

## AS PRÁTICAS DE CUIDADO DE SI DOS DOENTES IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO DIALÍTICO

[Self-care practices of elder patients undergoing dialytic treatment]

Débora Regina de Oliveira\*

Fernanda Spiel Tuoto\*

Maria Helena Lenardt\*\*

**RESUMO:** Trata-se de estudo exploratório descritivo realizado com doentes idosos renais crônicos, freqüentadores das sessões de hemodiálise em um hospital universitário, da cidade de Curitiba, que teve como objetivo conhecer as práticas de cuidado de si dos doentes idosos submetidos ao tratamento dialítico. A fundamentação teórica do cuidado de si alicerçou-se em Foucault (1985). A coleta dos dados foi realizada por meio de formulário de entrevista, abordando-se questões referentes à identificação e às relacionadas ao cuidado de si. Os dados demonstraram: a idade variou de 60 a 75 anos; 47% possuem o ensino fundamental incompleto e 23% não possuem escolaridade; o tempo de hemodiálise variou de 1 mês a 3 anos; 23,5% apontam a dificuldade de locomoção e 17,6% deles a falta de dinheiro como empecilhos para desenvolver melhor o cuidado de si. Os modos de cuidar de si foram: 41% fazem restrições alimentares parcialmente, não conseguindo seguir a dieta imposta pela nutricionista; 17,6% não fazem esforços físicos; e ainda 20% revelam que rezar é um modo de cuidar-se. Os autores alicerçados nos resultados da pesquisa sugerem que as orientações de cuidados desenvolvidas pela equipe de enfermagem aos idosos devem se adequar à prática destes para que possam exercer influência nos significantes da realidade do cuidado de si do idoso renal crônico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; Idoso; Diálise.

### 1 INTRODUÇÃO

Há relativo consenso quanto ao fato de que o mundo, e até mesmo o Brasil está envelhecendo. Segundo Caldas (1998), hoje a expectativa de vida dos brasileiros é de 68

anos, que no início do século XX era de apenas 33 anos. Veras (1998) afirma que as projeções demográficas indicam um acréscimo de 800 mil idosos a cada ano na população brasileira.

Mezey (1998) declara que o desafio para a enfermagem do século XXI é participar da missão de assegurar qualidade nos cuidados de saúde para pessoas que estão entre os mais vulneráveis: o frágil idoso. Segundo a autora o cuidado com esse doente é complexo e desafiador; ele requer interdisciplinaridade, colaboração com médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas; e os cuidados de enfermagem se centralizam nesses doentes; e ainda que o bom cuidado de enfermagem faz a diferença, quer esses doentes tenham melhora ou piora, querem eles se recuperem ou se debilitem, quer a morte deles seja pacífica ou atormentada.

O envelhecimento, por sua vez, é caracterizado por declínio das funções orgânicas, e com isso maior susceptibilidade a doenças e ao sofrimento que começa a fazer parte do cotidiano do idoso.

Durante o processo de envelhecimento ocorre dificuldade de adaptação do organismo em face das agressões internas e externas. Há modificações evidentes com este processo, como alterações na audição e visão, alterações da capacidade física, que limitam o idoso, levando-o à perda de interação com o convívio social, de autonomia e de independência.

Featherstone (1994) sugere que seria preciso explorar o desenvolvimento dos modos de conciliar o envelhecimento e o curso da vida, que vai além daquele dualismo que procura separar o corpo da vida social. Com isso, pode-se visualizar o tempo que cada pessoa viveu, observar o modo como se inseriu no contexto social e sua organização cultural, para que o cuidado esteja voltado para seus significados de vida e sua história.

De acordo com Fernandes (1999), o envelhecimento reduz a atividade de cada sistema orgânico, além de sofrer influências que colaboram para acelerar essa redução, como genes, hábitos pessoais, tipo de alimentação e o meio em que o idoso se insere.

\* Acadêmicas de Enfermagem da UFPR. Bolsistas de Iniciação Científica-CNPq do GEMSA.

