



PACIENTES EM HEMODIÁLISE: IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

HEMODIALYSIS PATIENTS: THE IMPORTANCE OF SELF-CARE WITH THE ARTERIOVENOUS FISTULA

LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: LA IMPORTANCIA DEL AUTO CUIDADO CON LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Daniella Caldas Clementino¹, Agnella Mayanna de Queiroz Souza², Débora do Carmo da Costa Barros³, Denise Maria Albuquerque Carvalho⁴, Carlos Renato dos Santos⁵, Simone do Nascimento Fraga⁶

RESUMO

Objetivo: averiguar o conhecimento dos pacientes com doença renal crônica acerca do autocuidado com a fístula arteriovenosa (FAV). **Método:** estudo quantitativo, transversal, descritivo-exploratório, que envolveu 32 pacientes. Coletaram-se os dados mediante a realização de uma entrevista, utilizando-se um roteiro semiestruturado. Analisaram-se os dados segundo o programa SPSS versão 22.0 e R3.33. **Resultados:** 59,4% sexo masculino; 13 (40,6%) com idade entre 41-60 anos; 46,9% casados; 46,9% ensino fundamental incompleto; 46,9% com renda de até um salário mínimo; 30 (93,8%) desempregado; etiologia da DRC: hipertensão e diabetes mellitus; 17 (53,1%) submetem-se à realização de duas ou mais FAV; 16 (50%) FAV confeccionada em região radiocefálica. O score de acertos das questões relacionadas ao autocuidado variou de 15 (62,5%) a 24 (100%). **Conclusão:** os pacientes mostraram-se conhecedores das ações necessárias para a realização do autocuidado, apesar de haver lacunas do conhecimento acerca destes. Diante disso, é importante a equipe de enfermagem estimular a prática do autocuidado para garantir maior durabilidade da FAV e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes. **Descritores:** Diálise Renal; Insuficiência Renal Crônica; Enfermagem; Autocuidado; Fístula Arteriovenosa; Unidades Hospitalares de Hemodiálise.

ABSTRACT

Objective: to investigate the knowledge of patients with chronic renal disease on self-care with the arteriovenous fistula (AVF). **Method:** a quantitative, cross-sectional, descriptive-exploratory study, which involved 32 patients. The data were collected through the understanding of an interview, using a semi-structured questionnaire. The data were analyzed using the SPSS version 22.0 and R3.33. **Results:** 59.4% males; 13 (40.6%) aged between 41-60; 46.9% married; 46.9% incomplete elementary education; 46.9% with income of up to one minimum wage; 30 (93.8%) unemployed; etiology of CKD: hypertension and diabetes mellitus; 17 (53.1%) were submitted to two or more AVF; 16 (50%) AVF made in the radiocephalic region. The score of correct answers related to self-care ranged from 15 (62.5%) to 24 (100%). **Conclusion:** the patients showed knowledge of the actions necessary for performing self-care, although there are gaps in knowledge about these. In addition, it is important that the nursing team encourage the practice of self-care to ensure greater durability of the AVF and, consequently, improve the quality of life of patients. **Descriptors:** Renal Dialysis; Chronic Renal Insufficiency; Nursing; Self-Care; Arteriovenous Fistula; Hemodialysis Hospital Units.

RESUMEN

Objetivo: investigar el conocimiento de los pacientes con enfermedad renal crónica acerca del auto-cuidado con la fístula arteriovenosa (FAV). **Método:** estudio cuantitativo, de corte transversal, descriptivo-exploratorio, en el que participaron 32 pacientes. Los datos fueron recolectados a través de la realización de una entrevista, utilizando un cuestionario semi-estructurado. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 22.0 y R3.33. **Resultados:** el 59,4% hombres; 13 (40.6%) con edades entre 41-60 años; 46,9% casado; 46,9% de educación primaria incompleta; el 46.9% con ingresos de hasta un salario mínimo; 30 (93,8%) personas desempleadas; etiología de la IRC: hipertensión arterial y diabetes mellitus; 17 (53,1%) fueron sometidos a dos o más FAV; 16 (50%) con FAV en la región radiocefálica. La puntuación de respuestas correctas relacionadas con el autocuidado variaron de 15 (62,5%) a 24 (100%). **Conclusión:** los pacientes se mostraron conscientes de las acciones necesarias para el logro de autocuidado, aunque hay lagunas en el conocimiento acerca de estos. Además, es importante que el equipo de enfermería fomentar la práctica de autocuidado para garantizar la durabilidad de la FAV y, conseqüentemente, mejorar la calidad de vida de los pacientes. **Descritores:** Diálisis Renal; Insuficiencia Renal Crónica; Enfermería; Autocuidado; Fístula Arteriovenosa; Unidades de Hemodiálisis en Hospital.

^{1,2,3}Enfermeiras, Universidade de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: daniellacaldas@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2464-8568>; E-mail: maya_queiroz@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5412-1439>; E-mail: deboracosta90@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9955-1587>; ⁴Mestre, Universidade de Pernambuco/UFPE (PE). Recife (PE), Brasil. E-mail: denisecarvalho81@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1825-858X>; ^{5,6}Doutores, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE - Centro Acadêmico de Vitória/CAV. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: carlosrenato@estatistico.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8367-7006>; E-mail: simone.fraga@ufpe.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4161-3714>

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui-se em um problema de saúde pública mundial e crescente, que se caracteriza pela deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual a capacidade do corpo para manter a homeostasia metabólica e hidroeletrolítica falha. Com a redução da função renal, os produtos finais que antes excretavam-se através da urina, acumulam-se no sangue, levando muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT). Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de tratamento contínuo para substituir a função renal, a terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis a diálise, incluindo-se hemodiálise (HD) e diálise peritoneal, além do transplante renal. Para a realização da HD o paciente necessita da confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV).¹⁻²

Dentre os tratamentos para DRC em seu estágio terminal, utiliza-se, com mais frequência, a HD, que impõe ao paciente nova condição que determina mudanças e alterações no estilo de vida em função das limitações que são impostas a essa terapia, que muitas vezes, influenciam na adesão do doente renal ao tratamento. A diálise favorece mudanças que incluem restrições alimentares e hídricas, alterações na imagem corporal, perda da autonomia, diminuição das atividades sociais, limitação da expectativa de vida e sentimento ambíguo entre o medo de viver e de morrer.³⁻⁴

