

O PACIENTE EM HEMODIÁLISE: AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

THE PATIENT ON HEMODIALYSIS: SELF CARE WITH THE ARTERIOVENOUS FISTULA

EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS: AUTOCUIDADO CON LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

SAMIA JARDELLE COSTA DE FREITAS MANIVA¹

CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS²

Objetivou-se conhecer o autocuidado de pacientes em hemodiálise com a fistula arteriovenosa (FAV). Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em clínica de hemodiálise, da cidade de Fortaleza – CE, conveniada ao Sistema Único de Saúde. Investigou-se 15 pacientes, 9 homens e 6 mulheres. Os dados foram organizados e analisados segundo a análise categorial temática. Dos conteúdos manifestos, surgiram as seguintes categorias: conhecendo os sujeitos participantes, conhecimento do paciente sobre a fistula e cuidados do paciente com a fistula. Os resultados revelaram pacientes com déficit de conhecimento sobre a confecção e funcionamento da FAV e conhecimento dos cuidados com a FAV.

DESCRIPTORIOS: Insuficiência Renal Crônica; Fístula Arteriovenosa; Autocuidado; Diálise Renal.

The objective of this research was to learn about the self care of patients on hemodialysis with the arteriovenous fistula (AVF). It is a descriptive study with qualitative approach, made on a hemodialysis clinic in Fortaleza – CE (Unique Health System-SUS). 15 patients were observed, 9 men and 6 women. The data was organized and analyzed through the Thematic Categorical Analysis. From the manifested contents such categories came up: knowing the participating subjects, patient's knowledge over AVF matter and the cares of the patient with the AVF. The results revealed patients with a deficit of knowledge about the making and functioning of the AVF as well as knowledge about care with the patient with the AVF.

DESCRIPTORS: Renal insufficiency, chronic; Arteriovenous Fistula; Self Care; Renal Dialysis.

El objetivo fue conocer el autocuidado de pacientes en hemodiálisis con la fistula arteriovenosa (FAV). Estudio descriptivo con planteo cualitativo, realizado en clínica de hemodiálisis, en la ciudad de Fortaleza – CE, asociada al Sistema de Salud Pública. Se investigaron 15 pacientes, 9 hombres y 6 mujeres. Los datos fueron organizados y analizados según el análisis de categorías temático. De los contenidos manifestados, surgieron las siguientes categorías: conociendo a los sujetos participantes, información que posee el paciente sobre la fistula y cuidados del paciente con la fistula. Los resultados revelaron pacientes con déficit de conocimiento sobre la confección y funcionamiento de la FAV y falta de conocimiento sobre los cuidados con la fistula.

DESCRIPTORIOS: Insuficiencia Renal Crónica; Fístula Arteriovenosa; Autocuidado; Dialisis Renal.

¹ Enfermeira. Graduada no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. End. R. Alberto Magno, 521, apto 08. Montese. Fortaleza, CE. CEP: 60425-000. Brasil. E-mail: samia_jardelle@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará e do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem (UECE). Brasil. E-mail: consueloaires@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Na Insuficiência Renal Crônica (IRC), ocorre a perda irreversível de grande número de néfrons funcionantes, que pode acontecer de forma rápida ou lenta e progressiva. A depender do grau de comprometimento renal, o paciente apresenta a necessidade de um tratamento que substitua, em parte, a função renal⁽¹⁻²⁾.

O adoecimento renal crônico e o tratamento impõem ao paciente uma nova condição que determina mudanças e alteração no estilo de vida, como: perda do emprego e dependência da Previdência Social; alterações na imagem corporal; restrições hídricas e dietéticas; parcial impossibilidade de locomoção e passeio; diminuição do desejo sexual e impotência; perda da autonomia; depressão; estresse e sentimento ambíguo entre medo de viver e morrer. Essas alterações decorrentes do processo saúde-doença ultrapassam o aspecto biológico e envolvem o contexto social, político, cultural e familiar do indivíduo⁽³⁻⁴⁾.

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em março de 2008, o número estimado de pacientes em diálise era de 39.891; sendo que, 35.928 (89,4%) utilizavam a hemodiálise como modalidade terapêutica e dezenove por cento destes, estão na região nordeste⁽⁵⁾.

