicar sobre sua doença ou condição.

O lazer para os idosos torna-se cada vez mais restrito, devido às adversidades da vida como a carência de recursos financeiros, dificultando acesso ao teatro, cinema, leitura e outros.¹² A necessidade de ter um acompanhante também colabora como fator de restrição, pois nem sempre há familiares disponíveis para acompanhá-los ou levá-los aos locais que desejam.

As atividades cotidianas passam a representar uma forma de lazer e distração como ir comprar pão, ao mercado e até ao hospital. O idoso necessita estar engajado em atividades ou ocupações que lhe proporcionem prazer e felicidade, e a família novamente tem papel decisivo, estimulando e oportunizando situações nas quais sente satisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa revelou a necessidade de nova abordagem no cuidado de enfermagem diante do cuidado de si do idoso renal crônico, no sentido de atitude e de disposição por parte de todos os atores dos cenários em que se realiza o cuidado.

Os cuidados com o *Diabetes Mellitus*, por si só, trazem ao paciente inúmeras restrições e alterações no padrão de vida. Somadas às necessidades do tratamento dialítico e acrescidas ao processo de envelhecimento, reduz ainda mais o sentido de liberdade e de vida, que se manifesta por frases, como esta, várias vezes pronunciadas pelo paciente: *é muito difícil, pois nada pode...*

É preciso reconhecer e vivenciar no cotidiano as responsabilidades e atribuições para melhor cumprir o desafio de levar o idoso diabético, em tratamento hemodialítico, a tomar consciência de que muitas ações são permitidas e que “tudo pode”, desde que seja de modo equilibrado, junto à cooperação dos membros familiares. A lógica deste desafio para o cuidado profissional está na construção da independência e da compreensão sobre os idosos, considerando a complexidade do cuidado de si, o qual se desenvolve na possibilidade de diálogos abertos e produtivos entre os idosos e familiares.

Os serviços de hemodiálise passam a falsa aparência de que a tecnologia sobrepõe-se à assistência, mas basta adentrar neste ambiente para perceber que a tecnologia é parte, mas não sobrevive sem a excelência dos cuidados de enfermagem, nas sessões de hemodiálise e no domicílio do idoso. A enfermagem não tem como se abster da necessidade de interação cada vez mais intrínseca com o idoso, de formar relacionamentos nos quais a tônica é ouvir o paciente, visando o efetivo cuidado de si do idoso. A ausência da devida atenção familiar e profissional leva o idoso a apresentar déficits importantes de cuidado e assim não se muda o quadro dos discursos deles.

É importante reconhecer o idoso não apenas como objeto de tratamento, mas sujeito com direito à decisão, opinião, interessado em buscar o melhor para si, capacitado para realizar ações de cuidado dentro de suas limitações ou dependências impostas pela patologia. Estas são ações básicas, que devem ser firmemente mantidas pelos profissionais de enfermagem. Para tanto, a avaliação do grau de dependência dos idosos é imprescindível para subsidiar o planejamento das ações de cuidado de enfermagem e conhecimento das limitações e possibilidades do idoso para o cuidado de si.

As visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de enfermagem são essenciais, em razão de ser a oportunidade para conhecer melhor o paciente, observar sua real condição na realização dos cuidados de si e analisar elementos do cuidado que deve ser mantido, negociado ou repadronizado, através de olhar mais amplo, porém detalhado de todo o contexto de vida do idoso. O acompanhamento domiciliar “auxilia o idoso a enfrentar desafios às mudanças que a doença renal provoca, promovendo maior adesão ao tratamento e, consequente prevenção de comorbidades associadas à doença renal”.^{16:127}

REFERÊNCIAS

- 1 Murussi M, Coester A, Gross JL, Silveiro SP. Nefropatia diabética no diabete *mellitus* tipo 2: fatores de risco e prevenção. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2003 Jun; 47 (3): 207-19.
- 2 Tzamaloukas AH, Friedman EA. Diabetes In: Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2003. p.466-90.
- 3 Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2003.
- 4 Lenardt MH, Pasqual DD, Silva IA, Bialy L. Resgatando trajetórias de vida de idosos renais crônicos. Cogitare Enferm. 1999 Jan-Jun; 4 (1): 113-9.
- 5 Castilho CAG, Vásquez ML. El cuidado de si de la embarazada diabética como una via para asegurar um hijo sano. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 74-81.
- 6 Leininger MM. Culture care diversity & universality: a theory of nursing. New York (USA): National League for Nursing; 1991.
- 7 Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis (SC): Editora UFSC; 1999.
- 8 Brasil. Decreto No 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei No 8.842, de 04 de janeiro de 1994: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 3 Jul 1996. 134 (128) Secção 1.
- 9 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. Jama. 1963 Sep; 185 (12): 914-9.
- 10 Lawton MP, Brody EM. Assesment o folder people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969 Sep; 9 (3): 179-86.
- 11 Lefrèvre F, Lefrèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
- 12 Lenardt MH, Michaltuch DO, Kuznierz TP, Santos VL. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. Cogitare Enferm. 2005. Jan-Abr; 10 (1): 16-25.
- 13 Nasri F. Diabetes Mellitus no idoso In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.496-501.
- 14 Creutzberg M, Thober E, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. Rev. Bras. Enferm. 2005 Jul-Ago; 58 (4): 438-43.
- 15 Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sobre a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev. Latino-am. enfermagem 2005 Mai-Jun; 13 (3): 397-406.
- 16 Modesto AP. O cuidado cultural de enfermagem "com" o idoso renal crônico em tratamento hemodialítico [dissertação]. Curitiba (PR): UFPR/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.