

IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: ALTERAÇÕES DO ESTADO DE SAÚDE

Luciana Kusumota¹

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues²

Sueli Marques³

Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):525-32.

Descrever as alterações do estado de saúde vivenciadas por idosos portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), em tratamento de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial (DPCA), atendidos na Unidade de Diálise e Transplante Renal de um Hospital Público de Ribeirão Preto-SP foi o objetivo deste estudo. Participaram seis idosos, com idade entre 61 e 74 anos, em tratamento com DPCA. O referencial teórico metodológico utilizado foi a história oral temática, proposta por Meihy. Na análise, foi construída a categoria: alterações no estado de saúde dos idosos e evidenciado o diagnóstico da doença, sinais e sintomas da IRC, causas e irreversibilidade.

DESCRITORES: idoso; história; insuficiência renal crônica; enfermagem

ELDERLY PERSONS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE: HEALTH STATUS ALTERATIONS

This study aimed to describe health condition changes as experienced by elderly with Chronic Kidney Failure (CKF), under Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) treatment at the Dialysis and Kidney Transplantation Unit of a public hospital in Ribeirão Preto - SP, Brazil. Participants were six elderly under CAPD treatment, aged 61 to 74 years. The theoretical and methodological framework was thematic oral history as proposed by Meihy. Data analysis led to the category of changes in elderly's health condition and disclosed the diagnosis of the disease, signs and symptoms of CKF, causes and irreversibility.

DESCRIPTORS: aged; history; chronic kidney failure; nursing

ANCIANOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ALTERACIONES EN LA CONDICIÓN DE SALUD

La finalidad de este estudio fue describir las alteraciones en el estado de salud vivenciadas por ancianos con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatorial (DPCA,) atendidos en la Unidad de Diálisis y Transplante Renal de un hospital público de la ciudad de Ribeirão Preto – SP, Brasil. Participaron seis ancianos con edad entre 61 y 74 años en tratamiento con DPCA. El referencial teórico metodológico fue la historia oral temática, propuesta por Meihy. En el análisis, fue construida la categoría: alteraciones en el estado de salud de los ancianos y evidenciado el diagnóstico de la enfermedad, señales y síntomas de la IRC, causas y irreversibilidad.

DESCRIPTORES: anciano; historia; insuficiencia renal crónica; enfermería

¹ Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação - Enfermagem Fundamental, e-mail: kusumota@eerp.usp.br; ² Professor Titular, e-mail: rosalina@eerp.usp.br; ³ Professor Assistente, e-mail: smarques@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no mundo vem acontecendo com destaque desde o início da década de 50, do século XX, e, desde então, buscam-se meios para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e para controlar as morbidades que mais as acometem.

A transformação da situação populacional de alta fecundidade e de alta mortalidade para reduzida fecundidade e cada vez mais baixa mortalidade, fenômeno este denominado transição demográfica, vem favorecendo o aumento progressivo da população idosa⁽¹⁾.

A transição demográfica também expressa alteração no perfil de morbi-mortalidade da população, devido ao fenômeno da transição epidemiológica, ou seja, a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não-transmissíveis. Tais doenças podem acarretar incapacidades, e suas complicações contribuem para prejudicar a qualidade de vida do idoso.

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas a probabilidade de seu aparecimento aumenta com a idade, uma vez que o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis aos processos patológicos, caracterizando a senilidade⁽²⁾. Esses processos, decorrentes de múltiplos e vulneráveis fatores, levam o idoso a apresentar doenças, como as cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, cerebrovasculares, osteoarticulares e endócrinas, que podem ou não estar associadas, caracterizando as comorbidades.

Algumas destas doenças, como hipertensão arterial, diabetes *melittus* e insuficiência cardíaca, predispõem à doença renal no idoso. E as alterações anatômicas e fisiológicas nos rins, decorrentes do processo de envelhecimento renal, constituem um agravante para a patologia renal no idoso, aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos⁽³⁻⁴⁾.