A hemodiálise trata-se de um processo complexo e especializado que necessita da adequação de materiais e equipamentos, competência técnico-científica dos profissionais e preparo do paciente. O tratamento hemodialítico depende diretamente da presença de acesso vascular eficiente. Neste contexto, a fístula é considerada o acesso ideal, pois proporciona um bom fluxo sanguíneo, apresenta um tempo maior de utilização e tem baixo índice de complicações para o portador de insuficiência renal crônica^(1,6-7).

Na hemodiálise, o sangue é desviado do paciente para uma máquina onde, através de um dializador, ocorre a filtração extracorpórea. A remoção do excesso de líquidos e a depuração do sangue com a retira-

da de uréia, fósforo, ácido úrico e moléculas médias, ocorre através dos processos de difusão, ultrafiltração e convecção^(2,8).

A manutenção da fístula arteriovenosa exige cuidados fundamentais por parte dos profissionais de saúde e do paciente. Os cuidados dispensados ao paciente e família iniciam-se antes mesmo da sua confecção, mediante a constatação e indicação do tratamento hemodialítico. Neste momento, paciente e família geralmente estão em crise dada às circunstâncias que envolvem o enfrentamento da insuficiência renal crônica. Assim os profissionais de saúde envolvidos na abordagem inicial, com informações sobre o tratamento hemodialítico, detêm-se com objetividade acerca da confecção da fístula arteriovenosa, tendo em vista a emergência na utilização da mesma.

Sabe-se que os profissionais de saúde devem estar preparados para esta fase de enfrentamento do paciente e família, que não diz respeito apenas a aquisição e convívio com a FAV em seus cotidianos, mas que envolvem o adoecimento crônico renal, e por último a hemodiálise, pois são pacientes que permanecem longos períodos dependentes deste tratamento como forma de garantir sua sobrevivência⁽⁸⁾.

Assim sendo, não se pode pensar na especificidade que constitui o procedimento da confecção da fístula arteriovenosa. Deve-se pensar o cuidado ao paciente e família contextualizados no processo de adoecimento, ora agudo e crônico⁽⁶⁾.

Os cuidados adotados no período pós-confecção cirúrgica da fístula são fundamentais para a adequação do acesso à hemodiálise, e envolvem: a elevação do membro nos primeiros dias, troca periódica de curativos pela enfermeira e realizar exercícios de compressão manual para promover a maturação do acesso venoso. Durante o tratamento hemodialítico, o paciente necessita implementar outros cuidados, entre os quais, podem-se citar: vigiar o funcionamento do acesso através da palpação e percepção do frêmito; observar sinais e sintomas de infecção; realizar a higiene; evitar punções venosas e verificação da pressão

arterial no braço da fístula; evitar dormir sobre o braço do acesso e qualquer compressão^(6,9).

O enfermeiro tem atuação contínua e direta com o paciente durante o tratamento hemodialítico, o que possibilita a oportunidade de planejar intervenções educacionais para capacitá-lo a cuidar de sua fístula, tornando-o apto a compreender seu funcionamento e o objetivo das medidas de precaução que devem ser adotadas para evitar sua falência. Percebe-se que são múltiplas as informações que o paciente necessita obter para proceder ao autocuidado da fístula. Logo, torna-se indispensável um programa educativo transversal ao longo do tratamento.

Contudo, o processo interativo enfermeiro-paciente não pode ser resumido ao mero repasse de informações, é essencial que as ações práticas e comunicativas do cuidar estejam entrelaçadas, para que, à medida que necessidades educativas se manifestem, o processo de tomada de decisão possa ser definido em resposta a elas. Assim, pode-se ressaltar que informação, comunicação, conhecimento e afeto desempenham um papel estrutural no autocuidado⁽¹⁰⁾.

O interesse pelo tema surgiu a partir da vivência em estágio do Curso de Graduação em Enfermagem em uma unidade de hemodiálise de hospital público da cidade de Fortaleza, Ceará. Na ocasião, constatou-se que, para manutenção da fístula arteriovenosa destinada à realização do tratamento hemodialítico, era de suma importância o cuidado dos pacientes e familiares nos espaços dos serviços de saúde e, principalmente, nos domicílios. Além da necessidade de cuidados especializados dispensados ao paciente por parte dos profissionais de saúde. Isso possibilitou a formulação de questionamentos que motivaram o desenvolvimento deste estudo: como pacientes que se submetiam a hemodiálise cuidavam da fístula arteriovenosa? Como se dá o autocuidado?