\*\* Prof.<sup>a</sup> Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPR. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela UFSC.

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma dessas doenças que devido à redução dos mecanismos de homeostase dos rins, é facilitada durante o processo de envelhecimento, acometendo mais os idosos que os adultos jovens. Esta doença é caracterizada por uma deterioração progressiva, irreversível, da função renal, na qual a capacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico entra em falência, resultando assim em uma crescente elevação da creatinina e uréia e levando conseqüentemente a uma constelação de sinais e sintomas e anormalidades bioquímicas denominadas uremia.

No Brasil as principais causas que acometem os rins são a glomerulonefrite, a nefropatia diabética, a nefropatia hipertensiva e a nefropatia obstrutiva. A progressão da IRC é decorrente de múltiplos mecanismos vasculares, metabólicos e imunológicos que envolvem fatores hemodinâmicos e mecânicos, substâncias vasoativas, citocinas e fatores de estresse que aceleram o processo oxidativo das células. (Almeida, 1998)

Nos idosos, devido ao processo de envelhecimento, as alterações morfológicas e funcionais dos rins são mais evidentes, demonstrando redução ponderal em torno de 30% e conseqüentemente perda do tecido funcionante, e também a perda de glomerúlos, devido à esclerose e hialinização dessas estruturas, que acarreta obliteração das arteríolas aferentes. E como conseqüência ocorrerá uma série de modificações histológicas, associadas ao distúrbio progressivo e previsível da função renal. A própria diminuição do débito cardíaco e as alterações vasculares próprias do envelhecimento reduzem o fluxo plasmático renal em aproximadamente 10% após os 50 anos de idade.

Netto & Britto (2001) afirmam que a incidência de IRC tem aumentado nos últimos 5 anos, particularmente nas pessoas com mais de 65 anos de idade.

Nos idosos, quando detectada a falência renal, é vital a prevenção da piora das condições conseqüentes da hipertensão arterial, infecção urinária, uropatia obstrutiva, insuficiência cardíaca ou desidratação, e principalmente a realização do tratamento substitutivo da função renal e conscientização do doente em face da sua condição.

A escolha do tratamento substitutivo da função renal dependerá das condições clínicas do doente, sendo a hemodiálise a que apresenta maior parcela de doentes (Riella, 1996).

Para Riella (1996), a hemodiálise consiste em um processo extracorpóreo de depuração do sangue através de uma membrana semipermeável com a finalidade de remover substâncias que necessitam ser eliminadas pelo organismo e de fornecer os componentes desejáveis através da solução de diálise.

As sessões de hemodiálise são iniciadas geralmente quando a depuração de creatinina cai abaixo de 8 a 10 ml/min. Porém Netto & Britto (2001) afirmam que indivíduos idosos manifestam os sintomas urêmicos com níveis mais elevados de creatinina, obrigando assim, à utilização precoce de hemodiálise.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, no ano 2000 tinham-se 45 mil doentes em tratamento dialítico no Brasil, sendo que não há dados estatísticos específicos de pessoas idosas neste tratamento.

Nos jovens e adultos as glomerulopatias, em especial a glomerulonefrite crônica, segundo V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante de 1993, é responsável por 23% das causas de IRC nos doentes em tratamento dialítico. A nefropatia diabética no Brasil é registrada como causa da IRC em 17% dos doentes em tratamento dialítico. A hipertensão arterial é citada como causa da IRC no Brasil em 27% dos doentes renais.

Os profissionais da área da saúde, especialmente a enfermagem, que é o sustentáculo do cuidado das unidades de tratamento hemodialítico, precisam ter um olhar atento para o processo de envelhecimento, que engloba, além do envelhecimento biológico, também parâmetros culturais e sociais, que modelam o estilo de vida do idoso e conseqüentemente o cuidado que cada um tem consigo. Este olhar atento mostrará um cuidado diferenciado, voltado para a realidade de cada um dos doentes idosos.