Estudo realizado pela Comissão Regional de Nefrologia do Estado de São Paulo⁽⁵⁾ aponta os diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* como determinantes da insuficiência renal, ressaltando que 30% dos pacientes que apresentaram falência da função renal e foram submetidos a tratamento dialítico, em 1991, eram idosos.

Uma pessoa com idade média de 80 anos tem sua função renal reduzida pela metade e, se acometida

por uma patologia crônica não-transmissível, que pode prejudicar ainda mais a função renal, provavelmente evoluirá para a Insuficiência Renal Crônica (IRC), que é comum no idoso⁽⁴⁾.

A IRC é o resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo⁽⁶⁾, e, uma vez instalada, é necessário um tratamento contínuo para substituir a função renal, e os tratamentos disponíveis são a diálise peritoneal, hemodiálise e o transplante renal.

No tratamento por meio da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial (DPCA), é realizada uma técnica de infusão de líquido de diálise na cavidade abdominal do paciente, favorecendo a depuração do sangue por meio da membrana peritoneal, com a finalidade de remover substâncias que necessitam ser eliminadas pelo organismo. O treinamento do paciente para realizar a DPCA é desenvolvido pela enfermeira do serviço de diálise; entretanto, o tratamento propriamente dito, isto é, a troca das bolsas de diálise, é realizado pelo paciente e/ou familiar em seu domicílio. O paciente retorna ao ambulatório para consultas médicas e de enfermagem periódicas, com objetivo de avaliar o estado de saúde, bem como o tratamento da DPCA, e possíveis complicações.

Na prática profissional, em uma Unidade de Diálise e Transplante Renal, em contato com idosos em DPCA, internados por alguma complicação, observamos as angústias e inseguranças causadas pela limitação da própria doença, como também a presença de outros componentes de ordem emocional e física.

Buscando compreender qual a percepção dos idosos acerca da doença – IRC, nós nos propusemos realizar este estudo. Assim, determinamos o seguinte objetivo:

- descrever as alterações do estado de saúde identificadas nas histórias vivenciadas por idosos portadores de IRC, em tratamento de DPCA e atendidos na Unidade de Diálise e Transplante Renal de um Hospital Público de Ribeirão Preto-SP.

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Buscamos o método “história oral”, para o desenvolvimento deste estudo, pela adequação aos princípios da abordagem qualitativa e por acreditarmos que

a construção histórica de experiências pessoais, relatadas por quem as vivencia, possibilita a compreensão das vivências dos idosos em DPCA. Assim, a pesquisa histórica nada mais é que a construção do conhecimento a partir de informações obtidas na prática profissional⁽⁷⁾.

História oral é um recurso moderno, utilizado como forma de captação de experiências de pessoas dispostas a falar sobre aspectos de sua vida, com o compromisso de se manterem no contexto social. É usada para elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida social das pessoas⁽⁸⁾.

O pressuposto da história oral está na percepção do passado como algo que tem continuidade no presente, e cujo processo histórico não está acabado. Proporciona um sentido à vida social dos depoentes e leitores, levando-os a compreender o seguimento histórico e a se identificar como parte dele⁽⁸⁾. A história revela análise da experiência, e o uso desta, além de ensinar, prepara a sociedade para eventos similares no futuro⁽⁷⁾.

Utilizamos, para este estudo, a história oral temática, que busca o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum assunto específico, um tema pré-estabelecido. A objetividade é direta; aborda questões externas, objetivas, factuais, temáticas, e seu caráter específico lhe confere características diferentes⁽⁸⁾.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2000 a março de 2001. Participaram deste estudo os idosos portadores de IRC, em tratamento de DPCA, inseridos no programa da Unidade de Diálise e Transplante Renal de um Hospital Público de Ribeirão Preto-SP.

