

**IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO PARA PACIENTE RENAL EM
TRATAMENTO CONSERVADOR**

Importance of self-care for renal patients in conservative treatment

Autores:

Juliana Sousa Paz

Graduada em Nutrição pelas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira - FVR

Rua Johann Sebastian Bach, nº 16

Jardim São Conrado – Registro – São Paulo – CEP: 11900-000

Email: juliana_260289@hotmail.com

Fone: 55 (13) 997199110

Gislene dos Anjos Tamasia

Mestre em Ciências (Nutrição em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo - USP

Professora do curso de Nutrição das Faculdades Integradas do Vale do Ribeira - FVR

Rua Oscar Yoshiaki Magário, nº 185

Jardim das Palmeiras – Registro – São Paulo – Brasil

Fone: (13) 3828-2840

Email: gisleneanjos@gmail.com

Fone: 55 (13) 99626 9761

Autor responsável:

Juliana Sousa Paz

Paz JS; Tamasia, GA. **Importância do autocuidado para paciente renal em tratamento conservador** [artigo] Registro: Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, 2016.

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui atualmente um importante problema de saúde pública no Brasil, agravando-se ainda mais devido a um tratamento ineficiente e diagnóstico tardio, além do não cuidado de doenças que estão associadas a ela como, hipertensão, anemia, diabetes entre outras. O controle da progressão da doença, prevenção ou tratamento das comorbidades está ligado diretamente a um tratamento eficaz. Este estudo teve como objetivo demonstrar através da revisão na literatura a importância do autocuidado para pacientes portadores da DRC em tratamento conservador. Conclui-se que os pacientes com DRC possuem ainda pouca informação a respeito da doença e seu tratamento, tanto quanto ao tratamento nutricional adequado, sendo assim, necessitam de acompanhamento com equipe multidisciplinar para que possa ter um cuidado mais eficiente, melhora da qualidade de vida e conhecimento suficiente para que possam ser responsáveis pelo seu autocuidado.

Palavras-Chave: Autocuidado, Tratamento conservador, Insuficiência Renal Crônica, Estágios da Doença Renal Crônica e orientações nutricionais.

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is currently an important public health problem in Brazil and deteriorated further due to a late diagnosis and inefficient treatment besides not care for diseases that are associated with it such as, hypertension, anemia, diabetes among others. The control of disease progression, prevention or treatment of comorbidities is directly linked to effective treatment. This study aimed to demonstrate by reviewing the literature the importance of self-care for patients with CKD on conservative treatment. Concluding that patients with CKD still have little information about the disease and its treatment, as well as the appropriate nutritional treatment, therefore, require monitoring by a multidisciplinary team in order to have a more efficient care, improved quality of life and sufficient for them to be responsible for self-care knowledge.

Keywords: Self-care, conservative treatment, Chronic Kidney Disease, Stages of Chronic Kidney Disease and nutritional guidelines.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui atualmente um importante problema de saúde pública. As taxas de incidência vêm aumentando em todo o mundo, com a maior incidência nos Estados Unidos (EUA), Taiwan e Japão (LUCIANO, 2012).

No Brasil ainda não existem dados suficientes que possam mostrar a magnitude de ocorrência e prevalência da DRC, assim como também não há dados expressivos quanto à morbidade, hospitalização e mortalidade. Mas, comparada à realidade americana, onde 13% da população apresenta DRC, estima-se que há cerca de 16 milhões de brasileiros com DRC (LUCIANO, 2012). A prevalência de casos em programas de diálise quase que dobrou nos últimos oito anos. A incidência de novos casos de pacientes com DRC cresce cerca de 8% ao ano, sendo o gasto com programas de diálise e transplante renal próximo de 1,4 bilhões de reais ao ano (JUNIOR, 2004).

A DRC caracterizada pela presença da lesão renal associada ou não a diminuição da filtração glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ por um período ≥ 3 meses, é considerada um problema de saúde mundial. No curso da doença é comum o aparecimento de complicações próprias da perda da função, como doença óssea, anemia, desnutrição, acidose metabólica e ocorrência das complicações cardiovasculares. No Brasil, uma grande problemática é as atenções se restringirem quase que exclusivamente ao tratamento no estágio avançado da doença, onde o paciente necessita da Terapia de Substituição Renal (TSR) (BATISTA, 2005).

