

FÍSTULA ARTERIOVENOSA NA PERSPECTIVA DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

José Melquiades Ramalho Neto¹, Evelyn Rolim dos Santos Rocha², Aran Rolim Mendes de Almeida³, Maria Miriam Lima da Nóbrega⁴

Objetivos: trata-se de estudo que visou analisar a percepção de pacientes renais crônicos frente à fistula arteriovenosa implantada em seu corpo; descrever as emoções e sentimentos provocados pela implantação da fistula arteriovenosa e identificar o autocuidado para a sua preservação. **Metodologia:** pesquisa exploratória, cujos dados foram coletados com 10 participantes em outubro de 2011, e analisados mediante a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os dados revelaram nos pacientes um desvelamento do eu frente à fistula, e um velamento da fistula a partir do eu, emergindo situações de transtornos físicos, emocionais e psíquicos, superados em sua grande maioria pelos laços de vida e esperança ao longo do tratamento. **Conclusão:** é necessário que o enfermeiro tenha competência técnica e conhecimento dos aspectos que levem em consideração os sentimentos e as necessidades de tais pacientes.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica, Diálise Renal, Fistula Arteriovenosa, Percepção.

ARTERIOVENOUS FISTULA IN CHRONIC RENAL PATIENTS PERSPECTIVE

Objectives: the study aimed to analyze the perception of chronic renal patients across the arteriovenous fistula implanted in your body; describe the emotions and feelings caused by the implementation of arteriovenous fistula; and identify self-care for its preservation. **Methodology:** exploratory study whose data were collected with 10 participants in October 2011 and used the Discourse of the Collective Subject technique being used to analyze the data. **Results:** the data revealed in patients an unveiling of the self against the fistula, and a fistula veiling from me, emerging situations of physical, emotional and mental disorders, overcome mostly by bonds of life and hope throughout the treatment. **Conclusion:** it is necessary that the nurse has expertise and knowledge of aspects to take into consideration the feelings and needs of such patients.

Descriptors: Renal Insufficiency Chronic, Renal Dialysis, Arteriovenous Fistula, Perception.

LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN CRÓNICA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES RENALES

Objetivos: el estudio buscó analizar la percepción de los pacientes renales crónicos a través de la fistula arteriovenosa implantado en su cuerpo; describir las emociones y los sentimientos causados por la aplicación de la fistula arteriovenosa; e identificar el auto-cuidado para su preservación. **Metodología:** investigación exploratoria cuyos datos fueron recolectados con 10 participantes, en octubre de 2011 y utilizan la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo para el análisis de los datos. **Resultados:** los datos revelaron en los pacientes una revelación del yo contra la fistula y fistula velo de mí, situaciones emergentes de trastornos físicos, emocionales y mentales, a superar su mayoría por bonos de la vida y la esperanza de todo el tratamiento. **Conclusión:** es necesario que la enfermera tiene la experiencia y el conocimiento de los aspectos a tener en cuenta los sentimientos y necesidades de estos pacientes.

Descritores: Insuficiéncia Renal Crónica, Diálisis Renal, Fistula Arteriovenosa, Percepción.

¹Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba. Doutorando em Enfermagem. E-mail: melquiadesramalho@gmail.com

²Enfermeira da Clínica de Nefrologia da Paraíba.

³Enfermeiro Residente Multiprofissional em Saúde Hospitalar com Ênfase na Atenção ao Paciente Crítico/RIMUSH/UFPB.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPB.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) se caracteriza pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais glomerular, tubular e endócrina. Sua definição é baseada em três componentes: um anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); um funcional, baseado na Taxa de Filtração Glomerular (TFG); e um temporal, em que se considera portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou $TFG > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ associada a, pelo menos, um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos 3 meses⁽¹⁾.

O caráter progressivo da patologia é dividido em estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente. Todavia, naqueles indivíduos em fase avançada (estágio V), intensamente sintomáticos e portadores de lesão renal com insuficiência renal terminal, se faz necessária a implementação de alguma modalidade de terapia renal substitutiva (TRS): diálise peritoneal, hemodiálise ou o transplante renal⁽²⁾.