Após contato telefônico com os idosos e recebendo permissão para realizar uma visita ao domicílio de cada um, estabelecemos dia e hora convenientes para eles, a fim de realizarmos a entrevista. Para tanto, utilizamos um instrumento contendo dados de identificação e a questão norteadora: *Conte-me sobre o início da insuficiência renal crônica, como tem sido sua vida com ela e com o tratamento de CAPD?* Ressaltamos que foi utilizado o termo CAPD porque tanto os pacientes, quanto os profissionais da área, estão habituados a se referir ao tratamento de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial pela sigla "CAPD" do inglês Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis.

As entrevistas duraram, em média, 45 minutos, foram gravadas em fitas cassete e, posteriormente, transcritas na íntegra para a análise.

A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados exigiu a organização das entrevistas transcritas, com leituras minuciosas e sucessivas, em busca do reconhecimento de seus conteúdos e anotação dos conceitos emergentes mais gerais que possibilitaram a construção das categorias.

A construção das categorias deu-se após a identificação dos conceitos expressos nas falas. A identificação das categorias é um elemento central do processo de análise. Categorizar significa agrupar conceitos que parecem pertencer ao mesmo fenômeno⁽⁹⁾.

Construímos a trajetória histórica a partir dos temas identificados, originando duas categorias: alteração do estado de saúde e trajetória da doença - IRC. Neste trabalho, discutiremos a categoria alteração do estado de saúde, deixando para outro momento a discussão do relato da trajetória da doença - IRC.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, para análise e obtenção de permissão para sua realização. A autorização foi concedida em dezembro de 2000, em seguida, realizamos as entrevistas e resguardamos o seu teor, assegurando que, segundo os princípios éticos, a utilização dos conteúdos dar-se-ia somente para fins desta pesquisa.

Solicitamos aos idosos consentimentos, por escrito, para sua participação na pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre Pós-informado, o qual continha informações sobre a pesquisa, inclusive que as entrevistas seriam gravadas e que asseguraríamos seu anonimato. Houve concordância de todos os idosos.

ANÁLISE HISTÓRICA DE IDOSOS COM IRC EM DPCA

Participaram deste estudo seis idosos de ambos os sexos, com idade entre 61 e 74 anos, procedentes da cidade de Ribeirão Preto-SP e região, em tratamento de DPCA, em um Hospital Público de Ribeirão Preto-SP. O tempo de duração da doença variou entre 01 a 18 anos. O

tempo de início do tratamento variou de 15 dias a 4 anos e 3 meses. A maioria realizava a troca das bolsas de diálise sem dificuldades, sendo que 2 idosos recebiam ajuda do cônjuge durante o procedimento. Todos os participantes receberam treinamento para a realização do procedimento da troca das bolsas de diálise peritoneal, por enfermeiros

que atuavam na especialidade de nefrologia do Hospital em estudo.

Construímos a trajetória histórica a partir dos temas identificados, dos quais se originou a categoria 1, alteração do estado de saúde, assim como as subcategorias descritas na Figura 1.

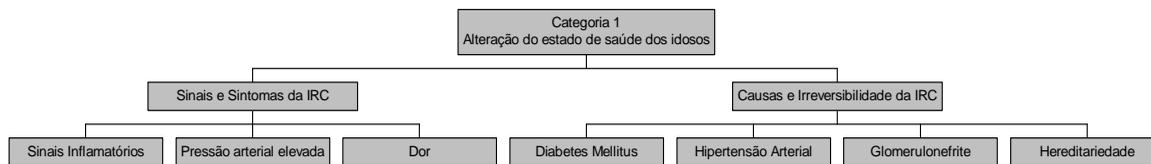


Figura 1 - Trajetória histórica - categoria 1 e subcategorias que emergiram da análise das histórias de idosos com IRC em DPCA

A alteração do estado de saúde, caracterizada pelas mudanças corporais emanadas das narrativas dos idosos, compreende as alterações progressivas da doença crônica não-transmissível, com acometimento de longo período de latência, curso clínico insidioso e prolongado, e irreversibilidade. Os primeiros sinais e sintomas causam impacto, pois, muitas vezes, manifestam as complicações da doença, fazendo surgir certas incapacidades e/ou limitações que levam o idoso a procurar suporte social para investigar o problema detectado. Essa condição envolve mudança na vida da pessoa com reflexo nas relações sociais e psicológicas.