Ao contrário dos jovens e adultos, Campos et al. (1998, p.123) afirmam que:

*"nos quais as manifestações clínicas das uremias dominam o quadro clínico, a IRC no idoso apresenta-se freqüentemente como descompensação de doenças de base, como insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, úlceras pépticas ou demência."*

Para Foucault (1985), a prática do cuidado de si implica que o sujeito se constitua em face de si próprio não como simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve deles cuidar, seja por si mesmo, seja por alguém que para isto tenha competência. Para o autor, em torno dos cuidados consigo há toda uma atividade de palavra e de escrita, na qual se ligam o trabalho de si para consigo e a comunicação de outrem. Tem-se aí um dos pontos mais importantes dessa atividade consagrada a si mesmo: ela não constitui um exercício de solidão, mas verdadeira prática social.

Mayeroff (1971) afirma que a pessoa que cuida está com a outra pessoa, ou seja, está no mundo da outra pessoa que é merecedora de cuidados, envolvendo contínua e

mútua aprendizagem e crescimento por meio da relação de cuidado, estando aberto para si e para o outro, respeitando-o e percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento dentro de seu próprio ritmo.

O cuidado de si é uma gama de idéias e hábitos bem desenvolvidos acerca de si próprios, que nos idosos se apresentam mais evidentes, os quais acompanham o seu sistema cultural, demonstrando, assim, suas crenças, valores e modos de vida, constatados na forma como se cuidam conforme sua ótica cultural e significados. A equipe de enfermagem deve aceitar e respeitar o cuidado de si, que se encontra na raiz de cada doente idoso renal, abrangendo o modo de ser dos doentes e efetivando os cuidados a eles ofertados.

Spradley (1972;1980) compara cada cultura individual a um imenso mapa cognitivo complexo e cada cena cultural a uma região desse mapa, a qual é construída por atributos que organizam algumas partes de experiência individual.

Os doentes revelam muitos segredos à equipe de enfermagem e isto deveria contribuir para que esta conhecesse melhor o doente e conseqüentemente ser o profissional que mais conhece a cultura de cuidados deles.

A enfermagem de uma unidade de hemodiálise sabe dar respostas a tudo ou quase tudo o que diga respeito ao ambiente em que atua. Durante as demandas de cuidados, consegue criar vínculos com os doentes, que são únicos e freqüentemente duradouros; portanto as orientações de cuidados, segundo Rezende (1999), precisam captar a cultura, o vivido do outro, que é um olhar que procura ser ingênuo, que parte da vivência partilhada com o outro ainda que pequena.

Ao orientar o doente idoso renal sobre seus cuidados, a enfermagem deve fazer convergir as vivências do doente, e ir além do contexto hospitalar, para detectar o sentido da informação e a linguagem emitida pelo doente, para que as orientações das práticas de cuidado profissional sejam efetivas. Muitas pessoas, embora compreendam debilmente a sua necessidade de novos conhecimentos, podem sentir-se tão ameaçados pelo desafio às suas antigas significações, que se tornam incapazes de aprender. As orientações de enfermagem para com o doente renal, do ponto de vista do padrão de atendimento de cuidados, são consideradas impecáveis tecnicamente e formalmente; entretanto, se não se adequarem às vivências do doente, pode-se duvidar ou até mesmo não acreditar na efetividade delas.

Assim, nesse estudo, temos como objetivo conhecer as práticas de cuidado de si dos doentes idosos submetidos ao tratamento dialítico.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória de caráter descritivo, desenvolvida em um Hospital de Ensino, em serviço terceirizado, especializado no tratamento de pessoas acometidas de doença renal crônica na cidade de Curitiba, no período de 23 de abril a 19 de junho de 2001. Os participantes foram 17 idosos do primeiro turno das sessões de hemodiálise daquele hospital.

Neste estudo utilizamos a definição de idoso segundo preconiza a Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, estabelecida em 1982 pela Organização das Nações Unidas. Para países como o Brasil, o limite mínimo é de 60 anos para definir a velhice no ciclo de vida humano (Duarte, 1998; Papaléo Netto, 1996).