Verificou-se, no Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, que existem 747 unidades de diálise ativas no Brasil. O número total estimado de pacientes no país é de 122.825, representando um aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos 5 anos. Estimou-se que em 2016, 39.714 pacientes iniciaram o tratamento no Brasil. Os principais diagnósticos relacionados à doença renal primária foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), seguidos por glomerulonefrite crônica e rins policísticos. A HD mostrou-se como modalidade predominante de terapia dialítica.⁵

Considera-se a HD um tratamento substitutivo da função renal extra corporal, em que o sangue é bombeado por meio de um acesso vascular para um equipamento, o dialisador, que extrai do sangue toxinas, resíduos nitrogenados e água em excesso, devolvendo, em seguida, o sangue limpo ao paciente. Este processo tem duração de aproximadamente 4 horas, com três sessões por semana. A realização da HD só pode ser

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

estabelecida através de um acesso vascular, que pode ser temporário ou permanente.⁶⁻⁷

Consideram-se a FAV, o enxerto autólogo ou artificial e o cateter temporário duplo lúmen permanente, como os acessos permanentes de escolha para pacientes renais crônicos. O acesso temporário que se utiliza com mais frequência é o cateter temporário de duplo lúmen (CTDL), usado em diálise de urgência, até que realize-se a confecção e/ou maturação da FAV. Para iniciar as punções na FAV, necessita-se aguardar um período de pelo menos 4 semanas após sua confecção, para que ocorra uma dilatação venosa suficiente, pertinente à sua maturação.^{6,8}

A FAV consiste em uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente, geralmente no membro não dominante do paciente, para limitar as consequências de qualquer incapacidade funcional. O local recomendado, inicialmente, é o mais distal, poupando-se os vasos mais proximais, pois caso haja falência da FAV, haverá possibilidade de reconstruí-la em uma localização mais proximal.⁹

Quanto à localização, a FAV classifica-se em distais, incluindo as FAV radiocefálicas no punho e no antebraço; e proximais, que incluem as braquiocefálica, braquiobasílica superficializada e braquioaxilar ou braquibraquial em alça com prótese. Considera-se a FAV o melhor tipo de acesso vascular para o tratamento em HD, por apresentar uma sobrevida mais longa e reduzidas taxas de complicações.⁸⁻⁹

Exigem-se cuidados fundamentais para a manutenção da fístula arteriovenosa, por parte dos profissionais de saúde e do paciente, os quais precisam orientar-se acerca do autocuidado no manejo do seu novo acesso vascular. Ao pensar em cuidados com a fístula arteriovenosa, detecta-se uma amplitude de ações a serem desenvolvidas no período pré-operatório de confecção da FAV, no período de maturação, antes, durante e após as sessões de HD. Proporciona-se a partir desses cuidados realizados maior durabilidade à fístula, que incluem realizar antisepsia com solução antisséptica antes da HD, alternar os pontos de punção na FAV, manter a distância adequada para as punções arterial (3 cm da anastomose) e venosa (5 cm da punção arterial), fixar adequadamente as agulhas, evitar curativos circunferenciais ajustados, poupar o membro do acesso, evitar carregar peso, não dormir sobre o braço, não permitir a verificação da pressão arterial (PA) e de coleta de sangue no membro, não remover crostas formadas pelas punções na região, realizar exercícios diários no membro em que

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

foi feita a FAV, proceder com a compressão adequada para hemostasia após a diálise, verificar diariamente a presença de frêmito na FAV, atentar para qualquer alteração no local da FAV, entre outros tipos de cuidados.⁶

Considera-se primordial o conhecimento dessas informações na manutenção do acesso, pois influencia a atitude e a prática adequada do autocuidado dos pacientes com FAV. A não realização desses cuidados poderá complicar o quadro clínico desses clientes, necessitando de intervenções mais complexas e/ou hospitalizações.^{4,10}

O enfermeiro é um profissional que tem contato com o paciente e manipula o acesso com frequência. Portanto, é capacitado para orientar o paciente quanto a seu uso, avaliar e diagnosticar alterações que podem ocorrer na FAV e, conseqüentemente, impedir a perda do mesmo.^{4,10}

A boa comunicação entre a equipe de saúde e o paciente é essencial para fornecimento do cuidado adequado e contínuo, visando estimular o autocuidado. Demonstra-se, com isto, a importância do papel da equipe de enfermagem nos cuidados diretos aos pacientes, a qual é responsável, principalmente, pelas ações de educação em saúde, para que os pacientes possam se tornar autônomos em seu autocuidado, garantindo assim, maior durabilidade da FAV e, melhora na qualidade do tratamento e de vida do paciente.^{4,10}

A teoria do déficit do autocuidado consiste, basicamente, na capacidade que os indivíduos têm de cuidar de si, desempenhando atividades em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Ela compõe-se de três teorias inter-relacionadas: teoria do déficit do autocuidado; teoria do autocuidado; teoria dos sistemas de enfermagem, as quais relatam que o autocuidado é um comportamento aprendido pela própria pessoa e tem como foco a promoção e a recuperação do autocuidado. O cuidado ajuda o indivíduo a crescer, a se desenvolver, e também na prevenção, no controle e na cura de processos de enfermidades e danos e, quando realizado da maneira correta, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento. É primordial que a pessoa, com FAV em HD, compreenda a importância do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, uma vez que a realização desses comportamentos pode evitar complicações e melhorar a sua qualidade de vida.⁸

Os cuidados realizados com a FAV é o que garantirá sua maior durabilidade e,

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

conseqüentemente, melhora na qualidade do tratamento e de vida do paciente. Diante destas considerações, é importante conhecer os cuidados que eles realizam com o acesso venoso e as principais dificuldades apresentadas sobre o cuidado com a fístula, uma vez que esta é primordial para o tratamento hemodialítico. Além disto, este estudo traz subsídios para o planejamento de um programa de educação aos pacientes, para que eles se sintam motivados à realizar o autocuidado.^{3,11}

OBJETIVO

- Averiguar o conhecimento dos pacientes com doença renal crônica acerca do autocuidado com a fístula arteriovenosa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, com dados prospectivos, desenvolvido no setor de Nefrologia em um hospital público de grande porte e de alta complexidade da região metropolitana do Recife-PE, no período de maio a julho de 2017.

Neste hospital, realizam-se atendimentos diários de HD em uma única sala estruturada com 14 máquinas, uma sala de reuso e uma sala de procedimento. As sessões de HD ocorrem de segunda à sábado, com duração aproximada de quatro horas.