As alterações corporais provocadas pela IRC podem ter diversas origens, seja por nefrosclerose diabética, glomerulonefrite crônica, pielonefrite crônica, nefrosclerose hipertensiva, entre outras que comprometem o funcionamento dos rins, evoluindo para a insuficiência renal crônica^(3,10).

A maior incidência de IRC, em países desenvolvidos, ocorre em idosos diabéticos portadores de hipertensão arterial, com idade entre 61 e 68 anos, sendo que essas principais nefropatias causadoras da IRC são seguidas pelas glomerulonefrites crônicas e doenças císticas do rim⁽⁶⁾.

A IRC é uma síndrome que pode ter início com vários sinais e sintomas. Inicialmente, ocorre uma queda progressiva da filtração glomerular, restando no organismo várias substâncias eliminadas pelos rins, principalmente os catabólitos finais dos compostos nitrogenados, como a uréia. A retenção dessas substâncias provoca alterações no funcionamento de todo o organismo, originando o quadro clínico da uremia, com clearance de creatinina igual ou menor a 10ml/min⁽¹¹⁾.

As manifestações clínicas são conseqüências ou estão associadas às doenças que evoluem com a redução da taxa de filtração glomerular. No início, essas manifestações são mínimas e podem ser indicadas pela presença de fadiga, letargia, fraqueza geral, anorexia, náuseas e vômitos e insônia⁽⁴⁾.

Em casos de lesões renais graves, os rins deixam de eliminar escórias nitrogenadas e ainda não conseguem regular o balanço de água e sódio, provocando a retenção de líquidos e o aparecimento de hipertensão arterial e edema, incluindo o edema agudo de pulmão que, quando não diagnosticado e devidamente tratado precocemente, pode levar a conseqüências graves e potencialmente mortais.

Quando a função renal diminui mais que 50%, é comum observarmos, também, a anemia decorrente da diminuição da produção renal de eritropoetina, que atua na eritropoese⁽⁶⁾.

Identificamos nas falas dos idosos, inicialmente, a alteração do estado de saúde, que classificamos como uma categoria, e elas indicam também o diagnóstico de IRC:

A insuficiência renal começou com uma nefrite, a pressão alta e depois o inchaço, não havia nem jeito de andar, inchou o corpo inteiro e tive anemia (a).

Eu acho que faz muitos anos que iniciou a minha insuficiência renal, porque, quando tinha 24 anos, tive nefrite, e lembro que o médico mandou que ficasse de repouso pelo menos dois meses... fui mecânico durante toda vida e tinha que trabalhar. Fiquei só uma semana deitado, comendo frutas, e não levantava para nada... acho que eu não curei a doença... De vez em quando eu sentia dor nos rins, inflamava, a dor vinha e depois passava. Mas de uns tempos para cá começou a piorar. Quando descobri a pressão

alta estava 20x11. No início da insuficiência renal eu tinha muita fraqueza e dor no músculo do pescoço e no ombro, parecia que tinha um saco de cimento na cabeça, e estava andando a 10 Km... Tinha fraqueza nas pernas e doíam os pés, mas agora melhorou. Um dia nós fomos no mercado e fui pegar no carro um pacote de 5 Kg de arroz para trazer para dentro de casa e eu não conseguia... (e).

A mudança do estado de saúde para esses idosos narradores do estudo é evidenciada pelo aparecimento de sinais e sintomas que caracterizaram a IRC. Os sinais são manifestações objetivas, fazendo parte do aspecto visível da doença, enquanto os sintomas dizem respeito ao caráter invisível da doença, e o portador é quem experimenta as sensações e as expressa, na maioria das vezes, por meio de palavras⁽¹²⁾.

