

**ATENÇÃO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA COM PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA  
À INSUFICIÊNCIA RENAL: REVISÃO DA LITERATURA**  
LUCIANA ROTA SENA<sup>1</sup>; AURÉLIA DANDA SAMPAIO<sup>2</sup>; FERNANDA LISE<sup>3</sup>, EDA  
SCHWARTZ<sup>4</sup>, LÍLIAN DE MOURA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas 1 – [lucianarotasena@gmail.com](mailto:lucianarotasena@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [aurelia.sampaio@hotmail.com](mailto:aurelia.sampaio@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [fernandaise@gmail.com](mailto:fernandaise@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas – [edaschwa@gmail.com](mailto:edaschwa@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas – [lima.lilian@gmail.com](mailto:lima.lilian@gmail.com)

## **1. INTRODUÇÃO**

A doença renal crônica (DRC) é definida pela presença de anormalidades na estrutura ou na função do rim por mais de três meses e com implicações para a saúde. A perda da função renal é lenta, progressiva e irreversível. Na infância, as etiologias mais comuns são as malformações congênitas do rim e do trato urinário, refluxo vesico-uretral associado à infecção do trato urinário, pielonefrite crônica, distúrbio hereditário e glomerulonefrite (KDIGO, 2013). Em adultos, além dos fatores genéticos, os principais fatores de risco para a DRC estão ligados ao Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, doenças cardiovasculares, tabagistas, etilistas e obesidade (RIELLA, 2003).

De modo geral, a abordagem a DRC, concentra-se nas fases tardias de evolução da doença renal, quando é necessário o uso de alguma forma de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Desta forma, a abordagem aos fatores genéticos pode contribuir para melhorar o manejo desta condição crônica e assim, ofertar cuidados que diminuam a morbimortalidade por DRC. Este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as implicações da predisposição genética à insuficiência renal com o cuidado de enfermagem à pessoa e sua família.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, para tanto foram seguidas as seis etapas: 1) elaboração da pergunta de pesquisa 2) seleção dos estudos primários; 3) identificação das características do estudo e extração dos dados; 4) avaliação dos estudos primários; 5) análise e interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

A busca foi realizada a partir dos cruzamentos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os respectivos termos do Medical Subject Headings (MESH) com o operador booleano “and” nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis on Retrieval System On-Line (MEDLINE) e as as bibliotecas eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science e Cuiden.

Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; artigo disponíveis na íntegra, ou obtido por meio de comutação na instituição de ensino, no intuito de evitar que estudos elegíveis fossem perdidos, que resultaria em viés de seleção. Na seleção não foi estabelecida o recorte de tempo dos artigos publicados. Exclui-se: dissertação, tese, livro ou capítulo de livro, editorial, matéria de jornal, revisão integrativa ou sistemática da literatura, carta ao editor, estudo reflexivo e relato de experiência e estudos que não respondessem ao objetivo da revisão.

Para análise e interpretação minuciosa dos artigos selecionados, utilizou-se um instrumento, contendo os seguintes itens: nome da pesquisa; autoria; revista de publicação; ano de publicação; objetivos do estudo; descrição metodológica; características da amostra; nível de evidência; resultados e conclusões. Na perspectiva de minimizar os vieses, a extração dos dados foi realizada por dois revisores de forma independente, e a resolução das discordâncias ocorreu na presença de um terceiro avaliador.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram analisados sete estudos (CALDERÓ et al., 2007; OLIVERIA; GUERRA; DIAS, 2010; MATTOS; MAYURAMA, 2010; DUARTE et al., 2015; ALMEIDA et al., 2015; PICOLLI; NASCIMENTO; RIELLA, 2017; ELISAKOVA et al., 2018), os quais atenderam os critérios de inclusão, desenvolvidos no Brasil, Espanha e República Checa. Os principais motivos do desencadeamento da DRC foram os fatores genéticos, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (MATTOS; MAYURAMA, 2010; DUARTE et al., 2015; OLIVERIA; GUERRA; DIAS, 2010). Em relação ao fator genético, quando avaliado o grau de parentesco, os familiares dos indivíduos submetidos à TRS têm maior chance de desenvolver DRC, independente do grau de parentesco, acometendo pais, irmãos, avós, tios ou

sobrinhos. É incomum identificar na literatura casos de filhos necessitando de TRS posto que a DRC é frequente a partir dos 50 anos de idade (ALMEIDA et al., 2015).