O estudo compõe-se por 32 pacientes portadores de DRC, usuários do referido serviço, que realizavam HD por meio de acesso venoso permanente do tipo FAV. O tamanho amostral limitou-se pela quantidade de pacientes que se enquadram no perfil da amostra no hospital utilizado como referência para o mesmo.

Realizou-se a coleta de dados mediante uma entrevista, utilizando-se um roteiro semi-estruturado, elaborado pelos pesquisadores, que continha os dados de identificação dos pacientes, dados clínicos referentes à doença e do tratamento, além de questionamentos quanto aos cuidados desenvolvidos pelos pacientes sobre a FAV.

Realizou-se a análise dos dados por meio da estatística descritiva. Processaram-se os dados quantitativos por meio de um software estatístico, o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 for Windows, e o R3.33. Codificaram-se os depoimentos utilizados de acordo com o número do formulário de cada paciente (Ex: P6 - paciente 6), a fim de resguardar a sua identidade. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco aprovou esta pesquisa

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

(CAE 65730217.1.0000.5208), visto que ela está de acordo com os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/12.

RESULTADOS

Na tabela 1, mostra-se que os pacientes (n=32) que participaram deste estudo, apresentavam idade entre 19 e 84 anos, com média de 53,22 anos. Dentre eles, 19 (59,4%) eram do sexo masculino e 13 (40,6%) do feminino. Quanto à naturalidade e residência, observou-se que a maior parte dos pacientes era natural de Pernambuco (96,9%) e residiam na região metropolitana do Recife. Além disso, percebeu-se uma predominância dos entrevistados (46,9%) com estado civil casado, com renda familiar de até 1 salário mínimo, e o maior nível de escolaridade apresentado foi o ensino fundamental incompleto.

Quanto à ocupação, 30 pacientes (93,8%) declararam-se desempregados no momento que participaram do estudo. Deste total, 13 (40,6%) tinha remuneração da Previdência

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

Social, o benefício auxílio-doença; 9 (28,1%) obtinham a aposentadoria por invalidez; 2 (6,25%) recebiam pensão e os outros 6 (18,7%) sobreviviam da renda de outros familiares.

Em relação aos dados clínicos dos pacientes, observou-se que 16 (50%) realizavam o tratamento há mais de três anos e 26 (81,2%) apresentavam como etiologia da DRC, a HAS e DM. Os demais (18,7%) apresentavam outras etiologias como rins policísticos e o uso de medicamentos. Verificou-se que 17 (53,1%) pacientes submeteram-se à realização de duas ou mais FAV, enquanto 15 (46,9%) submeteram-se apenas à uma. Quanto ao tempo de confecção da FAV, 11 (34,4%) possuíam há mais de 3 anos. Dentre as localizações de confecção da FAV, a mais frequente foi a radiocefálica (50%), seguidas de braquiocefálica (46,7%) e braquioaxilar (3,1%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes em tratamento hemodialítico em um hospital público da região metropolitana do Recife. Recife (PE), Brasil, 2017.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	19	59,4%
Feminino	13	40,6%
Idade		
19-40 anos	8	25,0%
41-60 anos	13	40,6%
> 60 anos	11	34,3%
Escolaridade		
Analfabeto	1	3,1%
Ensino fundamental incompleto	15	46,9%
Ensino fundamental completo	8	25,0%
Ensino médio	8	25,0%
Ocupação		
Empregado	2	6,2%
Desempregado	30	93,8%
Quantidade de FAVs		
Apenas 1	15	46,9%
2 ou mais	17	57,3%
Tempo de uso da FAV		
Até 3 anos	21	65,6%
Mais de 3 anos	11	34,4%

Demonstra-se, na tabela 2, a avaliação da compreensão dos pacientes acerca dos cuidados com a FAV, e evidenciou-se que das 24 questões, o score de acertos variou entre 15 (62,5 %) e 24 (100%). Evidenciou-se que 26 (81,2%) pacientes apresentaram um score maior ou igual a 20 (83,3%) acertos. Dentre eles, apenas 1 (3,1%) acertou as 24 (100%) questões. Observou-se maior deficiência, sobretudo, em relação ao conhecimento dos pacientes sobre a influência da PA com a durabilidade da FAV, na qual apenas 15 pacientes (46,9%) souberam responder a essa questão.

Dentre os pacientes, 21 (65,5%) lembraram-se dos cuidados como a permanência do curativo após a HD e a colocação de compressas quentes 24 horas após o procedimento, enquanto que 22 (68,8%) citaram o uso de relógios, anéis ou pulseiras no braço da FAV.

Por outro lado, observou-se que todos os 32 (100%) pacientes sabiam da importância da lavagem do braço antes do início da HD, da necessidade da realização de exercícios de compressão manual com a bola, da importância de manter o peso controlado e também da proteção da FAV contra traumatismos.

Tabela 2. Cuidados que os pacientes portadores de DRC têm com sua FAV. Recife (PE), Brasil, 2017.

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(7):1841-52, jul., 2018

Questões acerca do autocuidado com a FAV	n	%
Não é importante lavar o braço antes do início da diálise?	32	100,0%
Realizar exercícios de compressão manual com a bolinha faz com que minha fístula se desenvolva mais rapidamente?	32	100,0%
Devo proteger minha FAV de traumatismo?	32	100,0%
É sempre importante manter meu peso controlado?	32	100,0%
Devo procurar um médico caso observe qualquer anormalidade com a minha FAV?	31	96,9%
Não posso carregar peso do lado da minha FAV?	31	96,9%
Posso verificar a PA no membro da FAV?	31	96,9%
É importante preservar o braço da fístula, evitando administrar medicamentos ou retirar sangue no membro da FAV?	31	96,9%
Tenho que retirar as crostas da FAV?	31	96,9%
Em caso de sangramento devo realizar um curativo compressivo na FAV?	31	96,9%
Nunca observo o funcionamento da minha FAV?	30	93,8%
Não é importante observar diariamente a FAV quanto a presença de alterações?	30	93,8%
É aconselhável reverter os locais de punção?	29	90,6%
Devo retirar imediatamente o curativo do local da punção logo após o término da hemodiálise?	29	90,6%
Posso dormir de qualquer lado independente do membro da FAV?	28	87,5%
Sempre se deve puncionar no mesmo local?	28	87,5%
Não é aconselhável colocar compressa fria caso ocorra a formação de hematoma?	25	78,1%
Ao final da diálise devo retirar uma agulha de cada vez?	24	75,0%
Não é permitido punções muito próximas?	23	71,9%
Não posso retirar os pelos no local da FAV?	23	71,9%
Não tem problema usar relógios, anéis ou pulseiras no braço que possui a FAV?	22	68,8%
Permaneço com o curativo durante 24 horas após a hemodiálise?	21	65,6%
Colocar compressa quente 24h após a hemodiálise ajuda a absorver o hematoma?	21	65,6%
O controle da minha pressão arterial não interfere na durabilidade da minha FAV?	15	46,9%