O cuidado de si foi definido como [...] "uma atitude, uma maneira de se comportar, uma forma de viver [...]" (Foucault, 1985).

Para a coleta dos dados aplicamos um questionário estruturado com perguntas do tipo abertas, abrangendo dois tópicos principais: identificação dos idosos e os relacionados ao cuidado de si. Os resultados foram analisados por meio de agrupamento conforme a semelhança das respostas, apresentadas em números absolutos e percentuais evidenciados em tabelas e gráficos. Para a realização desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos que envolvem os seres humanos, como informação sobre o objetivo, consentimento livre e esclarecimento do doente idoso para a participação no estudo, obedecendo às Normas da Resolução nº 196/96 (Brasil, C.N.S., 1996).

## 3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste tópico, os resultados da pesquisa são apresentados na forma de gráficos, seguidos de discussões associadas à literatura atual e reflexões dos autores.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR IDADE E SEGUNDO GRAU DE INSTRUÇÃO

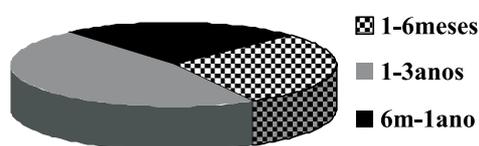


A idade entre os entrevistados teve variação entre 60 e 75 anos, sendo que os idosos entre 60 e 70 anos somam 82,3%, e os de 70 a 75 anos representam 17,6%.

Constatamos no estudo que os doentes pertencem a uma faixa etária elevada e que do total de pacientes do turno da manhã (72 adultos e idosos) em tratamento hemodialítico, os idosos somam 23,6%, o que pode ser considerado índice muito elevado. Pela idade em que eles se encontram e pela situação diante da patologia e tratamento hemodialítico, constatamos que o grau de dependência do cuidado de si destes doentes é muito elevado. Em sua maioria dependem de instituições sociais ou da família para locomoção até a clínica de tratamento. Têm de sair muito cedo de casa e ficam esperando na clínica o início do turno de hemodiálise. Após o término de sua sessão, eles têm de esperar sua condução por horas e chegam em casa muito tarde. Em relação ao grau de instrução, constata-se que 47% dos doentes possuem ensino fundamental incompleto, 23% não possuem escolaridade. Observa-se também que o nível de escolaridade é muito baixo, o que acarreta dificuldades de comunicação e compreensão de informações passadas pela equipe de saúde durante o seu tratamento e acompanhamento; esta baixa escolaridade torna o indivíduo dependente de outras pessoas para o cuidado de si. Aqui é importante ressaltar que a equipe de enfermagem deve estar atenta a este dado, pois a linguagem que ela deve utilizar com estes doentes importa seja a mais acessível possível, de maneira que o doente consiga entender o significado da informação passada e realize a prática do cuidado de si.

O cuidado de si para Epicteto, apud Foucault (1985), é um privilégio-dever, um dom - obrigação que nos assegura a liberdade, obrigando-nos a tornar-nos objeto de toda a nossa aplicação.

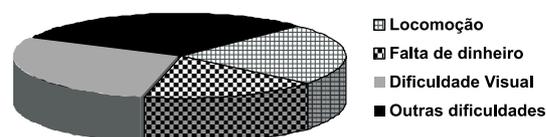
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES EM RELAÇÃO AO TEMPO DE HEMODIÁLISE



Os idosos estão em tratamento hemodialítico, numa variação de um mês a três anos. Os dados acima revelam que 29,4% dos doentes dialisam de 1 a 6 meses, 23,6% dialisam entre 6 meses e um ano, e 47% dialisam entre 1 a 3 anos.