As famílias com um membro com DRC vivenciam o processo de adoecimento que envolve mudanças no cotidiano para a adaptação a dieta, ingestão de medicamentos, incertezas em relação ao futuro, a mobilização dos membros da família para o cuidado e as repercussões no convívio social (MATTOS; MAYURAMA, 2010). Para avaliar a ocorrência da DRC na família, o enfermeiro dispõe de ferramentas de abordagem familiar como o genograma e ecomapa. O genograma permite delinear a estrutura interna da família (neste caso, identificar a ocorrência de DRC em membros da família) e o ecomapa permite conhecer as interações estabelecidas entre os indivíduos e os sistemas que o cercam (WRIGHT; LEAHEY, 2013), posto que é fundamental a avaliação da história familiar, enfatizando o histórico urinário e renal (SCHWARTZ, LISE, SANTOS, 2018) e a identificação do contexto em que a família está inserida (LISE et al., 2018).

#### 4. CONCLUSÕES

As implicações da predisposição genética à insuficiência renal com o cuidado de enfermagem ao indivíduo e membros da família envolvem o desenvolvimento da competência do enfermeiro para avaliar os indivíduos e as famílias em todas as etapas do desenvolvimento humano, com investigação de fatores genéticos com o uso de instrumentos como o genograma e ecomomapa para avaliar e planejar intervenções para reduzir a morbimortalidade pela DRC e melhorar o bem estar dos indivíduos e suas famílias.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA et al. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.471-478, 2015.
- CALDERÓ, et al., 2007. Atención integral al paciente con poliquistosis renal genética. Perfil clínico y experiencia vital subjetiva. **Rev Soc Esp Enferm Nefrol**, v.10, n.3, p. 227/233, 2007.

DUARTE, G.C.; SCHWARTZ, E.; GONZÁLES, R.I.C.; SANTOS, B.P. Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária. **J Nurs Health**, v.6, n.2, p.287-97 288, 2016.

ELISAKOVA, et al. Bilineal inheritance of pathogenic PKD1 and PKD2 variants in a Czech family with autosomal dominant polycystic kidney disease – a case report. **BMC Nephrology**, v.19, p.163, 2018.

GALVÃO, C.;M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3, p.549-556, 2004.

LISE, F.; SCHWARTZ, E.; SANTOS, B.P.; GARCIA, R.P.; DALL'AAGNOL, J. Tratamento conservador renal: Cuidados de enfermagem a crianças, adolescents e suas famílias. In: TOSO, B.R.G.O.; MANDETTA, M.A. **PROENF Saúde da Criança e do adolescente**, Ciclo 12, v.2. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018, p.97- 155.

Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). Kdigo 2012 clinical practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**,v.3, n.1, p.150, 2013.

MATTOS, M.; MARUYAMA, A.T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Rev. Eletr. Enf**, v.11, n.4, p.971-81, 2009

OLIVERIA, D.G.; GUERRA, W.L.; DIAS, S.B. Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença **Revista de enfermagem integrada**, v.3, n.2, p. 519-524, 2010.

PICOLLI; A.P.; NASCIMENTO; M.M.; RIELLA. Prevalência da doença renal crônica em uma população do Sul do Brasil (estudo Pro-Renal). **Braz. J. Nephrol**, v.39, n.4, p.384-390, 2017.

LISE, F.; SCHWARTZ, E.; FARIAS, J.; FARIAS, L. Tratamento conservador na doença renal crônica. In: SCHWARTZ, E.; LISE, F.; SANTOS, B.P. **Enfermagem em nefrologia: Interfaces do cuidado na doença renal crônica**. Porto Alegre: Moriá, 2018. 196p.

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Medsi, 2012.