Realizou-se análise de correlação linear de Pearson entre as variáveis quantitativas (tempo de HD, quantidade de fístulas confeccionadas, tempo de uso da fístula e idade) em relação à quantidade de acertos das questões relacionadas ao autocuidado do paciente com a FAV. Observou-se uma correlação negativa moderada (-0,409) e

$$\hat{y} = 23,394 - 0,05087x$$

Apresentou-se a representação da dispersão com a reta de regressão acima (Figura 1). Observou-se a normalidade nos resíduos através dos testes de Shapiro-Wilk e

significativa a 5%, entre a idade e a quantidade de acertos nas questões relacionadas ao autocuidado. Ajustou-se, com base neste resultado, uma análise de regressão linear simples para estimar a quantidade de acertos (dependente), apresentando a parâmetrização significativa a seguir, (Equação 1):

Anderson-Darling, apresentando uma explicabilidade de aproximadamente 16,7% da variabilidade dos acertos de acordo com o coeficiente de determinação.

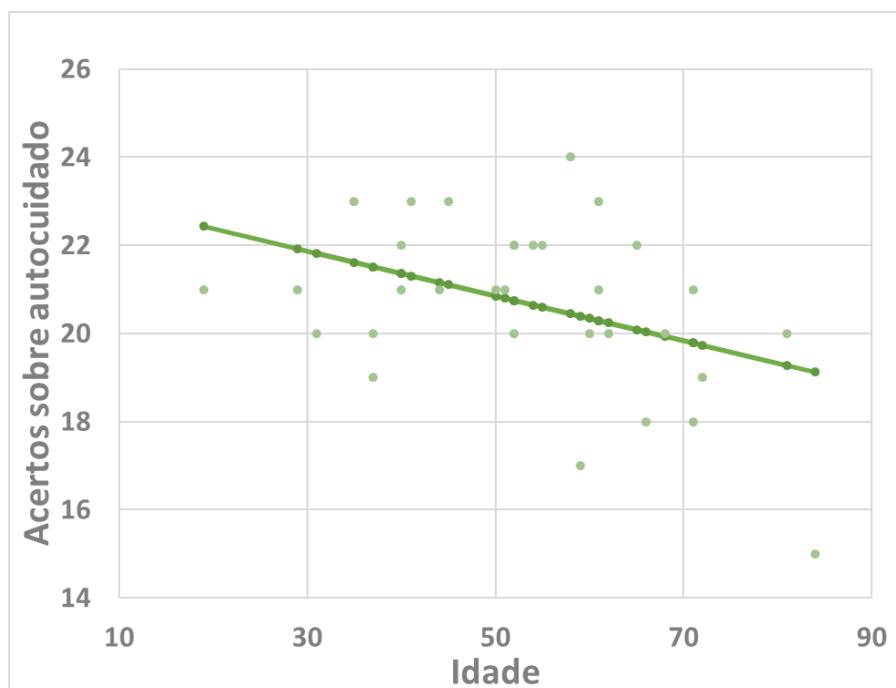


Figura 1. Análise de regressão entre acertos e a idade do paciente. Recife (PE), Brasil, 2017.

Questionou-se os pacientes quanto à dificuldade em realizar os cuidados com a FAV, dentre os quais apenas 6 (18,75%) deles relataram sentir dificuldades em realizá-los, conforme observou-se em relatos:

Sim. Às vezes você quer fazer as coisas e não pode, como pegar coisas no membro da fístula e dormir do lado da fístula. (P6);

Sinto. Quero dormir do lado da fístula e não pode, quero me sentir à vontade com o braço e não posso. (P9);

Sim. Porque não posso fazer nada por causa da fístula. (P26)

Sobre a prática do autocuidado, questionou-se se os pacientes realizavam outros tipos de cuidados com a FAV. Todos os 32 (100%) participantes relataram fazer algum tipo de cuidado:

Lavo com sabão amarelo, coloco gelo e à noite coloco água morna. No outro dia lavo, coloco creme, faço massagem e fico com a bola. (P18);

Tomo cuidado para não bater. No outro dia faço um outro curativo com uma pomada. (P26);

Não brinco com animais e crianças, não pego botijão de água. (P25);

Preservo meu braço sempre. Tenho medo de perder a minha fístula. Tomo muito cuidado. (P19);

Tenho cuidado em tudo o que faço. Hoje evito tudo. (P27); Não deixo ninguém pegar no meu braço. (P21)

DISCUSSÃO

Identificou-se neste estudo que 59,4% dos sujeitos da pesquisa eram do sexo masculino, apesar da DRC atingir, indistintamente, homens e mulheres. Esse dado coincide com os resultados do censo, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), que

aponta o percentual de pacientes em tratamento de terapia substitutiva por HD no Brasil, dos quais 57% eram do sexo masculino.⁴ Demonstrou-se, em um estudo semelhante, o predomínio do sexo masculino (57%).⁶

Observa-se, nessa pesquisa, que a faixa etária variou entre 19 a 84 anos, com predomínio de 40,6% na idade entre 41 e 60 anos, com média de 53 anos. A estrutura e função renal se deterioram com a idade, e a taxa de filtração glomerular (TFG) diminui lentamente com o envelhecimento quando, aos 40 anos de idade, há um declínio de 25%. Além disso, há uma diminuição da massa e volume renal, que associado com as morbidades comuns da terceira idade, ocasiona um aumento da vulnerabilidade do sistema renal, o que acarreta uma perda do equilíbrio interno dos rins, levando estes indivíduos à maior predisposição ao comprometimento renal.¹²⁻¹³ Nesse estudo, contudo, observou-se um novo perfil dos pacientes com DRC, que atinge não somente idosos, que eram considerados como o grupo de risco, mas também jovens e pessoas de meia idade.