Os rins são órgãos importantes para a manutenção da homeostase do corpo humano, sendo assim, com a diminuição da filtração glomerular o organismo torna se comprometido, resultado este devido às perdas das funções regulatórias, excretórias e endócrinas comprometendo todos os outros órgãos (CARMO, 2004).

Os principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC são pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HAS), idosos e indivíduos que possuem casos de nefropatia na família. Dessa forma, é necessária uma avaliação anual com exame de urina para identificar a perda de proteína e creatinina sérica, como conduta inicial para prevenção e diagnóstico precoce da DRC em pacientes pertencentes ao grupo de risco (PENA, 2012).

A DRC é tratável e no estágio inicial pode ser detectada por exames laboratoriais simples, com baixo custo e o tratamento precoce pode retardar a evolução para estágio mais

graves da doença ou mesmo comorbidades associadas à doença e até mesmo morte (ROSO, 2013).

Cada indivíduo se adapta as orientações ao seu modo de vida, o que irá seguir ou não. A autonomia é o objetivo base do autocuidado no tratamento conservador na DRC, julgando o que considera melhor para si e fazendo adaptações às orientações (ROSO, 2013).

Evidenciando a importância da informação como passo primordial para o autocuidado de pacientes com DRC, sendo em sua maioria pacientes com informações insuficientes sobre a doença, podendo assim interferir negativamente no tratamento, levando a um seguimento inadequado e trazendo prejuízos e possível progressão da doença (GRICIO, 2009).

Considerando o exposto acima, tem-se como questão principal revisar através de artigos científicos a importância do autocuidado em pacientes renais em tratamento conservador e a importância da informação sobre a doença entre os pacientes que a possuem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com assuntos obtidos através de artigos científicos, com base em pesquisa em bibliotecas virtuais e livros.

Após a escolha e definição do tema foi feita busca através de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde – Bireme, no scientific electronic library online – Scielo, Biblioteca digital de tese – USP, Periódicos CAPES – acesso a revistas internacionais, utilizando palavra-chave como: Autocuidado, Importância autocuidado, Tratamento conservador, Paciente Renal Crônico, Insuficiência Renal Crônica, Estágios da Doença Renal Crônica. Para as orientações nutricionais foi feita pesquisa em livros.

Em seguida foi feita a leitura exploratória do material, reunido e organizado conforme ordem de importância.

Após reunir o material, interpretar os assuntos relacionados com o tema principal e organizar as ideias contidas nos artigos, finalizou-se a revisão bibliográfica com a exposição das literaturas e defesa do tema.

Epidemiologia

A DRC tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica internacional devido sua elevada prevalência atualmente (KIRSZTAJN, 2011). Nos EUA, a prevalência de

DRC em estágio avançado (terminal) aumentou de 10.000 em 1973 para 547.982 em 2008 e mortalidade anual próximo a 25% (LUCIANO, 2012).

No Brasil, não há informação suficiente que possa demonstrar a incidência e prevalência da doença, como também não há dados expressivos que quantifiquem a relação de mortalidade, morbidades e internações. Estima-se cerca de 1,616 milhões de brasileiros possuem DRC (LUCIANO, 2012). Um estudo realizado sobre TSR, baseado em dados coletados em janeiro de 2009 mostrou que havia cerca de 77.589 pacientes em diálise no Brasil e a prevalência e incidência de Doença Renal Crônica em Estágio Terminal (DRET) correspondia a 405 e 144 por milhão na população respectivamente (KIRSZTAJN, 2011).

Estudos epidemiológicos apontam como principais causas da DRC terminal a nefro esclerose e diabetes *mellitus*. Não deixando esquecer, a hipertensão arterial e diabete mellitus como doenças da modernidade que atingem principalmente adultos de meia idade, que por sua vez podem conviver com a doença assintomática por longo período. Entretanto, apesar da falta de manifestação, há o comprometimento dos órgãos (GRICIO, 2009).

Existem cerca de 20 a 25 pacientes com algum grau de disfunção renal, sendo 1,2 a 1,5 milhões de brasileiros com disfunção renal (JUNIOR, 2004).