A partir dos sinais e sintomas é possível coordenar os elementos e construir um diagnóstico médico. A doença tem uma construção social com significados diferentes para cada indivíduo de determinado grupo social, e acaba por influenciá-lo na percepção dos sintomas. O aparecimento tardio dos sinais e sintomas da IRC, freqüentemente, é decorrente de complicações de outras doenças que levaram à falência renal. Assim, muitas vezes, os portadores de IRC, por desconhecimento das conseqüências e da gravidade dessa patologia, e por interpretarem os sinais e sintomas como algo passageiro e insignificante, a princípio, tardam a procurar ajuda de profissionais de saúde que possam diagnosticar a doença e iniciar o tratamento precocemente, evitando complicações tardias e irreversíveis.

A diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial são doenças silenciosas, pois nem sempre apresentam sinais e sintomas francos. Os portadores dessas patologias podem desconhecer que as possuem, ou, ainda, têm conhecimento delas, porém não aderem ao tratamento por julgarem-no desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. O não-monitoramento e o tratamento inadequado dessas doenças crônicas não-transmissíveis, com o passar dos anos, desenvolverão lesões lentas e progressivas nos órgãos, dentre eles os rins, podendo levar à IRC.

A insuficiência renal crônica significa que ainda não tem cura... Eu dei uma bobeada, um relaxo, porque a diabetes estava sendo seguida... um dia o Dr. pediu um exame e falou: esse rim não está muito bom, vamos melhorar essa diabetes para ver se melhora, senão você vai acabar perdendo o rim e não demora muito. Mas eu falei: ah, ele está querendo me amedrontar... e eu não voltei mais, só

voltei quando eu fiquei ruim mesmo, aí já não tinha mais jeito... tinha esperança que poderia ser uma fase aguda, mas não era... (b).

Este narrador tem claramente definida a irreversibilidade da IRC e ainda atribui o seu aparecimento a si próprio, uma vez que desacreditou que pudesse realmente perder as funções renais por não seguir o tratamento da diabetes *mellitus*.

O comprometimento renal pela diabetes *mellitus* está relacionado a alterações morfológicas dos glomérulos renais e ao aumento de excreção urinária de albumina. A importância da nefropatia diabética está na associação do aumento da mortalidade de aproximadamente 100 vezes, em portadores de diabetes tipo 1, e de até 5 vezes, para portadores de diabetes tipo 2⁽¹³⁾.

A nefropatia diabética declarada é definida por uma excreção urinária de proteína, excedendo a 0,5g/24h, e chegando a atingir cerca de 30 a 40% dos pacientes diabéticos do tipo 1⁽¹⁴⁾.

O objetivo do tratamento da diabetes *mellitus* é o controle da glicemia, de modo a prevenir complicações, co-morbidades (no caso a IRC) e a mortalidade precoce, com vistas à melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, à independência e autonomia. Para tanto, são imprescindíveis mudanças no estilo de vida do paciente diabético, pois o tratamento medicamentoso só terá sucesso se for acompanhado por uma dieta adequada, prática de exercícios físicos e redução ou até abolição de alguns fatores do estilo de vida, tais como a ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo⁽³⁾.

A teoria do estilo de vida é um modelo de causalidade utilizado na atualidade, ou seja, a doença é compreendida como uma conseqüência do modo pelo qual as pessoas vivem. Há uma série de fatores, como alimentação, sedentarismo, tabagismo e ingestão de bebidas alcólicas, dentre outros, que, em associação com riscos aumentados de ocorrência, podem ocasionar a doença⁽¹⁵⁾.

Também fatores associados podem levar ao aparecimento da IRC, como descrito na fala a seguir:

...desde criança, meu rim tinha algum problema. Eu tive nefrite quando tinha doze anos de idade e um dos rins atrofiou um pouco, isso eu já sabia, mas não influiu, apesar disso eu tinha todas funções renais normais. Mas, surgiu a diabetes, que é um câncer que mata lentamente. Que corrói tudo, acaba com tudo, então a diabete pode ter influído nessa questão do rim. Eu acho que a deficiência do rim decorre da diabetes. Eu sei que tenho diabetes há uns vinte anos, é como eu digo, é lento. Você pode tratar, fazer

tudo que queira, mas ela prossegue lentamente escondida e vai acabando com tudo (d).