Sobre o grau de escolaridade, evidenciou-se que a maior parte dos sujeitos da pesquisa possuíam ensino fundamental incompleto (46,9%). Uma pesquisa em Fortaleza-Ceará também evidenciou o predomínio do ensino fundamental incompleto.¹⁴ O nível de escolaridade é um fator fundamental, uma vez que quanto maior for a escolaridade, maior será o acesso a informações, e melhor a condição econômica. Em contrapartida, a baixa escolaridade pode interferir negativamente no aprendizado do autocuidado e na adesão às práticas saudáveis de vida. Dessa forma, cabe aos profissionais realizarem educação em saúde com uma

linguagem simples, facilitando a compreensão dos usuários e, com isso, contribuindo para uma melhor adesão e seguimento do tratamento.¹⁵

Verificou-se que, quanto à ocupação, 30 (93,8%) pacientes estavam desempregados. A HD impõe ao paciente uma nova condição que determina mudanças e alterações no estilo de vida, as quais se dão em função das limitações impostas por essa terapia. Essas limitações surgem devido à capacidade física alterada; às sessões de HD que são feitas três vezes por semana, com duração de quatro horas (sem contar o tempo de deslocamento para ida e vinda ao centro de diálise); aos transtornos físicos e à necessidade de autocuidado. Tudo isso será obstáculos que os impossibilitarão de trabalhar. A conciliação entre a HD e o emprego é uma questão complexa e difícil, visto que a percentagem de indivíduos que abandona o mercado de trabalho depois de constatada a DRC é significativa.^{3,15-16}

No que tange à causa de base da DRC, notou-se prevalência de HAS, seguida de DM e as doenças de etiologias desconhecidas. Esse dado coincide com os resultados do Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica em que os principais diagnósticos da doença renal primária foram a HAS (34%) e o DM (30%), sendo responsáveis por mais da metade dos indivíduos que estão em tratamento dialítico.⁴ Desenvolveu-se um estudo em dois centros de diálise existentes na cidade de Imperatriz, Maranhão/Nordeste do Brasil, no qual a HAS apresentou-se em 83% dos participantes do estudo e a DM em 25%.¹⁶ É importante salientar que tanto a HAS quanto o DM constituem problemas de saúde pública, que podem ter o controle clínico bem-sucedido, na maioria dos casos, desde que seja feito o diagnóstico precoce e a adesão do paciente ao tratamento proposto. Essas enfermidades, quando não tratadas e controladas adequadamente, desencadeiam de formas distintas, um processo lento e progressivo de degeneração em órgãos e tecidos alvos, dentre eles os rins. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. Necessita-se, para isso, capacitação, conscientização e vigilância dos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados primários, possibilitando, assim, o diagnóstico e encaminhamento precoces ao nefrologista, a fim de retardar a progressão da DRC, prevenir suas complicações e modificar comorbidades presentes.^{1,17}

No que tange às quantidades de fístulas confeccionadas, verificou-se que 17 (53,1%) pacientes submeteram-se à realização de duas

ou mais FAV e 11 (34,4%) possuíam a FAV por mais de 3 anos, contrapondo-se a um estudo realizado no Estado de São Paulo, em que 35 (58,4%) pacientes submeteram-se apenas à realização de uma FAV e 48 (80%) pacientes possuíam a FAV há seis anos ou mais.⁶ A FAV é considerada o melhor tipo de acesso vascular para o tratamento em HD, por apresentar reduzidas taxas de complicações e uma sobrevida mais longa entre 65% e 75% em 3 anos.³ Apesar dos avanços tecnológicos, a manutenção da FAV continua sendo um dos maiores desafios no cuidado do paciente com DRCT. Os problemas relacionados ao acesso são uma das mais frequentes razões para hospitalização desta população e, conseqüentemente, uma das principais causas mobilizadoras de recursos financeiros.⁹

Confecciona-se a FAV no membro não dominante para limitar as conseqüências de qualquer incapacidade funcional, e o local recomendado inicialmente para sua confecção é o mais distal, como a radiocefálica, poupando-se os vasos mais proximais, pois caso haja falência, basta reconstruí-la mais acima.^{9,14} A região radiocefálica do antebraço foi a mais utilizada pelos participantes deste estudo 16 (50%).

Realizam-se cuidados fundamentais para a manutenção da FAV tanto no período pré-operatório de confecção da FAV, no período de maturação e antes, durante e após as sessões de HD. Necessita-se, para isso, que o portador da DRC possua conhecimento e habilidade específicos para que esses resultados sejam alcançados.⁶ Neste contexto, perguntou-se aos entrevistados sobre a prática dos cuidados mais realizados com a FAV (Tabela 2). Dividiram-se os cuidados nos grupos abaixo:

A. Lavagem do braço antes do início da diálise: todos os 32 (100%) pacientes seguem esse cuidado. Os pacientes submetidos à TRS apresentam um alto risco de desenvolver infecção no acesso vascular em virtude do seu estado urêmico, da interrupção da integridade cutânea e das infecções nasocomiais hospitalares e cirúrgicas. A infecção na FAV é pouco frequente (1%-5%).⁸ Contudo, é primordial que os pacientes, antes da punção, lavem o membro em que está a FAV com água e sabão ou outra solução antisséptica, para evitar a infecção local. Verificou-se em outro estudo que apenas 8 (38%) pacientes realizavam esse cuidado.³ Assim, observa-se que os pacientes dessa pesquisa apresentam maior conhecimento acerca desse cuidado.

B. Exercícios de compressão manual: todos os 32 (100%) pacientes souberam responder a essa questão. Realizou-se um estudo no

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

Estado de São Paulo, no qual apenas 28 (46,6%) pacientes realizam esse cuidado.⁶ Após três dias da confecção da FAV, o paciente já deve realizar os exercícios e as manobras para favorecer a dilatação, maturação e melhorar a performance do acesso, mantendo a FAV eficaz para a realização da HD. Consiste-se ,a técnica, em abrir e fechar a mão contra objeto macio.⁸

C. Proteger a FAV contra trauma: todos os 32 (100%) pacientes sabiam da importância desse cuidado. O traumatismo nos vasos da FAV pode predispor ou conduzir a formação de aneurisma, podendo levar, futuramente, a sua ruptura espontânea.⁸ Observou-se em um estudo que 13 (61,9%) pacientes exerciam esse cuidado.³ É imprescindível a realização desse cuidado, uma vez que, evitar traumatismos na fístula protege a mesma da ocorrência de hematomas, trombose e aneurismas, favorecendo sua maior durabilidade.³