Conceituação

A Doença Renal Crônica (DRC) é a perda lenta, progressiva e irreversível da função glomerular. Está sendo caracterizada pela diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) dos rins abaixo de 60ml/min/1,73m² durante um período de três meses. Com a taxa de filtração diminuída, os rins ficam incapazes de realizar suas funções corretamente, tendo assim um desequilíbrio metabólico e hidroeletrólítico causando conseqüentemente a uremia (GRICIO, 2009).

A diminuição da TFG ocorre em uma velocidade variável e imprevisível, que oscila entre < 1 a 12 ml/min por 1,73m² por ano, sendo que, a associação de algumas patologias como: hipertensão arterial, hiperglicemia, proteinúria e doenças cardiovasculares podem causar um declínio ainda maior desta perda. A DRC trata-se de uma doença comum, grave, que há tratamento e deve ser prevenida (LUCIANO, 2012).

A DRC para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, é dividida em seis estágios (tabela 1):

Tabela 1. Estadiamento e classificação da doença renal crônica, 2009.

Estágio	Filtração Glomerular (ml/min)	Grau de Insuficiência Renal
0	> 90	Grupos de Risco para DRC Ausência de Lesão Renal
1	> 90	Lesão Renal com Função Renal Normal
2	60-89	IR Leve ou Funciona
3	30-59	IR Moderada ou Laboratorial
4	15-29	IR Severa ou Clínica
5	< 15	IR terminal ou Dialítica

Fonte: JUNIOR, 2009.

Manifestações Clínicas

O estágio da doença em pacientes com DRC deve ser determinado com base nos níveis de função renal, independente de seu diagnóstico. A DRC para efeitos clínicos, didáticos, conceituais e epidemiológicos, é dividida em seis estágios, de acordo com o grau da punção renal. São eles:

Fase 0 - Função renal normal sem lesão: São pessoas que encontram-se no grupo de risco para o desenvolvimento da DRC (hipertensos, diabéticos, parentes de diabéticos e portadores de DRC), que ainda não desenvolveram a lesão renal (JUNIOR, 2009).

Fase 1 - Lesão com função renal normal: Fases iniciais de lesão renal, mas com filtração glomerular preservada, ou seja, a função renal ainda encontra-se acima de 90 ml/min/1,73m² (JUNIOR, 2009).

Fase 2 – Insuficiência renal funcional ou leve: Esta fase ocorre no início da perda da função dos rins. Os níveis de creatinina plasmática e ureia ainda são normais, não há sintomas ou sinais clínicos importantes de insuficiência renal, só métodos mais acurados de avaliação das funções renais poderiam detectar alguma anormalidade. Os rins conseguem manter um controle do meio interno, com uma TFG entre 60 e 89 ml/min/1,73m² (JUNIOR, 2009).

Fase 3 – Insuficiência renal laboratorial ou moderada: Nesta fase os sintomas de uremia estão presentes de forma discreta, mas o paciente mantém-se clinicamente bem. Apresentam na maioria das vezes sintomas ligados às causas básicas (lúpus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, etc.) Em exames laboratoriais simples já é

possível observar níveis elevados de creatinina plasmática e ureia. Fase onde a TFG corresponde a uma faixa de ritmo entre 30 e 59 ml/min/1,73m² (JUNIOR, 2009).

Fase 4 – Insuficiência renal clínica ou severa: Paciente já possui a disfunção renal, com sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a hipertensão, anemia, a fraqueza, o edema, o mal-estar e os sintomas digestivos que são os mais precoces e comuns. TFG encontra se entre 15 a 29 ml/min/1,73m² (JUNIOR, 2009).

Fase 5 – Terminal: Fase onde os rins perderam o controle do meio interno, tornando se este bastante alterado. O paciente encontra se sintomático e suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou transplante renal. Ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m² (JUNIOR, 2004).

A ausência de sintomas nos pacientes em estágios iniciais da doença exige mais atenção dos médicos, especialmente aqueles que possuem fatores de risco. A TFG é a melhor medida para diagnóstico da função renal e a de mais fácil compreensão. A TFG é definida como a capacidade dos rins de eliminar uma substância do sangue e expressa como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo (KIRSZTAJN, 2011).

Na prática clínica a TFG é medida através da mensuração de níveis de substâncias que são produzidas pelo corpo (KIRSZTAJN, 2011).