Mediante as considerações apresentadas, delineou-se o objetivo do estudo que foi conhecer o autocuidado de pacientes em hemodiálise com a fístula arteriovenosa.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa dos depoimentos dos pacientes acerca do que sabiam e como cuidavam da fístula arteriovenosa.

O estudo descritivo tem por objetivo descrever, com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade, proporcionando maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi realizada em uma clínica de hemodiálise situada na cidade Fortaleza-Ceará, conveniada ao Sistema Único de Saúde, desenvolvida no período de março de 2006 a abril de 2007. O serviço prestava atendimento a 171 pacientes, destes, 101 eram homens e 70 eram mulheres, através de equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista e psicóloga. As sessões de hemodiálise ocorriam três vezes por semana, com duração aproximada de quatro horas, nos três turnos do dia.

Participaram do estudo 15 pacientes, sendo 9 homens e 6 mulheres. Atendendo aos critérios de inclusão: ser portador de IRC, possuir fístula arteriovenosa como acesso vascular, apresentar condições hemodinâmicas estáveis e de verbalização. Aos sujeitos, foram atribuídos pseudônimos referentes a personagens bíblicos.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2007, por meio da entrevista semi-estruturada, realizada com auxílio de gravador, durante as sessões de hemodiálise. Utilizou-se também o prontuário como fonte de dados da história clínica dos pacientes investigados. A entrevista semi-estruturada foi composta por duas partes, a primeira indagava sobre os dados de identificação sócio-demográfica, como: idade, estado civil, religião, escolaridade, ocupação e renda familiar. A segunda parte foi constituída por questões que abordavam os cuidados que essas pessoas implementavam com a fístula arteriovenosa.

O material coletado foi organizado e analisado segundo a técnica de análise categorial temática em

que seguimos os passos recomendados a seguir⁽¹²⁾. Efetuou-se a transcrição de todas as entrevistas na íntegra, seguida de leitura flutuante. Em um segundo momento, ocorreram as leituras sucessivas, possibilitando a exploração do material obtido, que permitiu o recorte do texto em unidades de registro. Estas forneceram subsídios para a agregação dos dados nas categorias temáticas que vão de encontro com o objetivo proposto. Conhecendo os sujeitos participantes, Conhecimento do paciente sobre a fístula e Cuidados do paciente com a fístula. A análise dos conteúdos foi respaldada na literatura pertinente ao tema.

O estudo respeitou os preceitos éticos e legais em pesquisa com seres humanos, e seguiu as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE, cujo parecer no CEP foi dado por meio do protocolo nº 06273564-0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os sujeitos participantes

Foram investigados 15 pacientes, os quais receberam os seguintes nomes: Abraão, Benjamim, Daniel, Davi, Débora, Ester, Jacó, Josué, Levi, Moisés, Raquel, Rebeca, Rute, Salomão e Sara. A faixa etária variou entre 21 e 66 anos, com idade média de 44 anos. Três pessoas tinham menos de 30 anos, e outras seis, menos de 50 anos. Portanto, em plena fase produtiva da vida.

O grupo investigado apresentou perfil diversificado no que se refere ao estado civil, pois havia homens e mulheres casados ou vivendo em união consensual, solteiros, viúvos e divorciados. A maioria vivia na companhia do cônjuge e filhos, formando família do tipo nuclear. Eram pessoas provenientes da cidade de Fortaleza-CE e de outros municípios do interior do estado. A necessidade de deslocamento intermunicipal para a realização da hemodiálise representava um problema que limitava a convivência familiar, confor-

me identificado em fragmentos da fala de Josué: *Eu moro com minha família, só que por causa desse tratamento eu não vivo diretamente com ela, porque eu tenho que vir pra cá ... A gente vem pra cá no transporte da prefeitura que é muito precário ...*

Josué realizava hemodiálise há quatro anos, e para ele o deslocamento para a capital consistia em fator estressante no tratamento hemodialítico, pois, além do tempo de deslocamento superar duas horas e meia, o transporte utilizado era considerado precário. Outro aspecto relatado por ele era a dificuldade de realizar outras atividades, como trabalhar.