D. Manutenção do peso controlado: todos os 32 (100%) pacientes referiram saber da importância desse cuidado, contudo nem todos os realizavam. Realizou-se um estudo no mesmo local, no ano de 2013, o qual demonstrou que apenas 15 (50%) pacientes mencionaram esse cuidado.⁴ É essencial que o paciente mantenha uma nutrição e um controle hídrico adequados, permitindo assim o equilíbrio entre o peso adquirido no período interdialítico e a perda de peso na sessão de diálise. A falta do controle nutricional e da ingestão hídrica pode desencadear complicações como hipertensão arterial, edema agudo pulmonar, hipotensão intradialítica e, conseqüentemente, o comprometimento da FAV, devido à redução excessiva do volume sanguíneo.¹⁴

E. Procurar um médico quando ver anormalidade / Observar o funcionamento da FAV / Observar a presença de alterações: o quantitativo de pacientes que souberam responder às questões relacionadas a esses cuidados é, respectivamente, 31(96,9%), 30 (93,8%) e 30 (93,8%). Identificou-se em outro estudo que 47 (78,3%) pacientes verificavam diariamente a FAV quanto à presença de alterações.⁶ É altamente recomendando a realização desse cuidado, uma vez que eles são essenciais para detecção dos problemas ou complicações que possam comprometer o funcionamento da FAV, possibilitando um diagnóstico precoce e, evitando, assim, a perda do acesso. Verifica-se o funcionamento da FAV diariamente através da presença de frêmito, ausculta de ruídos, presença de sinais de infecção e o aparecimento de edema. Comunica-se à equipe responsável pelo

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

paciente qualquer alteração no local da FAV. A partir disso, observa-se a importância de capacitar e ensinar os pacientes a realização do autocuidado.^{6,8}

F. Carregar peso com o membro da FAV: 31 (96,9%) pacientes souberam responder a essa questão. Apesar do alto índice de acerto, necessita-se sempre orientar os pacientes a cerca dessa prática, uma vez que, pode ocasionar a interrupção do fluxo sanguíneo e levar à trombose no local do acesso, ocasionando sua perda.³

G. Verificar PA / Administrar medicamentos / Retirar sangue / Utilizar relógios, anéis e pulseiras no membro da FAV: o percentual de pacientes que souberam responder às questões relacionadas a esses cuidados é, respectivamente, 31(96,9%), 31(96,9%), 31(96,9%), 22(68,8%). Corroborando com esse estudo, evidenciou-se, em uma pesquisa semelhante, que teve como objetivo identificar o autocuidado com a FAV em pacientes com DRC, que 59 (98,3%) pacientes realizavam esse tipo de cuidado.⁶ Interrompe-se o fluxo sanguíneo, através da aferição da PA no membro da FAV, por conta da pressão exercida sobre o membro no momento do procedimento, podendo levar à trombose da FAV. Já a administração medicamentosa e coleta sanguínea ocasionam múltiplas punções no local da FAV, aumentando o risco para infecções e hematomas e, conseqüentemente, a não preservação da rede venosa daquele membro. A utilização de acessórios no membro da FAV pode comprimir a extremidade e/ou dificultar o retorno venoso, restringindo, assim, a circulação local. Muitos pacientes neste estudo não souberam da importância desse cuidado, necessitando-se uma reorientação acerca deste. Preservar a rede venosa contribui para um fluxo sanguíneo adequado, necessário para a realização da HD, diminuído assim o índice de complicações.^{3,8,11}

H. Remover as crostas / Remover os pelos na região da FAV: o quantitativo de pacientes que souberam responder às questões relacionadas a esses cuidados é, respectivamente, 31(96,9%), 23(71,6%). O paciente não deve realizar a tricotomia no membro do acesso, evitando lesionar a pele ao longo do trajeto da FAV, e não deve remover as crostas formadas no local da FAV. Ressalta-se que, durante a punção da FAV, o enfermeiro deve sempre evitar essas zonas endurecidas, com exceção para as punções em botão, em que o enfermeiro precisa retirar as crostas na região para só então realizar a punção, a qual ocorre sempre no mesmo orifício e ângulo.⁸ Demonstrou-se em outro

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

estudo que 55 (88,3%) pacientes realizavam esse tipo de prática,⁶ mostrando, assim, que os pacientes dessa pesquisa apresentam uma melhor compreensão sobre esse cuidado.

I. Em caso de sangramento, realizar um curativo compressivo / Retirar o curativo imediatamente após o término da HD / Remover uma agulha de cada vez após o término da HD / Permanecer com o curativo durante 24h após a HD: o percentual de pacientes que souberam responder as questões relacionadas a esses cuidados é, respectivamente, 31(96,9%), 29(90,6%), 24(75%), 21(65,6%). Após a retirada das agulhas, deve-se realizar a compressão até que ocorra total hemostasia, para que só então se realize o curativo, o qual não deve ser circular, evitando-se assim, trombose no acesso vascular. Evidenciou-se, nesse estudo, que alguns pacientes não realizavam a retirada única das agulhas, sendo necessário que haja cuidado tanto por parte do profissional que presta o atendimento, quanto por parte do paciente que, muitas vezes, fica ansioso para ser liberado da sessão e não tolera essa espera. Hematomas e pseudoaneurismas podem surgir quando realiza-se a compressão de modo inadequado, devido ao extravasamento de sangue após a retirada das agulhas. Sangramentos por mais de 20 min merece avaliação das dosagens de anticoagulante, anti-hipertensivos e revisão dos locais de punção. Remove-se os curativos após 6h do término da HD, sendo necessário uma reorientação dos pacientes a respeito desse cuidado, tendo em vista que a grande maioria permanece com o curativo durante 24h, o que é desapropriado, já que não há dados na literatura que aponte com esse tipo de cuidado. Em casos de sangramento da FAV fora da unidade de diálise, o paciente deve comprimir o local, elevar o membro em que a FAV se encontra e se, mesmo assim, o sangramento persistir, o paciente deve dirigir-se imediatamente ao centro de saúde de sua referência.^{6,9,11}

J. Reversar os locais de punção / Puncionar no mesmo local / Punções muito próximas: o percentual de pacientes que souberam responder as questões relacionadas a esses cuidados é, respectivamente, 29(90,6%), 28(87,5%), 23(71,9%). Realizam-se estes cuidados pela equipe de enfermagem e não pelo paciente. Contudo, o mesmo deve estar atento no momento da punção de sua FAV, para não permitir punções muito próximas ou no mesmo lugar da punção anterior. Demonstrou-se com este estudo que mesmo não sendo um cuidado de responsabilidade do paciente, muitos mostraram a compreensão

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

acerca dele, o que é fundamental. Necessita-se, para a realização da punção, que haja avaliação prévia e escolha do melhor local para a punção pelo profissional de enfermagem. Devem-se evitar punções em zonas com hematomas, crostas e/ou alterações de pele. Evidenciam-se, na literatura, três técnicas de punção da FAV, tais como punção em escada ou corda; punção em área e punção em botão ou casa de botão (buttonhole).^{3,8-9,18}

No referido serviço, no qual realizou-se a pesquisa, não se utiliza a punção em botão. Todas essas técnicas têm suas vantagens e desvantagens, devendo-se utilizar o que for mais adequado para o paciente.