A uréia e a creatinina são os mais utilizados, não sendo completamente confiáveis, já que seus níveis podem ser vulneráveis a mudanças não relacionadas à TFG (KIRSZTAJN, 2011).

A diminuição da TFG leva fatalmente à uremia, que na maioria dos pacientes torna se evidente quando a taxa atinge 15-20 ml/min/1,73m². Sendo os principais sintomas: fraqueza, fadiga, confusão mental, cefaleia, prurido, edema, vômito, infertilidade, constipação, anemia, entre outros. A intensidade dos mesmos varia conforme o comprometimento renal e outros fatores como a idade. Algumas patologias apontadas como uma das principais causas da DRC como Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus acometem principalmente pessoas de meia idade, os quais podem viver períodos longos assintomáticos. Embora haja comprometimento dos rins, pode evoluir para prejuízos das funções renais, devido o seguimento inadequado do seu tratamento (GRICIO, 2009).

Tratamento Conservador

O tratamento conservador é o cuidado de si, ou seja, o modo como cada um se ocupa de si mesmo, não excluindo a atenção aos outros, mas com certa atenção consigo e com seus males, cuidando-se para chegar a um ideal (ROSO, 2013). O tratamento conservador tem como objetivos, intervenções precoces, buscando identificar pacientes com maior chance de desenvolver a DRC, retardar a progressão da doença, o manejo das complicações, e indicação para terapia dialítica no momento preciso, sendo estes fatores primordiais que podem modificar a evolução dos pacientes (SHILS, 2003). Esse processo, baseia-se na diminuição do ritmo da progressão da doença renal, através de orientações dietéticas e tratamento medicamentoso que buscam melhorar o estado nutricional e controlar os distúrbios metabólicos associados à mesma e a uremia (GRICIO, 2009).

Profissionais de saúde devem estar atentos às complicações relacionadas à doença, estresse e ansiedade, promovendo e estimulando o autocuidado. Sendo assim, essa atenção é um dos principais pontos de atenção na busca de melhorar a autoestima, através de orientação e apontamento do caminho para enfrentar a doença e adaptar-se a um novo estilo de vida (ROSO, 2013). Sendo de fato fundamental o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, com a participação de clínico, nefrologista, nutricionista e enfermeira (SILVA, 2007).

Um estudo feito por PACHECO (2009), através de pesquisa documental e entrevista com 51 clientes do ambulatório de uremia do hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2005, visualizou a baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade como fatores que influenciam o entendimento da importância do autocuidado. Os clientes privilegiam o tratamento medicamentoso consagrado na sociedade, sendo tal fato uma grande influência a não adesão ao tratamento conservador, que inclui cuidados com a saúde. Entende-se, portanto, a importância da informação e entendimento sobre sua doença para se tornar um cliente ativo e participante no seu processo de recuperação em relação a sua doença no tratamento conservador (PACHECO, 2009).

A importância da informação é evidenciada como passo primordial para o autocuidado de pacientes com DRC, sendo que geralmente os pacientes possuem informações insuficientes sobre a doença, o que pode interferir negativamente no tratamento, com seguimento inadequado podendo assim trazer prejuízos e acelerar a progressão da doença (GRICIO, 2009).

O conhecimento e consciência da gravidade da doença são essenciais para que cada pessoa possa prevenir as complicações e possa fazer as devidas adaptações no seu cotidiano (ROSO, 2013).

Cada indivíduo se adapta as orientações ao seu modo de vida, o que irá seguir ou não. A autonomia é o objetivo base do autocuidado no tratamento conservador na DRC, julgando o que considera melhor para si e fazendo adaptações às orientações (ROSO, 2013).

Orientações nutricionais

Os amplos distúrbios nutricionais e metabólicos indicam que a terapia nutricional é um fato importante no tratamento de DRC. Sendo os principais objetivos da terapia dietética: manter o bom estado nutricional, prevenir ou minimizar a toxicidade urêmica e os distúrbios metabólicos da insuficiência renal crônica e desacelerar ou bloquear a taxa de progressão de insuficiência renal (SHILS, 2003).

Medidas para retardar a progressão da DRC são fatores importantes no tratamento conservador, como controle glicêmico, controle da pressão arterial, restrição proteica e o tabagismo, sendo ações que retardam o agravamento da DRC. Algumas medidas também são essenciais para prevenir as complicações associadas à doença, como a correção da anemia e alterações nos eletrólitos e acidose, e infecções (SILVA, 2007).