Observa-se que o tempo máximo de hemodiálise se dá até três anos; estatisticamente na clínica ocorrem dois óbitos mensais em média e três transplantes semestrais em média; isso acaba justificando este tempo de hemodiálise. Diante desta situação, diminuem os enfrentamentos para o cuidado de si deste doente, pois terminam convivendo com esta alta estatística de morte de seus colegas de tratamento e muitas vezes ficam desestimulados a continuar o tratamento. Diante desta situação é que a equipe de enfermagem deve estar pronta para colaborar com este doente quanto ao enfrentamento da realidade e deve incentivá-lo a continuar cuidando-se.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS DIFICULDADES ENFRENTADAS, QUE REFLETEM DIRETAMENTE NO CUIDADO DE SI



Observa-se que 23,5% dos doentes apresentam dificuldade de locomoção; 17,6% alegam dificuldades financeiras; 28,5% apresentam dificuldades de acuidade visual e 30,4% apresentam outras dificuldades.

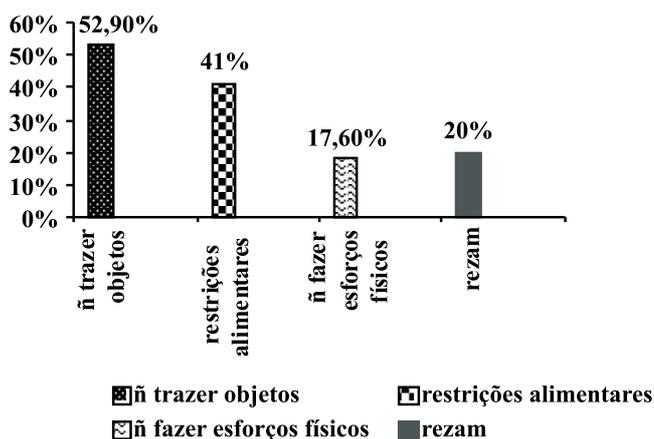
Essas condições muito dificultam o cuidado de si, pois com a doença seus esforços físicos devem ser diminuídos e conseqüentemente vão tornando-se dependentes de outras pessoas para locomoverem-se. Bialy et al. (1999) em estudos anteriores a esse, constataram que 80% dos idosos da unidade, na qual realizaram o estudo, têm renda mensal entre 1 e 5 salários mínimos; seguida de 16% acima de 5 salários mínimos e apenas 4% com menos de 1 salário mínimo. Isto mostra renda mensal baixa; o doente não consegue seguir adequadamente as orientações médicas com relação à dieta alimentar principalmente; entre outros fatores que interferem diretamente em seu cuidado como vestuário, higiene etc. E uma das grandes conseqüências da diminuição da acuidade visual ou até mesmo da perda da visão seria a prevalência do Diabetes Mellitus em idosos acima de 65 anos de idade, o que pode contribuir para o aparecimento da Nefropatia Diabética, uma das conseqüências da Insuficiência Renal.

É visível a importância do acompanhamento da equipe de enfermagem diante da realidade deste idoso; pois a equipe deve ajudar o doente a adaptar o seu cuidado de si, diante da nova realidade que a doença impõe, tentando minimizar as dificuldades e imposições ao doente idoso, pela

estrutura cultural e social vigente, para que ele possa desenvolver como verdadeiro cidadão, o cuidado de si.

Para Foucault (1985) a prática do cuidado de si, tanto no âmbito pessoal como social, necessita evidentemente do conhecimento de si, pois ninguém consegue cuidar-se bem, se não se conhecer bem.

GRÁFICO 4 –DISTRIBUIÇÃO SOBRE O QUE O IDOSO FAZ PARA CUIDAR-SE



Diante destes dados observamos que 52,9% dos doentes não trazem objetos para o hospital. Faz parte de uma das normas da clínica não permitir a entrada do doente na sala de hemodiálise portando objetos pessoais. Os objetos são portadores de significados que minimizam o sofrimento do evento presente. Segundo Geertz apud Lenardt (2001), são símbolos significantes, afastados da realidade e utilizados para impor um significado à experiência. Estes objetos podem ser os mais diversos; algumas vezes observamos que as normas são burladas e os idosos entram com alimentos, escondidos em suas roupas, e ingerem estes alimentos quando não há nenhum profissional por perto.