Para esse narrador, dois fatores contribuíram para o aparecimento da IRC, a Glomerulonefrite, que o acometeu na infância, e, como ele mesmo comenta, causou uma perda de massa renal – *um dos rins atrofiou um pouco*. Esse fato isolado poderia não evoluir para uma perda da função renal total, pois, embora os rins sejam indispensáveis à sobrevivência do organismo, os seres humanos podem se manter vivos com apenas 10% ou menos de sua função renal normal, mesmo quando sua massa renal for drasticamente reduzida por processos mórbidos⁽¹⁰⁾. Contudo, o narrador foi acometido pelo diabetes *mellitus*, que se estendeu por 20 anos, causou lesões renais progressivas e desencadeou a IRC.

Uma das características do diabetes tipo 2 é a maior incidência após os 40 anos de idade, fazendo-o atingir uma média de duração de 20-25 anos, quando a pessoa já se encontra na velhice⁽¹⁶⁾.

A prevalência da nefropatia diabética, que pode evoluir ou não para a IRC, aumenta com a duração da doença diabetes *mellitus*⁽¹³⁾.

Na fala de outro narrador, podemos identificar o diabetes *mellitus* como a doença causadora de IRC, confirmando os achados da literatura que indicam essa patologia como uma das principais causas de IRC.

Eu percebi porque estava inchando muito. Estava com falta de ar, passando mal. Eu urinava bem ainda, mas o que eu urinava não era o suficiente para tirar o líquido do corpo, então comecei a inchar. Fui ao médico e ele descobriu que eu estava com insuficiência renal crônica, mas a gente não percebe quando está chegando... A minha doença, acho que é de família, porque perdi um irmão com 41 anos, com insuficiência renal, e, há uns três anos, foi o filho desse irmão, acho que foram os rins. A minha mãe também tinha problema de rim... ela inchou muito, das pernas até nos seios, era o Diabetes, e já era problema dos rins... Eu acho que o Diabetes é que leva à doença do rim (c).

A incidência da diabetes *mellitus* tem relação com o fator genético, portanto o narrador da fala acima faz uma dedução certa ao descrever o aparecimento da doença entre os membros da família, e atribui o aparecimento da IRC à existência e duração do diabetes *mellitus*^(14,16).

Também a hipertensão arterial aparece como uma das grandes responsáveis pela doença renal, pois causa danos aos glomérulos renais. Encontra-se entre as morbidades mais freqüentes do adulto, na maioria dos países em desenvolvimento, sobretudo nos grandes

centros urbanos e industrializados⁽³⁾.

A hipertensão arterial é uma elevação dos níveis normais da pressão arterial, que aumentam com a idade, atingindo grande parte da população idosa⁽¹⁷⁾. Os sintomas da hipertensão arterial nem sempre são evidentes, portanto o portador dessa patologia pode permanecer por longo tempo sem diagnosticá-la, enquanto os níveis aumentados da pressão arterial, acima de 130X85mmHg, repercutem lenta e progressivamente sobre tecidos e órgãos, como os rins, levando a diversas complicações.