Durante o tratamento conservador, o paciente precisa de cuidados nutricionais especiais. Devido à redução da taxa de filtração glomerular, há acúmulo de produtos tóxicos que deveriam ser excretados na urina, destacando-se os compostos nitrogenados, como uréia, creatinina, ácido úrico entre outros, além de alguns eletrólitos como o potássio e minerais como o fósforo (SILVA, 2007).

Sendo assim, a recomendação nutricional para esse grupo difere daquela recomendada para indivíduos saudáveis. A terapia nutricional no tratamento conservador visa atenuar as manifestações clínicas da síndrome urêmica, principalmente sintomas gastrointestinais, auxiliar no tratamento das complicações metabólicas consequência da redução da TFG, como hipertensão, hiperfosfatemia, hipercalemia, acidose metabólica e resistência à insulina, buscando retardar o desenvolvimento de doença cardiovascular, e tentar manter ou recuperar o estado nutricional (SILVA, 2007).

A terapia nutricional na DRC tem o papel de controlar, ou prevenir a maioria dos distúrbios causados pela doença. Uma das principais medidas a serem tomadas para controlar ou prevenir a sintomatologia urêmica é a restrição proteica, pois além da diminuição da

produção de compostos nitrogenados tóxicos, também reduz de maneira simultânea outras substâncias que contribuem para as alterações relacionadas à uremia como: sulfatos, ácidos, sódio, potássio, fosfato e etc (WAITZBERG, 2009).

Quando a ingestão de proteína excede as necessidades do organismo, a mesma é degradada em ureia e outros compostos nitrogenados que devem ser eliminados pelo rim. Contudo, o paciente portador de DRC, esse processo não ocorre com tanta eficiência, em razão à redução da TFG, tendo como consequência, o acúmulo destes produtos nitrogenados, determinando um quadro de síndrome urêmica ou uremia. Sendo assim a redução da ingestão de fontes proteicas pode diminuir a sintomatologia urêmica, além de reduzir os níveis séricos de fósforo e potássio, diminuir a formação de ácidos e reduzir de forma indireta a oferta de gordura saturada e sódio da dieta. A restrição proteica prolonga o tempo de entrada em diálise e reduz o risco de morte em pacientes no estágio 3,4 e 5 da DRC, seja pelo retardo da progressão da doença ou pela melhora no quadro uremia (SILVA, 2007).

A recomendação de proteína para pacientes em tratamento conservador varia conforme a TFG, sendo, uma TFG maior que 70 não há restrição proteica, TFG de 30 a 70 recomenda-se 0,6 g/kg/dia proteína (sendo, 50% deste recomendado proteína de alto valor biológico (AVB)), TFG menor 30 recomenda se 0,6 g/kg/dia proteína (sendo 50% desta de AVB ou 0,3 + suplementação com mistura de aminoácidos essenciais e cetoácidos) (SILVA, 2007).

A recomendação de Potássio, Sódio, Fósforo, Ferro e Líquidos no tratamento conservador estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Recomendação de potássio, sódio, fósforo, ferro e líquidos no tratamento conservador.

Nutriente	Recomendação
Potássio (mEq/dia)	40 – 70
Sódio (mg/dia)	1.000 - 3.000
Fósforo (mg/kg*/dia)	Menor 10
Cálcio (mg/dia)**	1.400 - 1.600
Ferro (mg/dia)**	10 – 18
Líquidos	Sem restrição

Fonte: Silva, 2007.

*Peso ideal desejável ou ajustado

**Avaliar a necessidade de suplementação

O planejamento dietético torna-se de grande importância para o tratamento, podendo este ser modificado conforme as preferências do paciente, mas sendo necessário o monitoramento minucioso para que os resultados não sejam negativos e para que as prescrições dietéticas sejam seguidas (SHILS, 2003).