A hemodiálise (HD) é um tratamento dialítico em que o sangue é bombeado por meio de um acesso vascular, permitindo um fluxo sanguíneo extracorpóreo em direção a um filtro artificial (capilar ou membrana de diálise) composto por uma membrana semipermeável e que extrai do sangue toxinas, resíduos nitrogenados e água em excesso, devolvendo, em seguida, o sangue limpo ao paciente. Habitualmente, ela é realizada de três a quatro vezes por semana e com durações variadas de três a quatro horas em cada sessão, consistindo no recurso mais utilizado por toda a vida na DRC ou até o paciente submeter-se a um transplante renal bem-sucedido⁽²⁻⁴⁾.

Nos pacientes renais crônicos (RC), a fístula arteriovenosa (FAV) representa a modalidade de escolha para acesso vascular definitivo⁽⁵⁾, que consiste em uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente, geralmente confeccionada nos membros superiores, no braço não dominante para limitar as consequências de qualquer incapacidade funcional. Quanto à sua localização, elas se classificam em distais, incluindo as FAV radiocefálicas no punho e no antebraço; e proximais, que incluem as braquiocefálica, braquiobasilica superficializada e braquioaxilar ou braquiobraquial em alça com prótese⁽⁶⁻⁸⁾.

O caráter irreversível da doença obriga o paciente a conviver constantemente com rigoroso regime terapêutico, desde a realização de uma restrição hídrica e dietética imperiosas até à adequada adesão a uma terapia medicamentosa que muitas vezes está associada a frequentes consultas médicas e realização de uma TRS⁽⁹⁾. Assim, a insuficiência renal (IR) e a HD trazem consequências físicas aos indivíduos que as vivenciam, prejuízos psicológicos e alteração do cotidiano. Elas certamente refletem um processo que incapacita e emergem como um sério problema social que interfere fortemente no papel que esses indivíduos desempenham na sociedade. Ademais, diante dessa notória vulnerabilidade social, doentes renais com FAV adotam estratégias de enfrentamento da doença por meio da sua adaptação à nova condição de saúde-doença, procurando harmonizar a flutuação dos sentimentos, preocupações e buscando motivação para enfrentar as não mais inusitadas relações de interdependência entre o ser paciente e seus familiares.

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo surgiu no intuito de conhecer melhor a pessoa com IRC terminal, tendo em vista que nas unidades de HD a interação enfermagem-paciente é contínua e direta. Pode-se, com isso, potencializar as ações do enfermeiro para identificar uma diversidade de necessidades humanas e traçar um plano de cuidados de enfermagem que traduza um atendimento que busque

minimizar a frustração desses doentes frente ao tratamento, às limitações a ele associadas e à modificação na aparência corporal em razão da implantação da FAV.

Assim, constituíram objetivos do estudo analisar a percepção de pacientes RC frente à FAV implantada em seu corpo; descrever as emoções e sentimentos provocados pela implantação da FAV; e identificar o autocuidado de pacientes RC para a preservação da FAV.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória de corte transversal e abordagem qualitativa, realizada no setor de Nefrologia de um Hospital da rede privada do município de João Pessoa-PB. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2011.

Os participantes do estudo foram 10 pacientes portadores de DRC de qualquer etiologia, usuários do referido serviço e

“O caráter progressivo da patologia é dividido em estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente”

que realizavam HD por meio de acesso venoso permanente do tipo FAV, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: possuir idade superior a 18 anos; estar na sala de espera da Unidade de HD aguardando a sessão e possuir uma FAV confeccionada há pelo menos 30 dias. Os participantes foram identificados com a letra P (paciente), seguida do número sequencial (P1 a P10). Na análise dos dados, foi utilizado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹⁰⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁽¹¹⁾ mediante Protocolo nº 157/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os participantes da pesquisa, a maioria deles não exerce qualquer atividade laborativa (80%) devido à incapacidade de conciliar o trabalho com o tratamento dialítico; renda familiar predominante de 1-2 salários mínimos (50%) que, em grande parte, era oriunda do benefício auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez da Previdência Social (70%).