O tempo envolvido com as atividades relacionadas à diálise é uma realidade, muitas vezes ultrapassando seis horas, pois o tratamento hemodialítico tem duração de quatro horas, três vezes por semana. E ainda têm-se o tempo de espera para iniciar o tratamento, onde se verifica o peso, para detectar o ganho acumulado entre uma sessão e outra, e acomoda-se o paciente para a punção do acesso. Ao final da sessão, é necessário aguardar a hemostasia dos vasos e a verificação dos indicadores (peso e pressão). Além disso, podem ocorrer intercorrências como hipotensão/ hipertensão, ruptura do acesso, câimbras, náuseas e vômitos, que precisam ser corrigidas antes de liberar o paciente para casa. Assim, para quem reside em outra cidade e consegue ir e vir nos dias de diálise, o tempo é praticamente exclusivo para a realização do tratamento⁽¹⁴⁾.

Os sujeitos do estudo possuíam baixo poder aquisitivo, a maioria ganhava um salário mínimo, e era dependente do benefício de aposentadoria da Previdência Social. As dificuldades financeiras vivenciadas foram bastante relatadas pelos entrevistados, pois, em decorrência da IRC e do tratamento, os pacientes deixaram de realizar atividades laborativas remuneradas: *A minha maior dificuldade é a financeira ...* (Benjamim). *Eu não consigo emprego em firma nenhuma ... um renal arrumar trabalho em firma não da certo, porque tem que ficar vindo dialisar, qual é a firma que vai querer dar trabalho assim?* (Levi)

Diante do tempo gasto para a realização da hemodiálise e das limitações que são peculiares dessa modalidade terapêutica, muitas atividades significativas tornam-se comprometidas como trabalhar e/ou estudar, o que requer dessas pessoas, uma enorme capacidade de adaptação e de resiliência frente à doença e ao tratamento.

Verificou-se o baixo nível de escolaridade dos participantes, sendo relevante o ensino fundamental incompleto. Apenas duas pessoas tinham concluído o ensino médio. A religião foi outro aspecto investigado, maioria relatou ser católico ou não ter religião definida.

Considerando a importância vital da fístula arteriovenosa para o paciente em hemodiálise, realizou-se o levantamento de dados relacionados à fístula arteriovenosa, buscando informações a partir do prontuário: o local da fístula, número de fístulas confeccionadas, duração da fístula atual, complicações ocorridas e tempo de duração da hemodiálise.

A maioria possuía fístula distal (radiocefálica), no membro não dominante. Apenas três pacientes apresentavam fístulas proximais (braquiocefálica), em decorrência do aparecimento de complicações com fístulas distais anteriores. A literatura aponta que a primeira escolha deve ser a fístula radiocefálica, no braço não dominante, e a segunda opção, a fístula braquiocefálica⁽⁷⁾.

Observou-se que nove pessoas possuíam uma única fístula arteriovenosa ao longo do tempo de tratamento hemodialítico, que variou de 6 meses a 17 anos. As complicações ocorridas e identificadas foram: trombose, ocorrendo com sete pessoas; aneurismas, com duas pessoas; e ruptura da anastomose, com uma pessoa. A literatura explica que a trombose e consequentemente oclusão do acesso vascular é uma ocorrência relativamente freqüente e com elevada morbidade, podendo estar associada à hipotensão severa e à compressão extrínseca inadvertida do acesso⁽¹⁴⁾.

Constatou-se que vários participantes faziam uso da fístula arteriovenosa por um período de tempo superior ao recomendado. O tempo de permanência

da fístula não é preciso, mas estudos mostram que este é de até três anos⁽⁹⁾.

Sabe-se que a falta do seguimento rigoroso na obediência do tempo da fístula favorece a imprevisibilidade da duração do acesso venoso e principalmente predispõe a ocorrência de complicações como a ruptura da anastomose, situação vivenciada por Rebeca: *... esta é minha terceira fístula, a última estourou ano passado, na hora da sessão de hemodiálise ... foi horrível, sujou tudo de sangue ...*

Isto nos permite refletir que falhas como esta são decorrentes da falta da institucionalização de rotinas nos procedimentos operacionais terapêuticos nos serviços de saúde, que neste caso, é especializado, lidando com pessoas em situações de risco de vida, e de grande exposição para o paciente e profissional da saúde. Permite-nos ainda refletir, que lacunas como esta no cotidiano da saúde, denunciam fragilidade na organização e adesão a práticas e saberes dos profissionais, que mesmo sendo pertencentes a instâncias de ordem macroestrutural na saúde do país, perpassa pela dimensão ética individual e multiprofissional, dada a co-responsabilidade e compromisso dos profissionais de saúde por lidar com a vida do outro.