A adesão do paciente ao plano alimentar no tratamento conservador principalmente na dieta hipoproteica é difícil, uma vez que, na maioria dos casos, há importante mudança nos hábitos alimentares. Alguns pontos importantes devem ser considerados para auxiliar o aumento da adesão do paciente no novo plano alimentar, como, considerar as preferências alimentares, horários e condições socioeconômicas do paciente; utilizar a lista de equivalente proteico para orientação de um plano alimentar mais flexível; conscientizar do objetivo do plano alimentar proposto, para que o paciente possa saber o motivo e importância das restrições e fazer o acompanhamento para saber o andamento da dieta, podendo fazer modificações quando necessário avaliando também o estado nutricional (SILVA, 2007).

Para avaliação do paciente podem ser utilizados alguns métodos, como o recordatório de 24h, que consiste em estimar minuciosamente informações sobre a quantidade, tipo, preparação e marca dos alimentos consumidos, em medidas caseiras em um período de 24h anterior ao dia em que realiza a entrevista; questionário de frequência alimentar, que consiste em aplicar um questionário contendo uma lista de alimentos e/ou bebidas e perguntar ao entrevistado com qual frequência consome determinado alimento, podendo este, ser por dia, por semana, por mês; registro alimentar de 3 a 7 dias, que consiste no registro feito de todo alimento que é consumido pelo entrevistado em um determinado tempo, que pode variar de 3 a 7 dias (VITOLLO, 2008). Esses métodos têm como objetivo avaliar a adesão do paciente às orientações (SHILS, 2003).

DISCUSSÃO

A DRC é um problema de saúde muito importante, sendo sua evolução dependente da qualidade do tratamento ofertado em seus estágios menos avançados (CARMO, 2004). O tratamento para a DRC depende do estágio em que a doença se encontra e sua evolução, que pode ser conservador com o uso de medicamentos, restrições hídricas e dietas (ROSO, 2013). Quando não há eficácia destes tratamentos, é necessária a intervenção através da diálise que em partes substitui a função dos rins, ou então fazer o transplante renal (GRICIO, 2009).

O diagnóstico precoce, encaminhamento imediato com nefrologista e a prevenção e tratamento das comorbidades para retardamento da progressão da DRC, são ações fundamentais no manuseio da doença. A DRC é uma doença de alta complexidade e com um poder devastador na família, contudo, é necessário mais que uma intervenção médica, sendo importante o processo educativo, preferencialmente com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Apesar da gravidade do aumento da DRC no Brasil, as carências de programas preventivos ainda são enormes (CARMO, 2004).

Um estudo realizado por GRICIO, 2009, onde pesquisou pacientes em tratamento conservador no ambulatório de uremia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, entre agosto a setembro de 2007, contando com a participação de 20 pacientes em tratamento conservador, evidenciou que na maioria dos pacientes entrevistados, estes possuem informações insuficientes a respeito da doença e tratamentos, o que pode interferir negativamente na adesão ao tratamento conservador, e acelerando a progressão da doença. Sendo assim, há uma grande necessidade de uma abordagem educativa com estratégias para estimular os pacientes a aderirem ao tratamento (GRICIO, 2009).

PACHECO (2006) realizou uma pesquisa com 51 pacientes em tratamento conservador no Ambulatório de Uremia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ onde observou a maioria dos entrevistados sendo de baixa renda e de baixo nível de escolaridade, o que sugere atributos que podem influenciar no entendimento da importância do autocuidado, que depende de si mesmo, pois estes privilegiam o tratamento farmacológico, o que influencia a não adesão tratamento com conservador. Ressaltando como GRICIO (2009) a importância de uma abordagem educativa, adesão de hábitos saudáveis, estimulando assim, a participação do paciente no tratamento, entendimento de seu estado e conhecimento das formas de cuidar de si mesmo sem dificuldades.

Já SANTOS (2005), buscou analisar cliente com DRC e a avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado entre os 51 pacientes do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Rio de Janeiro em 2005, onde aplicou uma pesquisa para identificar as expectativas dos sujeitos sobre o tratamento e competência para se auto cuidar. Concluindo que, o déficit do conhecimento sobre as consequências da hipertensão arterial e diabetes associados à DRC e os limites nas escolhas da adesão da terapêutica médica, nutricional e de enfermagem, considerando que as dúvidas que permeiam a vida dos pacientes podem interferir na adesão do tratamento e comprometer a qualidade de

vida, reforçando ainda mais a importância do ensino do autocuidado para que cada indivíduo possa ter autonomia e bem estar assim, aumentando seu potencial para enfrentar a DRC.