Segundo Helmam (1994), para membros de diversas sociedades o alimento traz consigo uma série de simbolismos, manifestando e criando relações entre o homem e seu meio ambiente natural. Fica claro que há uma despersonalização deste doente: diante de todas as suas incertezas, ainda sofre este tipo de imposição.

Constatamos, no gráfico 4, que 41% fazem restrições alimentares parcialmente, como cuidado de si, mas não conseguem seguir a dieta orientada pela nutricionista, certamente pelas condições financeiras que apresentam, pelas dificuldades de aceitação da própria família em relação ao preparo dos alimentos e restrições impostas pela dieta e pela vontade de ingerir determinados alimentos que devem ser reduzidos da dieta; pois as restrições alimentares destes

doentes são significativas, precisam realizar uma diminuição da ingestão protéica, calórica, hídrica e de algumas vitaminas etc.

Evidenciamos que 20% revelam que rezar é um modo de cuidar de si. Segundo Lenardt (2001), o sofrimento é por excelência um meio de o devoto se voltar para a divindade e de reavivar sua fé. É como se a fé viesse concomitante ao mal; esta fé traduz-se antes de tudo em calor, entusiasmo, vida, exaltação de toda a atividade mental, transporte do indivíduo acima de si mesmo e torna-se mais evidente nos momentos de crise, ou seja, na doença.

Ainda analisando o gráfico 4, comprovamos que 82,4% continuam realizando esforços físicos; entretanto o doente renal precisa diminuir seus esforços em decorrência da atividade renal diminuída e para preservar o acesso vascular ao tratamento. Embora um lazer saudável seja indicado, como caminhadas diárias freqüentes, constatamos que os idosos participantes desta pesquisa restringem seu lazer em sentar-se diante da televisão.

Para Foucault (1985) o cuidado de si não constitui um exercício de solidão, mas verdadeira prática social.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Foucault (1985), a prática do cuidado de si implica que o sujeito se contemple em face de si próprio não como simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas como indivíduo que sofre de certos males e que deve deles cuidar, seja por si mesmo, seja por alguém que para isto tenha competência.

Diante dos aspectos identificados nas trajetórias de dificuldades para que o doente renal idoso consiga cuidar de si e os principais cuidados que ele tenta realizar, fica visível que a equipe de enfermagem deve inserir-se neste processo de cuidado de si deste doente; deve ter competência para tanto, orientando o doente e construindo junto dele a melhor maneira de ele cuidar-se.

Acreditamos num projeto coletivo em que a equipe de enfermagem se insira numa construção de nova visão do cuidado de si dos doentes renais idosos e estes consigam aperfeiçoar condutas e pensamentos que os auxiliem a adquirir uma melhor qualidade de vida, diante da situação em que se encontram.

Para que a enfermagem possa desenvolver cuidados alicerçados na cultura de cuidado de si dos doentes, exige-se dela, antes de tudo, habilidade para utilizar a estima de si e isto necessita de conhecimento pessoal que se adquire por meio do cuidado de si. Para Foucault (1985), deve o doente ficar face a face consigo mesmo, recolher o próprio passado, colocar diante de si o conjunto da vida transcorrida,

familiarizar-se, pela leitura, com preceitos e os exemplos nos quais se quer inspirar e encontrar, graças a uma vida examinada, os princípios essenciais de uma conduta racional. Para o autor cuidar de si não é sinecura, tanto o cuidado consigo como a comunicação com outrem. Tem-se aí um dos pontos mais importantes dessa atividade consagrada a si mesmo: ela não constitui um exercício de solidão, mas verdadeira prática social.

O cuidado de si exige outras fontes de conhecimento diferenciado, para desenvolver a capacidade de detectar o sentido da informação transmitida pelos doentes e ser capaz de utilizá-la. No processo do cuidado de si, há um mundo entre a ignorância inconsciente de si própria, a segurança dogmática e a tomada de consciência da ignorância. O conhecimento pode e deve trabalhar e negociar sem tréguas com a ignorância.