A insuficiência renal crônica foi um descuido de deixar a pressão muito alta, ela prejudicou o rim, e eu não sabia que eu tinha pressão alta. Quando ia ao médico, nunca mediam minha pressão... O rim é um órgão que tudo que você faz não é a mesma pessoa. Você anda, mas o organismo já não é o mesmo, inclusive você pode ver os glóbulos vermelhos caindo... Você urina muito pouco, porque não tem força. Eu urino muito pouco... dá aquela vontade de urinar e urino um pouquinho e está diminuindo... A nossa família é quase toda hipertensa, isso é hereditário. Não tem ninguém na família que tem problema renal. Eu tenho uma irmã que sofre muito com a pressão alta... Tinha um outro irmão que morreu, com problema renal e complicações. Outro irmão também precisa tomar remédio para pressão. Acho que só tem duas pessoas na família que não tem pressão alta, os outros todos têm... Quando descobriram que eu tinha pressão alta, ela estava 28x16, ficou isso tudo... O médico falou: de pressão alta você não vai morrer mais. Mas eu nunca imaginei que era aquilo. E a gente vai tocando a vida até hoje, controlando-a, tomando um monte de remédios (f).

Freqüentemente, a hipertensão está associada à herança genética, apesar de continuar incerto o tipo de transmissão da doença. A predisposição genética favorece a hipertensão arterial, assim como as interações com os demais fatores de risco, os quais são evidenciados por aspectos biológicos, estilo de vida, além dos ambientais⁽³⁾.

Existem algumas alterações fisiopatológicas responsáveis pela presença de hipertensão arterial no idoso, como a diminuição de elasticidade dos vasos e aumento de aterosclerose, com conseqüente aumento da resistência vascular periférica⁽¹⁸⁾.

Os limites pressóricos considerados normais para um indivíduo adulto são de até 130mmHg para a pressão sistólica e 85mmHg para a pressão diastólica. Limites entre 130-139mmHg para a pressão sistólica e 85-89mmHg para a diastólica são considerados normais limítrofes, exigindo modificações no estilo de vida da pessoa. Pressão arterial com limites sistólicos de 140-159mmHg e limites diastólicos de 90-99mmHg é

considerada como hipertensão leve ou estágio um. Limites sistólicos entre 160-179mmHg e limites diastólicos entre 100-109mmHg determinam a hipertensão moderada ou estágio 2. Limites sistólicos acima de 180 e diastólicos acima de 110 caracterizam a hipertensão grave ou estágio 3. A hipertensão a partir do estágio um exige modificações ao estilo de vida e quase sempre terapia medicamentosa⁽¹⁹⁾.

Os idosos podem apresentar valores muito elevados da pressão arterial sistólica e pressão diastólica de até 85 mmHg, contudo os riscos são semelhantes aos dos indivíduos que possuem elevação das pressões sistólica e diastólica⁽²⁰⁾. O mesmo autor associa o comprometimento renal da hipertensão arterial, principalmente com o espessamento das camadas musculares e elásticas das arteríolas renais que reduzem o fluxo de sangue, propiciando uma isquemia que agrava ainda mais a hipertensão arterial, pois provoca a liberação de renina e compromete a filtração glomerular. A consequência das lesões arteriolas e glomerulares leva à nefrosclerose, ou seja, há uma queda lenta e progressiva da filtração glomerular e uma correspondente perda da função renal.

A categoria alteração do estado de saúde tem atributos essenciais que firmam a natureza da doença renal crônica. Descreve conceitos relacionados à irreversibilidade da condição de doente, ao seu aparecimento lento, progressivo e incurável, e a outras morbidades pré-existentes e à hereditariedade. Ainda quanto à IRC, evidenciamos que a percepção de cada narrador acerca dos sinais e sintomas que indicam o aparecimento da doença talvez não fosse a desejável, baseada em conhecimento e informações que os auxiliassem a compreender o contexto de mudança do processo saúde-doença. Porém, após vivenciarem a situação, puderam identificar e relacionar a condição de doente com a IRC.

É necessário desenvolver estudos para o entendimento da relação entre envelhecimento saudável e doença, pois velhice e doença não são sinônimos. No

processo de envelhecimento saudável, ocorrem alterações fisiológicas, psicológicas e sociológicas individuais, entretanto há maior vulnerabilidade de adoecimento. Há, pois, a necessidade de se destacar a diferença entre ser ou estar um "velho saudável" e um "velho doente"⁽²¹⁾.