Ao se analisar a doença de base dos pacientes, houve destaque para as doenças sistêmicas (80%), principalmente o diabetes mellitus, seguido da hipertensão arterial sistêmica e a hipertensão arterial associada ao diabetes, ratificando uma problemática brasileira, evidenciada em estudos anteriores^(12,13). Diante disso, ressalta-se que o controle glicêmico tem sido recomendado como estratégia para prevenir ou diminuir as complicações macro e microvasculares do diabetes, tendo em vista que os pacientes diabéticos em diálise apresentam uma sobrevida menor quando comparados aqueles com DRC terminal devido à hipertensão arterial ou doença glomerular¹⁴.

Os temas e as ideias centrais (IC) que emergiram dos depoimentos estão apresentados no Quadro 1:

Quadro 01 – Temas e ideias centrais. João Pessoa-PB, 2011.

TEMAS	IC
Desvelamento do eu frente à fistula	1: Percepção da FAV implantada no corpo 2: Emoções e sentimentos provocados pela implantação da FAV
Velamento da fistula a partir do eu	3: Práticas de autocuidado com a FAV

A partir do tema **Desvelamento do eu frente à fistula** e da questão norteadora “A partir da sua vivência, descreva como você percebe a FAV implantada em seu corpo”, a IC1 permitiu a construção do DSC1: *A fistula arteriovenosa é a solução pra minha sobrevivência. [...] Um corpo estranho, um intruso, que só serve para fazer hemodiálise e que traz muitas complicações.* (P1,P10)

Conforme evidenciado, os pacientes percebem a FAV como um mero aparelho que fora instalado no braço e que

carreia um sinal de anormalidade, tendo em vista que a mesma é retratada como um corpo estranho, intruso ou objeto, o que possivelmente denota uma falta de conhecimento sobre o acesso vascular e de como é realizada a sua confecção cirúrgica. Entretanto, os depoimentos também deixam claro o entendimento da FAV como o motivo das suas sobrevidas, demonstrando a confiança dos pacientes nesse acesso para a realização da hemodiálise e, conseqüentemente, atribuindo-se à FAV o significado de sobrevivência.

Essa realidade de se tornar doente desfaz o entrelace da relação entre o indivíduo consigo mesmo e com o meio em que está inserido. Enquanto perdurar a doença, a pessoa assume uma nova condição; o fenômeno ser ou estar doente surge, determinando mudanças e perdas que alterarão seu estilo de vida, embora a proposta da TRS nesses pacientes fundamente-se na melhoria da qualidade de vida, resgatando-lhes o bem-estar físico e a capacidade cognitiva, além de mantê-los inseridos no contexto social^(15,16).

Na seqüência da análise dos depoimentos, a questão norteadora “Que emoções e sentimentos essa(s) percepção(ões) lhe provoca(m)?” fez emergir a IC2 que evidenciou o DSC2: *Tenho sentimentos de raiva, mal estar e me sinto triste por usar a fistula e fazer hemodiálise. [...] Se eu pudesse arrancava ela fora, tenho raiva da doença e de usar a fistula.* (P4, P7) *Não sei o que dizer, venho porque é o jeito, é muito sofrimento.* (P1, P2) *No começo eu tinha vergonha e me sentia triste [...] Me sentia impotente mas tive que superar.* (P5, P8, P9, P10) *Tenho que passar por isso mesmo [...] Sou conformada não tenho problemas com ela* (P6, P8) [...] *Não sinto nada, levo a vida normalmente porque confio em Deus.* (P3)

As emoções e sentimentos dos pacientes que emergem na IC2, provocados pela implantação da FAV, são bastante diversificados. Tais depoimentos demonstraram sensações de repulsa, raiva da doença e da fistula, tristeza, impotência por não poder exercer mais nenhuma atividade laborativa, vergonha e sofrimento, atualmente superados em sua maioria. Essa mistura de sentimentos, evidenciada no estudo, decorre da tentativa de entender que a única forma de sobrevivência é o tratamento dialítico, o que gera transtornos físicos, emocionais, psíquicos e sofrimentos individuais e familiares, potencializando o aparecimento de pontos vulneráveis⁽¹⁷⁾.