Nas orientações de cuidados de enfermagem, os cuidados de si dos idosos renais são elementos que se apresentam como pontuais para uma real efetividade dessas orientações.

Talvez seja preciso que os profissionais aceitem, compreendam e manifestem, de forma mais abrangente, a totalidade de sua própria natureza humana, para compreender e promover a totalidade dos outros, (Remem, 1993).

Ousamos sugerir a criação de grupos de convivência com a finalidade de fortalecer os alicerces do cuidado de si deste idoso, a partir da troca de experiências entre os demais colegas que fazem parte do mesmo contexto de sofrimento diário em que convivem, e da troca com os profissionais da enfermagem que podem tornar-se os direcionadores do cuidado de si deste doente; assim poderão desenvolver mecanismos de enfrentamento da realidade que vivenciam.

**ABSTRACT:** Descriptive exploratory study with elder chronic renal patients attending hemodialysis sessions in a School Hospital in the city of Curitiba/ Brazil, whose goal was to elucidate self-care practices of these elder patients undergoing dialytic treatment. The study was theoretically grounded by Foucault (1985). Data collection was carried out through an interview formulary with questions related to identification and self-care. Data evidenced the following: age ranged 65 and 75 years; 47% have not finished elementary school and 23% are illiterate; hemodialysis timespan ranged one month to 3 years; 23.5% pointed out difficulties to move over and 17.6% pointed out financial problems as hindrances for better self-care. Self-care ways evidenced: 41% partially diet, not being able to follow up nutritionist's prescribed diet; 17.6% do not perform heavy physical activities; 20% of the patients still unfolded that praying is a way of self-care. Based on this research results, the authors suggest that care counselling effected by the nursing team to elder patients

must be adapted to practice in order to significantly influence elder renal chronic patients' self-care reality.

**KEY WORDS:** Nursing care; Aging; Dialysis.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. B. Revisão-atualização em hipertensão arterial: hipertensão arterial e a progressão da lesão renal. Em que podemos intervir? *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v.20, n.3, p.327-331, set. 1998.
- BIALY, L. et al. Resgatando trajetórias de vida de idosos renais crônicos. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.4, n.1, p.113-118, jan./jun., 1999.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- CAMPOS, A. H. et al. Aspectos renais no idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.
- DUARTE, M. J. R. S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 17-34.
- FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. *Textos Didáticos*, Campinas, n.1, v.13, p.49-71, mar., 1994.
- FERNANDES, M. G. M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. *Nursing*, São Paulo, v.2, n.13, p.26-29, jun. 1999.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III**. O cuidado de si. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- LENARDT, M. H. **Cuidado de adultos e idosos numa unidade hospitalar cirúrgica**. Florianópolis.1999. Tese (Projeto Qualificação Doutorado) Curso de Pós-graduação. Universidade Federal de Santa Catarina.
- \_\_\_\_\_. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. Florianópolis. 2001. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper & Row, 1971.
- MEZEY, M. Quality care for the frail elderly. *Nurs. Outlook.*, St Louis, v.46, n.6, p.291-292, Nov./Dez, 1998.
- NETTO, M. P.; BRITTO, F. C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- REMEM, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.
- REZENDE, A. L. M. Refletir sobre a diferença e a incompletude: um desafio que se impõe aos profissionais de saúde. *Enferm. Rev.*, Belo Horizonte, v.5, n.9/10, p.80-91, jul./dez. 1999.
- RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- SPRADLEY, J., P.; McCURDY, D. W. **The cultural experience: ethnography in complex society**. Chicago: SRA, 1972.
- SPRADLEY, J., P.; McCURDY, D. W. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980.
- VERAS, R. P. Aspectos demográficos. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

Rua Desembargador Motta, 1244 - apto. 1101  
80060-240 - Curitiba - PR  
E-mail: deboraoliv@bol.com.br