Dentre as complicações existentes, vale ressaltar que a trombose também pode estar associada a hábitos alimentares inadequados e a não realização de restrição hídrica pelos pacientes, conforme observamos em relatos: *Eu bebo muita água diariamente, mesmo sabendo que não posso* (Ester). *Eu tô bebendo muito líquido ... na verdade, eu nunca deixei de beber líquido* (Moisés). *Tem dia que eu exagero, bebo muita água, tem que reduzir ...* (Débora). *Eu como tudo ... não sigo a dieta não* (Abraão).

Esses achados demonstram a necessidade de ações educativas mais efetivas junto a esses pacientes, no sentido de conduzir a uma mudança de comportamento e a promover a realização do autocuidado, assegurando e promovendo sua saúde.

É importante salientar que a falta de controle na ingestão hídrica pode desencadear complicações como hipertensão arterial e edema agudo de pulmão,

além de comprometer o funcionamento da fístula, pois é comum o desenvolvimento de hipotensão, com posterior trombose do acesso, resultante da redução excessiva do volume sanguíneo realizada durante a hemodiálise para retirar o excesso de líquido acumulado no organismo⁽¹⁵⁾.

Conhecimento do paciente sobre a fístula

Para realizar o autocuidado com a fístula, a pessoa portadora de IRC necessita possuir conhecimento e habilidades específicos para que os resultados sejam alcançados⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, perguntou-se aos entrevistados sobre o que sabiam sobre a fístula. Vários depoimentos demonstraram déficit de conhecimento, como explicitado nas falas: *Não me pergunte que eu não sei* (Daniel, Benjamim, Moisés, Davi). ... *também, não perguntei e ninguém me disse nada* (Levi).

Trata-se de algo preocupante, pois essas pessoas realizavam hemodiálise por um período de tempo superior a três anos, e ainda mostravam desconhecimento sobre a fístula. Tal situação interfere diretamente no autocuidado adotado pelo paciente.

Para alguns sujeitos, a fístula tratava-se de um aparelho que fora instalado no braço. Essa construção simbólica retrata a falta de conhecimento sobre o acesso vascular e de como é sua confecção cirúrgica. Para muitos sujeitos, o frêmito, decorrente do fluxo sanguíneo turbulento na anastomose, correspondia ao funcionamento de um motor que “puxava” o sangue do corpo para a máquina de hemodiálise. *Aqui tem um aparelhinho que faz esse barulhinho ...* (Sara, Raquel). *Pra mim, é um aparelho que tem aqui pra puxar o sangue ...* (Ester). *É um motorzinho ...* (Débora, Salomão).

Apenas dois pacientes demonstraram possuir algum conhecimento sobre a confecção e funcionamento da fístula arteriovenosa, e que estavam em conformidade com a literatura: *A fístula é a união e dois vasos, de uma artéria com uma veia, que serve pra, vou dizer com minhas palavras, engrossar os vasos ... que é pra poder a máquina puxar aqui ... a bomba porque se fosse uma veinha*

normal, não puxava, por isso que tem que fazer essa cirurgia. Já faz 4 anos que eu tenho a minha fístula ... (Josué). ... *eu sei que é uma veia ligada numa artéria ... que é a arterial com a venosa ... um rebola o sangue pra máquina e o outro devolve pro corpo* (Jacó).

Torna-se evidente, a partir das falas supracitadas, que os sujeitos apresentaram déficit de conhecimento relacionado à fístula, no que concerne a sua confecção, constituição e funcionamento.

Nesta perspectiva, torna-se necessário ao enfermeiro que lida com o paciente em hemodiálise realizar atividades educativas para que eles tenham maior conhecimento sobre a IRC e seu tratamento, adquiram segurança e subsídios para o autocuidado, e assim, melhor adesão ao tratamento⁽¹⁶⁾.