Faz-se necessário conhecer o lado de quem teve o seu cotidiano profundamente modificado, tornando-o vulnerável, potencializando subsídios concretos, mais fidedignos para uma assistência direcionada aos problemas maiores para o paciente e não para o profissional, reduzindo a sensação do “ser mais um no contexto dialítico”. No tocante ao campo atitudinal e diante dessa potencial situação de vulnerabilidade, o enfermeiro também deve estar atento para aspectos

espirituais, tendo em vista que a fé em Deus pode representar um fator de auxílio para enfrentar essa situação⁽¹⁷⁾.

Por fim, a partir do questionamento “Considerando a sua experiência, descreva os cuidados que você realiza para preservar a FAV”, o tema **Velamento da fistula a partir do eu** trouxe a dimensão atitudinal para o autocuidado que norteou a IC3 e, conseqüentemente, promoveu a construção do DSC3: *Não pode dormir por cima do braço, nem fazer força [...] não verificar pressão no braço da fistula nem tomar injeção, fazer um doppler de 6 em 6 meses, lavar o braço antes da hemodiálise no local da fistula [...] fazer compressa [...] não pode deitar por cima do braço [...] não pegar peso [...] não pode fazer esforço e apertar a fita do braço [...]* (P1-P10)

Percebe-se um conhecimento incipiente e ainda inadequado para um processo eficaz de autocuidado por parte dos pacientes RC, revelando uma fragilidade enorme em relação aos cuidados com o acesso em seu período de maturação, exclusivamente restrito a se evitar o excesso de peso. Entretanto, houve uma atenção maior no tocante aos cuidados durante o seu uso, quando os pacientes ressaltaram evitar excesso de peso, lavar o membro da FAV com água e sabão antes da sessão de HD, não administrar medicamentos nem aferir pressão arterial no membro da FAV, não dormir por cima do braço e administrar compressa.

A maioria dos pacientes do estudo possuía uma única FAV ao longo do tratamento hemodialítico, com tempo atual de confecção de até cinco anos, sendo instalada predominantemente em uma localização distal – radiocefálica e menor evidência em uma localização proximal – braquiocéfálica.

Deve-se vigiar o funcionamento do acesso por meio da palpação e percepção do frêmito; em situações de sangramento da fistula, comunicar de imediato à equipe de hemodiálise; evitar curativos apertados no membro que possui uma FAV; lavar o membro da FAV antes da punção, utilizando água e sabão ou solução antisséptica; não usar adereços como relógios, anéis, pulseiras e similares no braço que possui a FAV; evitar compressões no membro da fistula, não carregando peso, não dormindo em cima do braço, e não permitindo a verificação da pressão arterial nesse membro; não realizar tricotomia na região da fistula; evitar carregar mochilas com peso, bem como carregar

peso no braço que possui uma FAV, a exemplo de crianças e/ou compras; realizar exercícios físicos, comprimindo uma bola de borracha diariamente para ajudar a manter a FAV em funcionamento; não permitir punções muito próximas e no mesmo local; verificar diariamente o funcionamento da fistula pela presença do frêmito; evitar traumas e observar a FAV para alterações no local, como edema, eritema, calor ou dor, o que deve ser comunicado à equipe médica e de enfermagem^(4,5,8,15). Dormir sobre o braço desencadeia exercer uma pressão que, potencialmente, pode interromper o fluxo sanguíneo, ocasionando trombose no acesso venoso. O levantamento de peso pode, igualmente, ocasionar em interrupção do fluxo sanguíneo e trombose, assim como a interrupção desse fluxo ocasionada pela insuflação momentânea do manguito para verificar a pressão arterial. Com relação à administração de medicamentos, ou mesmo coleta sanguínea, o risco maior é relacionado à ocorrência de hematomas e não à preservação da rede venosa daquele

braço no qual se encontra a fistula. O uso de compressas mornas e frias auxilia na absorção de hematomas e reduz o extravasamento sanguíneo⁽¹⁵⁾.

Diante do exposto, o enfermeiro precisa adequadamente preparar esses pacientes para a hemodiálise, tendo em vista que se eles não se tornarem sujeitos do cuidado de si e não compreenderem a importância e impacto desse procedimento em suas vidas,

eles dificilmente poderão aderir eficazmente às políticas de autocuidado para com a fistula.