K. Dormir sobre o membro da FAV: 28(87,5%) pacientes souberam responder a essa questão. Em contrapartida, evidenciou-se, um outro estudo, que apenas 4 (19%) referiram a adoção desse cuidado.³ A literatura afirma que o excesso de peso sobre o braço exerce uma pressão que pode ocasionar a interrupção do fluxo sanguíneo no local, levando à trombose no acesso venoso.³

L. Compressa fria / Compressa quente no local do hematoma: o percentual de pacientes que soube responder as questões relacionadas a esses cuidados é, respectivamente, 25(78,1%), 21(65,6%). Realizou-se uma pesquisa na cidade de Fortaleza - CE, demonstrando que apenas 4 (19%) pacientes relataram realizar esse tipo de cuidado.³ Os hematomas são problemas bem comuns durante a terapia hemodialítica, necessitando-se realizar alguns cuidados com a sua ocorrência. Inicialmente, deve-se aplicar imediatamente gelo no local, para reduzir o extravasamento de sangue. Protege-se, primeiramente, a pele para somente então aplicar o gelo, o qual nunca deve ser aplicado diretamente sobre a pele. Nas 24h subsequentes, deve-se aplicar calor no local com o auxílio de banhos de água quente, e realizar massagens com pomadas heparinóides para ajudar a reabsorver o hematoma. Durante todo esse processo, aconselha-se manter o membro elevado para favorecer a circulação de retorno.⁸ Nesse estudo, evidenciou-se que alguns pacientes não realizavam esse cuidado. Por isso, é importante uma reorientação acerca dele, já que o mesmo é fundamental para evitar a formação e/ou a reabsorção dos hematomas.

M. Influência da PA na FAV: a maior deficiência foi em relação ao conhecimento dos pacientes sobre a influência da pressão arterial com a durabilidade da FAV, na qual apenas 15 pacientes (46,9%) souberam responder a essa questão, sendo primordial

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

instruir os pacientes quanto a esse cuidado, uma vez que ele pode ocasionar a perda da FAV. A hipotensão arterial é a complicação clínica mais frequente (20-30%) durante as sessões de HD. Resulta-se, principalmente, na redução do volume sanguíneo decorrente da remoção de líquidos, que está associada à compensação hemodinâmica insuficiente.¹⁰ A hipotensão arterial é a situação clínica mais frequente que leva à trombose da FAV, devido a redução da perfusão sanguínea, causada pela estagnação do sangue intravascular.¹¹

Sobre a prática do autocuidado, questionaram-se os pacientes se realizavam outros tipos de cuidados com a FAV. Todos os participantes relataram fazer algum tipo de cuidado. Alguns dos cuidados citados foram criados pelo paciente, sem dados na literatura, tais como o uso de cosméticos tópicos na região da FAV, realização de curativo na FAV no dia seguinte, não brincar com crianças ou animais e evitar “fazer de tudo”. Muitos pacientes acreditam que a FAV é algo frágil e de fácil perda, o que acaba influenciando a criação de cuidados totalmente dispensáveis ao uso da mesma. Apesar de não haver relatos na literatura, também não há evidências que restrinjam a realização de alguns destes cuidados que, de certa forma, pode ser benéfico, uma vez que pode favorecer a hidratação da pele e evitar traumatismo na FAV. Outros cuidados citados, no entanto, são fundamentais para a manutenção da FAV, como evitar “bater” na FAV, não pegar peso e preservar o braço da FAV, cuidados esses que já foram relatados sua importância neste estudo.^{3,19-20} Em outro estudo, evidenciou-se também, que alguns pacientes criavam cuidados que não relatados na literatura.³

Questionou-se aos pacientes quanto à dificuldade em realizar os cuidados com a FAV, e apenas 6 (18,75%) deles relataram sentir dificuldades em realizá-los. A DRC caracteriza-se por não ter cura e são doenças que vão acompanhar o doente até o final da vida, com repercussões diretas no seu comportamento individual e, conseqüentemente, nas interações sociais e familiares. O tratamento substituto da função renal, necessário para manter esses indivíduos, impõe diversas limitações, resultando em incapacidade para realização de atividades da vida diária.^{3-4,21} Durante a entrevista, os pacientes relataram tais limitações e incapacidades.

Manter a FAV é um requisito indispensável para o sucesso da HD e da qualidade de vida dos pacientes, uma vez que, sem o acesso vascular, o paciente não consegue realizar o

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

tratamento. Para isso, é necessário a realização de cuidados, tanto pelos profissionais de saúde e quanto pelo paciente, fundamentais no processo de maturação, e nos períodos que antecedem, durante e que se sucedem às sessões de HD.⁶

Como o enfermeiro está envolvido diretamente na prática do cuidar do paciente com DRC, ele é o responsável por fornecer informações acerca dos cuidados essenciais que se deve ter com o acesso, com o objetivo de minimizar as dificuldades com o autocuidado apresentadas pelos pacientes, e prevenir infecção e trombose do acesso, o que torna os pacientes responsáveis pelo desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, influencia a sua capacidade de realizar as atividades necessárias para manutenção de sua saúde e bem-estar e, conseqüentemente, melhora sua qualidade de vida e impede a perda do acesso vascular.^{6,8}

Evidenciou-se, segundo a análise de correlação linear de Pearson, uma correlação entre a idade e a quantidade de acertos nas questões relacionadas ao autocuidado com a FAV, ou seja, quanto maior a idade do paciente menor era a quantidade de acertos. Demonstrou-se, assim, que os pacientes mais idosos são os que mais necessitam de orientações acerca do autocuidado, podendo ser necessário, conforme a demanda apresentada pelo paciente, o envolvimento de familiares para a realização desses cuidados.