Cuidados do paciente com a fístula

Considerando que fístula requer uma série de cuidados para sua utilização duradoura, investigamos as principais medidas de autocuidado adotadas pelos pacientes para preservar a fístula. Dentre os cuidados realizados, destacaram-se: não dormir por cima do braço, não pegar peso, não levar pancada no braço da fístula, medidas de higiene e evitar a verificação da pressão arterial e medicações endovenosas no braço da fístula, conforme observado nas falas: *É não dormir por cima do braço, não pegar peso, não pegar pancada, é quando for dialisar, lavar o braço* (Josué, Jacó, Davi, Salomão, Levi, Abraão, Rute, Moisés). *Não pode tirar a pressão no braço da fístula, nem tomar injeção* (Sara, Ester, Salomão, Rute).

De acordo com a literatura, esses cuidados se destinam a proteger o acesso do excesso de peso sobre o braço, pois poderá interromper o fluxo sanguíneo, ocasionando trombose no acesso venoso. Quanto à administração medicamentosa e verificação de pressão arterial, o risco maior não é de trombose, mas a formação de hematomas, e os cuidados visam à preservação da rede venosa daquele braço, onde se localiza a fístula^(9,14,17).

Outros cuidados foram mencionados como a remoção cuidadosa dos curativos no dia posterior à sessão de hemodiálise, para evitar risco de hemorragia, e procurar a unidade de diálise na ocorrência de complicações⁽⁶⁾. ... *tem que ter cuidado na hora de tirar os curativos em casa pra não sangrar ...* (Sara). ... *tem que procurar a clínica assim que acontecer alguma coisa, se a fistula parar, por exemplo ...* (Josué).

Alguns pacientes relataram ter obtido informações junto a outros pacientes, companheiros de sessão, que já realizavam hemodiálise e, segundo eles, eram mais “experientes”. Contudo encontrou-se em alguns participantes, o sentimento de auto-suficiência frente às orientações de autocuidado, em decorrência do longo período de tratamento. *Ninguém precisa me falar nada não, eu sei que cuidados tomar* (Davi). *Já faz muito tempo que eu faço hemodiálise, sou um paciente antigo, já tenho muita experiência. Às vezes, até oriento os novatos que chegam* (Salomão). *Eu já faço hemodiálise a muito tempo, eu já sei ...* (Abraão).

Esta é uma questão que deve ser avaliada com critério, pois pode ocorrer o repasse de informações incorretas entre os pacientes, prejudicando a realização dos cuidados adequados.

A fistula requer uma amplitude de cuidados a serem desenvolvidos e que são de responsabilidade, não apenas do paciente, mas de toda a equipe de saúde que a ele presta assistência⁽¹⁸⁾.

A fistula arteriovenosa assumiu posição de destaque para essas pessoas portadoras de IRC em hemodiálise, uma vez que, permite a realização do tratamento de forma mais segura, proporcionando maior liberdade e conforto, e menor constrangimento, quando comparado ao cateter venoso de acesso central. *O cateter chama muito a atenção ...* (Josué). *Quando eu usava cateter, não podia dormir direito* (Ester). *A fistula é melhor, quando eu usei cateter, eu nem saía de casa* (Davi).

Os sujeitos atribuíram o significado de vida à fistula arteriovenosa, demonstrando confiança no acesso para realizarem a hemodiálise, pois através deste acesso vascular eles têm assegurado sua so-

brevivência. *Pode dizer que a fistula representa a minha vida* (Josué, Jacó, Davi). *Graças a Deus, é por ela que eu to sobrevivendo, quando a minha primeira parou, fiquei desesperada* (Sara).

Percebemos que os participantes sentem extrema dependência da fistula, uma vez que reconhecem a sua importância para o tratamento. Todavia, outros sentimentos também foram apreendidos como tristeza pela doença e tratamento, incômodo e constrangimento diante dos olhares das pessoas.