CONCLUSÃO

Observou no presente estudo, através de revisão na literatura, que a DRC é atualmente um importante problema de saúde pública, com grande aumento nas taxas de incidência em todo o mundo. No Brasil ainda poucos são os dados que podem mostrar a sua magnitude. Com esses dados somos levados a acreditar que o tratamento conservador para paciente que ainda não estão em estágios avançados da doença é fundamental para redução da progressão da doença e melhora do quadro relacionado com as comorbidades associadas. Faz-se necessário o autocuidado, ou seja, o tratamento de si mesmo como passo primordial para o tratamento nutricional ou farmacológico. Sendo assim, é indispensável o conhecimento do paciente portador de DRC sobre seu estado e o melhor tratamento, para que possa ter maior autonomia e melhor qualidade de vida. A falta de conhecimento sobre a DRC e tratamento ou as doenças associadas entre os pacientes é um ponto negativo para o tratamento conservador. Tendo em vista a falta de conhecimento ou déficit no autocuidado é necessária uma abordagem educativa com uma equipe multidisciplinar orientando o paciente para que este possa cuidar de si próprio. Concluindo-se que o autocuidado no tratamento conservador é positivamente visualizado através do estudo, mas que, para que o cuidado de si torne se aliado do tratamento é necessário o conhecimento e orientação transmitido através de profissionais capacitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos RMR, Bastos MG, Ribeiro LC, Bastos RV, Teixeira MTB. Prevalência da Doença Renal Crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. Rev Assoc Med Bras, 2009; 40-44.

Batista LKC et al. Manuseio da Doença Renal Crônica em pacientes com Hipertensão e Diabetes. J Bras Nefrol, Março 2005;27(1), p. 8-14.

Carmo WB et al. Doença Renal Crônica: Problemas e soluções. J Bras Nefrol, Dezembro 2004;26(4), p. 202-215.

Carvalho LOT, Inaoka NPMM, Palma D, Junior MAG, Carvalhaes JTA. Avaliação Nutricional de crianças e adolescentes com Doença Renal Crônica. *Nutrição na doença renal crônica pediátrica. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr: J Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, abr. 2013;38(1): 27-37.

Cuppari L, Kamimura MA. Avaliação Nutricional da Doença Renal Crônica: desafios na prática clínica. *J Nefrol*, 2009;28-35.

Filho RP. Diagnóstico de Doença Renal Crônica Avaliação da função renal. *J Bras Nefrol*, Agosto 2004; 26(3): Supl. 1, pg. 4-5.

Gricio TC, Kusumota L, Cândido ML. Percepções e conhecimentos de paciente com Doença Renal Crônica em Tratamento conservador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2009; 884-893.

Junior JER. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol*, Agosto 2004; 26(3): Supl. 1, p. 1-3.

Kirsztajn G, Bastos MG. 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;93-108.

Luciano EP 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; 226-234.

Mansur HN, Damasceno VO, Bastos MG. Prevalência da fragilidade entre pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador e em Diálise. *J Bras Nefrol*, 2012; 153-160.

Moreira LB; Fernandes PFCBC; Monte FS; Martins AMC. Adesão ao tratamento Farmacológico em pacientes com Doença Renal Crônica. *J Bras Nefrol*, 2008; 113-119.

Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Características de cliente com Doença renal Crônica: evidências para o ensino do autocuidado. R. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jul/set; 434-439.

Pena PFA, Junior AGS, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. Ciências & Saúde Coletiva, 2012; 3135-3144.

Roso CC et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da Insuficiência Renal Crônica. Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, 2013; 739-745.

Santos I, Pacheco GS, Bregman R. Clientes com Doença Renal Crônica: Avaliação de Enfermagem sobre a competência para o autocuidado. Rev. Enferm, 2007, março; 44-51.

Shils ME, Olson JÁ, Shike M, Ross AC. Tratado de Nutrição Moderna na saúde e na doença. 9ª Ed., Vol II, São Paulo, 2003; 1543-1554.

Silva SMCD, Mura JDP. Tratado Alimentação Nutrição e Dietoterápia. 1ª Ed., São Paulo – ROCA, 2007; 740-762.

Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 4ªEd., São Paulo, 2009; 715-718.

Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento, 1ª Ed., Rio de Janeiro, 2008, parte VII:390-394.