Evidenciamos que a preocupação dos idosos em identificar e compreender as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais decorrentes da IRC, contribuiu para melhor enfrentamento da perda de autonomia, incapacidades e adoção de mudanças dos hábitos de vida.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O aparecimento dos primeiros sinais e sintomas característicos da IRC, registrado pelos idosos que os vivenciaram, foi descrito neste trabalho como alteração do estado de saúde.

A alteração do estado de saúde mostrou, na percepção dos idosos, que algo estava errado com sua saúde, e assim demarcaram o início de uma nova trajetória de vida definida como IRC. Essas percepções foram individuais e atribuídas a prévias morbidades crônicas que os acometeram desde a vida adulta, como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e glomerulonefrite.

Os idosos com IRC relataram que não só a doença, mas também o tratamento - DPCA provocaram mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais em seu cotidiano.

A IRC, assim como a DPCA, ocasionam mudanças no estilo de vida e causam alterações corporais e comportamentais nos idosos, decorrentes da condição de doentes crônicos. O enfrentamento dessas situações exige a utilização de estratégias individuais, que constitui um desafio para o idoso.

O enfermeiro pode proporcionar aos idosos meios necessários para que estes desenvolvam mecanismos para enfrentar a IRC, com vistas a melhorar a sua condição de vida e incentivar a família a participar ativamente do processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Geriatr Gerontol* 1996; (1):81-9.
2. Hayflick L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1996.
3. Lessa I, organizador. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo (SP): HUCITEC-ABRASCO; 1998.

4. Smeltzer SC, Bare BG, Brunner e Suddarth. Tratado médico-cirúrgico. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.
5. Comissão Regional de Nefrologia (SP) e Centro de Informática da EPM. Idade, sexo e diagnóstico dos pacientes em diálise na grande São Paulo. *J Bras Nefrol* 1994; 16(2):83-6.
6. Riella MC. Insuficiência renal crônica: Fisiopatologia da uremia. In: Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1996. p.456-76.

7. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: advancing the humanistic imperative*. 2ª ed. Philadelphia: Paperbach; 1999.
8. Meihy JCSB. *Manual de História Oral*. São Paulo (SP): Loyola; 1996.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 1989.
10. Zatz R. Insuficiência renal crônica: mecanismos de adaptação e progressão. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1996. p.450-5.
11. Yu L, Burdmann E, Seguro AC, Helou CM de B, Zatz R. Insuficiência Renal Aguda. In: Zatz R. *Fisiopatologia Renal*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.261-82.
12. Ferreira F. *Semiologia do corpo*. In: Leal OF, organizador. *Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre (RS): Editora da Universidade/UFRGS; 1995. p.89-104.
13. Gross JL, Azevedo MJ de, Silveiro SP, Friedman R, Pecis M. Nefropatia Diabética. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1996. p.413-25.
14. Davidson MB. *Complicações do Diabete Melito – Implicações para os cuidados primários*. In: Davidson MB. *Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Tratamento*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2001. p.239-76.
15. Barreto ML, Carmo EH. *Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos*. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo (SP): HUCITEC/NUPENS-USP; 1995. p.17-30.
16. Franco LJ. *Epidemiologia do Diabetes Mellitus*. In: Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. São Paulo (SP): HUCITEC-ABRASCO; 1998. p.123-38.
17. Nunez JM. *Hipertensión arterial*. In: Organización Panamericana de la Salud. *la atención de los Ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1994. p.91-5.
18. Abreu PF, Sesso R de CC, Ramos LR. *Aspectos renais no idoso*. *J Bras Nefrol* 1998; 20(2):158-65.
19. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. 2002 [citado 20 junho 2003] Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Diretrizes/HA/>
20. Almeida FA de. *Hipertensão arterial essencial*. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1996. p.503-22.
21. Rodrigues RAP, Marques S, Fabrício SCC. *Envelhecimento, saúde e doença*. *Arq Geriatr Gerontolol* 2000; 4(1):15-20.