O aumento da idade pode trazer transformações expressivas, sejam elas nas esferas biológica, psicológica, familiar, social e econômica, podendo assim comprometer a capacidade da pessoa para o autocuidado, essencial para a promoção da saúde, prevenção e intervenção nos agravos. Quando esses indivíduos são incapazes de desenvolver ações referentes ao autocuidado, os familiares devem assumir o papel, visto que eles serão responsáveis por orientar e/ou realizar os cuidados necessários.^{12,22}

CONCLUSÃO

Permitiu-se, com esse estudo, analisar os cuidados e as dificuldades que os pacientes em tratamento hemodialítico têm com a FAV. Todos os pacientes entrevistados mostraram-se conhecedores das ações necessárias para a realização do autocuidado com a fístula, visando mantê-la funcionante por um tempo prolongado. Contudo, demonstrou-se também lacunas do conhecimento acerca do autocuidado dos pacientes com a FAV, sendo necessário maior repasse das devidas orientações para o autocuidado pelos profissionais de saúde, com intuito dos

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

pacientes se tornarem autônomos em seu cuidado.

Desse modo, necessita-se estimular a prática do autocuidado pela equipe de enfermagem através do apoio, fornecimento e elaboração de orientações junto aos doentes renais crônicos acerca de sua doença, manifestações clínicas, estilo de vida, tratamento e cuidados com a FAV, uma vez que esta prática destina-se a melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica - DRC no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 May 20]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
2. Cabral LC, Trindade FR, Branco FMFC, Balboino LS, Silva MLR, Lago EC. The perception of patients in hemodialysis face to arteriovenous fistula. R. Interd [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2017 Mar 15];6(2):15-25. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/43>
3. Furtado AM, Lima FET. Care of arteriovenous fistula by patients with chronic renal failure. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2006 Dez [cited 2017 Nov 15]; 27(4):532-8. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4638>
4. Pessoa NRC, Linhares FMP. Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: knowledge, attitude and practice. Esc Anna Nery. 2015 Jan/Mar;19(1):73-9. Doi: 10.5935/1414-8145.20150010
5. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. J Bras Nefrol. 2017;39 (3): 261-6. Doi: 10.5935/0101-2800.20170049
6. Fernandes EFS, Soares W, Santos TC, Moriya TM, Terçariol CAS, Ferreira V. Arteriovenous fistula: Self-care in patients with chronic renal disease. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];46(4):424-8. Available from: <http://revista.fmrp.usp.br>
7. Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miaso AI. Eventos adversos em hemodiálisis: testimonios de profesionales de enfermeira. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013 Feb;47(1):75-82. Doi: 10.1590/S0080-62342013000100010
8. Souza CN. Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas. Porto. Dissertação [Mestrado em Ciências de Enfermagem] - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2009.
9. Fermi MRV. Diálise para Enfermagem: guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
10. Moreira AGM, Araújo STC, Torchi TS. Preservation of arteriovenous fistula: conjunct actions from nursing and client. Esc Anna Nery. 2013 Apr/June;17(2):256-62. Doi:10.1590/S1414-81452013000200008
11. Reinas CA, Nunes GO, Mattos M. The self-care with arteriovenous fistula conducted by chronic renal failure patients in the southern region of Mato Grosso. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2012;3(1):294-307. Doi:10.18673/ges.v3i1.24295
12. Anjos MD dos, Oselame GB. Cuidados de enfermagem para pacientes idosos com fístula arteriovenosa em terapia de hemodiálise. Rev. Uniandrade (Online). 2013; 14(3): 251-62. Doi: 10.18024/1519-5694/revuniandrade.v14n3p251-262
13. Costa MS, Sampaio JB, Teixeira OFB, Pinheiro MBGN, Leite ES, Pereira AA. Renal disease: social, clinical and therapeutic profile of the elderly attended in a nephrology service. Espaço. saúde (Online). 2015 Apr/June;16(2):77-85. Doi: 10.22421/1517-7130.2015v16n2p77
14. Maniva SJCF, Freitas CHA. The patient on hemodialysis: self care with the arteriovenous fistula. Rev Rene Fortaleza [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2017 Mar 15];11(1):152-60. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a16v11n1.htm
15. Oliveira CS, Silva EC, Ferreira LW, Skalinski LM. Profile of chronic renal patients on renal dialysis treatment. Rev Baiana Enferm. 2015 Jan/Mar;29(1):42-9. Doi: 10.18471/rbe.v29i1.12633
16. Nunes MB, Santos EM, Leite MI, Costa AS, Guihem DB. Epidemiological profile of chronic kidney patients on dialysis program. Rev enferm UFPE on line. 2014;8(1):69-76. Doi: 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201410
17. Guimarães GL, Goveia VR, Mendonza IYQ, Corrêa AR, Matos SS, Guimarães JO. Profile of the patient using a central venous catheter during hemodialysis. Rev enferm UFPE on line. 2016;10(12):4432-42. Doi: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201601
18. Silva MD, Gurgel JL, Escudeiro CL. Cannulation of arteriovenous fistulas by the buttonhole technique: a case study. Online

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC et al.

Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado...

braz j nurs [internet]. 2015 Mar [cited 2017 Apr 10];14(2):197-204. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5099>

19. David HC, Duran KIP, Ghiroto GT, Rodrigues PMS, Silva KKF, Souza LG, Cruz PTAV. Red de Revistas Científicas [internet]. 2013 Mar [cited 2017 Apr 10];17(5):63-74. Available from: <http://www.redalyc.org/html/260/26032926005/>

20. Abreul IS, Nascimento LC, Lima RAG, Santos CB. Children and adolescents with chronic kidney disease in haemodialysis: perception of professionals. Rev Bras Enferm. 2015 Nov/Dec;68(6):1020-6. Doi: 10.1590/0034-7167.2015680604i

21. Nogueira FLL, Freitas LR, Calvalcante NS, Pennafort VPS. Perception of patients with chronic kidney disease regarding care towards their hemodialysis access. Cogitare Enferm [internet]. 2016 July/Sept [cited 2017 Apr 10];21(3):01-8. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45628>

22. Frota NM, Santos ZMSA, Soares E, Moura JMG, Costa AC, Caetano JA. Self-care deficits of institutionalized elderly women. Rev Rene. 2012;13(5): 938-94. Doi: 10.15253/rev%20rene.v13i5.4077

Submissão: 05/03/2018

Aceito: 16/05/2018

Publicado: 01/07/2018

Correspondência

Daniella Caldas Clementino
Rua Manoel de Almeida Belo, 20
Bairro Novo
CEP: 53030-030 - Olinda (PE), Brasil