O paciente em tratamento dialítico vive um conflito diário entre o amor e o ódio à máquina e ao tratamento, e tem a consciência de que sem a diálise, não vive, mas, por outro lado, o tratamento lhe faz lembrar constantemente que sua vida está por um fio⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Na fala de Josué, encontramos situação de preconceito vivenciada pelo entrevistado ao deixar a unidade de diálise: *Eu quero lhe dizer, o que acontece comigo quando eu vou no ônibus ... o pessoal olha pra mim e vê os curativos depois que eu saio daqui, e sai de perto ... e não aconteceu nem uma, nem duas, nem três vezes não, quase toda a vida ...*

Diante disso, constatamos que cuidar do paciente em hemodiálise requer mais que dominar a tecnologia envolvida no tratamento hemodialítico. É também necessário compreender os aspectos subjetivos que permeiam o processo de adoecimento de cada paciente individualmente, auxiliando-o a encontrar novas formas de viver dentro de suas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer os cuidados que os pacientes têm com a fistula arteriovenosa, bem como seu conhecimento sobre a mesma. Verificou-se déficit de conhecimento sobre a confecção e funcionamento da fistula por parte dos pacientes, que independia do tempo de tratamento. Detectou-se que os pacientes apresentaram conhecimento satisfatório no que diz respeito aos cuidados com a fistula arteriovenosa, mostrando que os profissionais de saúde repassam

as devidas orientações para o autocuidado individual, mesmo mediante as lacunas existentes no gerenciamento de ações de saúde em caráter interdisciplinar na qualificação do cuidado individual e coletivo para a clientela.

A prática do autocuidado necessita ser estimulada pela equipe de enfermagem através do apoio e do fornecimento de orientações, uma vez que se destina a melhorar a qualidade de vida da pessoa com IRC em hemodiálise. Para tanto, o paciente necessita ter conhecimento sobre a doença, sintomas e limitações físicas, bem como os cuidados recomendados com a fistula, e ter adesão ao tratamento.

Acredita-se que o conhecimento da realidade investigada venha a contribuir com o cuidado de enfermagem com vistas à interdisciplinaridade de ações de saúde a pacientes portadores de fístulas arteriovenosas, na elaboração de estratégias de autocuidado e na promoção da convivência com esta limitação de forma mais saudável, a partir da responsabilização com o seu próprio tratamento.

REFERÊNCIAS

- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Guyton AC, Hall JE. Micção, diuréticos e doenças renais. In: _____. Tratado de fisiologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. unidade 5, p. 344-57.
- Pietrovsk V, Dall'Agnol CM. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? Rev Bras Enferm. 2006; 59(5):630-5.
- Ramos IC, Queiroz, MVO, Jorge MSB. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. Rev Bras Enferm. 2008; 61(2):193-200.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (BR). Censo dos Centros de Diálise do Brasil. São Paulo: 2008. [citado 2009 jul 03]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>.
- Galera-Fernandez A, Martínez-de Merlo MT, Ochando-García A. Acessos vasculares para hemodiálise: cuidados de enfermagem. Angiologia. 200; 57(2):159-68.
- National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative. Clinical practice guidelines for vascular access. New York: 2006. [citado 2007 jan 25]. Disponível em: http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guideline_upHD_PD_VA/va_intro.htm.
- Moreno V. Familiares de pacientes em hemodiálise: convivendo com condição crônica de saúde. Rev Rene 2008; 9(4):49-56.
- Furtado AM, Lima FET. Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fistula artério-venosa. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(4): 532-8.
- Hardt M. O trabalho afetivo. In: Lancetti A, organizador. O reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 145-57.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 supl.):15-25.
- Rezende RC, Porto, IS. Cuidado de enfermagem para a clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas. Rev. Eletr. Enferm. 2009; 11(2):266-74.
- Ajzen H, Schor N, coordenadores. Guia ambulatorial e hospitalar de nefrologia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2005.
- Queiroz MVO, Dantas MCQ, Ramos IC, Jorge MSB. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico:

- enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades do sujeito. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(1):55-63.
17. Fava SMCL, Oliveira AA, Vitor EM, Damasceno DD, Libânio SIC. Complicações mais frequentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(2):145-50.
18. Ikeda S, Canziani, MEF. Acesso vascular para hemodiálise. In: Ajzen H, Schor N, coordenadores. Guia ambulatorial e hospitalar de nefrologia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2005; p. 257-68.
19. Koepe GBO, Araújo STC. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula arteriovenosa em seu corpo. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(n. esp.):147-51.
20. Santos CM. Hemodiálise. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.* 3ª ed. Porto Alegre: Art-med; 2006. p. 424-41.

RECEBIDO: 10/09/2009

ACEITO: 20/01/2010