A perda do emprego e a dependência da Previdência Social; as conseqüentes mudanças na autoimagem; as restrições hídricas e dietéticas; a impossibilidade de realizar passeios e viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de HD; a diminuição da atividade física (prática de esportes) e de outras atividades sociais; a diminuição do desejo sexual e impotência; a perda da autonomia; a depressão, o estresse e o sentimento ambíguo entre o viver e o morrer, acarretam um desequilíbrio nas dimensões social, política, cultural e familiar⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer a percepção de pacientes RC frente à FAV implantada em seu corpo, os quais

“Percebe-se um conhecimento incipiente e ainda inadequado para um processo eficaz de autocuidado por parte dos pacientes RC”

verbalizaram sentimentos e emoções guardados em seu interior, superados em sua grande maioria pelos laços de vida e esperança ao longo desse caminhar. Além disso, os cuidados que os pacientes referiram ter com a FAV traduziram um conhecimento bastante incipiente e inadequado, independente do início do tratamento ter sido recente ou não, informações essas possivelmente advindas em sua maioria de outros pacientes companheiros de sessão que se mostram mais experientes no problemático e difícil

caminho do tratamento hemodialítico.

É necessário que o enfermeiro tenha competência técnica e conhecimento dos aspectos que levem em consideração os sentimentos e as necessidades de tais pacientes. Acredita-se que uma contínua estimulação e investigação da prática do autocuidado pelos profissionais de saúde, junto aos pacientes RC durante as sessões de HD e em conversas informais, aperfeiçoarão a adesão desses pacientes ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol*. [Internet] 2011; 33(1):74-87. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>
2. Gonçalves FA, Dalosso IF, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT, et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba-PR. *J Bras Nefrol*. [Internet] 2015; 37(4):467-74. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150074>
3. Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALO, Freitas JS, Miasso AI. Adverse events in hemodialysis: reports of nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2013; 47(1): 76-83. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100010>
4. Pessoa NRC, Linhares FMP. Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: knowledge, attitude and practice. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet] 2015; 19(1):73-9. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>
5. Sousa CM, Apóstolo JL, Figueiredo MH, Martins MM, Dias VF. Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *J Clin Nursing* [Internet] 2014; 23(13-14):1796-802. Disponível: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez15.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jocn.12209/epdf>
6. Neves Júnior MA, Melo RC, Almeida CC, Fernandes AR, Petnys A, Iwasaki MLS, et al. Avaliação da perviedade precoce das fistulas arteriovenosas para hemodiálise. *J Vasc Bras*. [Internet] 2011; 10(2):105-9. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n2/a03v10n2>
7. Neves Júnior MA, Petnys A, Melo RC, Rabboni E. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? *J Vasc Bras*. [Internet] 2013; 12(3):221-5. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n3/1677-5449-jvb-12-03-00221.pdf>
8. Moreira AGM, Araújo STC, Torchi TS. Preservação da fistula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet] 2013; 17(2): 256-62. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200008>
9. Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC, Garcia TR. Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(2):180-9.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
12. Roso CC, Beuter M, Bruinsma JL, Silva JH, Timm AMB, Pauletto MR. Aspectos clínicos das pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1201-08.
13. Medeiros RC, Sousa MNA, Santos MLL, Medeiros HRL, Freitas TD, Moraes JC. Epidemiological profile of patients under hemodialysis. *J Nurs UFPE on line*. [Internet] 2015; 9(11):9846-52. Disponível: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3363/pdf_8882
14. Rhee CM, Leung AM, Kovesdy CP, Lynch KE, Brent GA, Kalantar-Zadeh K. Updates on the management of diabetes in dialysis patients. *Semin Dial*. [Internet] 2014; 27(2):135-45. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960718/pdf/nihms558834.pdf>
15. Maniva SJCF, Freitas CHA. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fistula arteriovenosa. *Rev Rene* 2010; 11(1):152-9.
16. Terra FS, Costa AMDD, Ribeiro CCS, Nogueira CS, Prado JP, Costa MD, et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. *Rev Bras Clin Med*. [Internet] 2010; 8(4):306-10. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>
17. Salati MI, Hossne WS, Pessini L. Vulnerabilidade referida pelos pacientes renais crônicos - considerações bioéticas. *Rev Bioethikos* [Internet] 2011; 5(4):434-42. Disponível: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A10.pdf>.