

**O auto cuidado com a fístula arteriovenosa realizado pelos doentes renais crônicos da região sul de Mato Grosso.**

**Auto cuidado de la fístula arteriovenosa hecho por los pacientes con insuficiencia renal crónica in la región sur de Mato Grosso.**

**The self-care with arteriovenous fistula conducted by chronic renal failure patients in the southern region of Mato Grosso.**

Camila Aoki Reinas<sup>1</sup>

Grasiele de Oliveira Nunes<sup>2</sup>

Magda de Mattos<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* Universitário de Rondonópolis. Pós graduanda em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Email: [mila\\_reinas@hotmail.com](mailto:mila_reinas@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* Universitário de Rondonópolis. E-mail: [gra\\_peranzzy@hotmail.com](mailto:gra_peranzzy@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* Universitário de Rondonópolis. E-mail: [magda\\_roo@hotmail.com](mailto:magda_roo@hotmail.com)

## Resumo

Objetivou-se conhecer os cuidados com a fístula arteriovenosa realizados pelo doente renal crônico e a atuação do enfermeiro nesses cuidados. Trata de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido com 20 pacientes em uma clínica de diálise de Rondonópolis (MT), através de entrevista individual utilizando um questionário semi estruturado. A análise dos dados se deu pela análise de conteúdo na forma categorial preconizado por Bardin, originando duas categorias: o auto cuidado com a fístula arteriovenosa e o enfermeiro na educação em saúde. Na categoria o autocuidado com a fistula arteriovenosa, 70% receberam orientações do enfermeiro a respeito dos cuidados com a fistula, cujo mais citado foi o de “não pegar peso”. No entanto, quando questionados sobre o motivo da realização de tal cuidado, grande parcela não soube explicar. Na categoria o enfermeiro na educação em saúde, o enfermeiro foi citado exclusivamente apenas uma vez como responsável pelas orientações sobre os cuidados com a FAV. Diante dos resultados, observou-se déficit de informações desses pacientes, no que concernem aos motivos que justificam a necessidade de cuidados da mesma, o que é algo preocupante.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem. Educação em saúde. Fistula arteriovenosa.

## Abstract

The objective of the study is know the care with the arteriovenous fistula carried by the patient with chronic renal and the role of a nurse care to such. Is a descriptive, exploratory study of qualitative approach, developed with 20 patients in a dialysis clinic in Rondonópolis (MT), through individual interviews using a semi structured questionnaire. The analysis of the data was content analysis as categorical recommended by Bardin, resulting in two categories: self care with arteriovenous fistula and nurses in health education. In the category of self-care with the arteriovenous fistula, 70% received guidance about the care of the fistula with the nurse, the care most often mentioned was "no catch weight." However, when asked about the reason for the realization of such care, a large part could not explain. In the category of the nurse in health education, the nurse was quoted once as exclusively responsible for the guidelines on caring for the FAV. Considering the results, there was lack of information of these patients, regarding the reasons for the need to care of it, which is more worrying.

**Descriptors:** Nursing care. Health education. Arteriovenous fistula.

### Resumén

El objetivo de este estudio es conocer el cuidado con fístula arteriovenosa realizada por la persona con enfermedad renal crónica y el papel de una enfermera en este tipo de atención. Es un estudio descriptivo, exploratorio de abordaje cualitativo, desarrollado con 20 pacientes en una clínica de diálisis Rondonópolis (MT), a través de entrevistas individuales mediante un cuestionario semiestructurado. El análisis de los datos fue el análisis de contenido categorial recomendado por Bardin, lo que resulta en dos categorías: cuidado de sí mismo con fístula arteriovenosa y enfermeras en la educación de la salud. En la categoría de auto-cuidado con la fístula arteriovenosa, el 70% de los pacientes fueron informados sobre los cuidados de la fístula por la enfermera, y que con más frecuencia se menciona fue "no levantar objetos pesados". Sin embargo, cuando se le preguntó sobre el motivo de la realización de estos cuidados, una gran parte no podía explicar. En la categoría de la enfermera en la educación para la salud, la enfermera fue citada una vez el único responsable de las directrices sobre el cuidado de la FAV. Teniendo en cuenta los resultados, hubo falta de información de estos pacientes, sobre los motivos de la necesidad de cuidar de él, que es algo preocupante.

**Descritores:** Cuidados de enfermería. Educación para la salud. Fístula arteriovenosa.

## INTRODUÇÃO

A hemodiálise consiste em um procedimento em que o doente renal crônico é conectado a uma máquina, ou seja, um rim artificial, na qual é realizado um processo de limpeza dos produtos de degradação acumulados no sangue, e que para isso depende de um acesso vascular eficiente<sup>(1,2)</sup>.

A fístula arteriovenosa (FAV) é a via de acesso vascular definitiva de maior durabilidade e segurança, sendo a mais comum em pacientes submetidos à hemodiálise, a qual

é obtida pela anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia vizinha, através de uma pequena cirurgia<sup>(3)</sup>.

O indivíduo em tratamento por hemodiálise passa a conviver com regras, restrições e necessidades de cuidados, como o deslocamento três vezes por semana ao serviço de saúde em que ocorre o tratamento, permanecer por um período de três a quatro horas conectado a uma máquina, a redução da ingestão hídrica e modificação dos hábitos

alimentares, bem como os cuidados com a FAV.

Nessa perspectiva, o papel da equipe de enfermagem é de fundamental importância, sendo responsável pelos cuidados diretos a estes pacientes e principalmente nas ações de educação em saúde, com o intuito que os mesmos possam se tornar autônomos em seu autocuidado, garantindo assim, melhora na qualidade de vida.

Visto que a hemodiálise é um método que garante a vida dos doentes renais crônicos, mesmo que limitada e, que a FAV é determinante para a realização deste tratamento, os objetivos desta pesquisa são: conhecer os cuidados com a fístula arteriovenosa realizados pelo doente renal crônico e a atuação do enfermeiro nesses cuidados; identificar quais orientações de cuidados com a fístula arteriovenosa são recebidas e realizadas pelos sujeitos; e analisar a importância do enfermeiro frente às orientações sobre o cuidado com a fístula arteriovenosa aos doentes renais crônicos.

A relevância deste estudo baseia-se no fato de trazer subsídios à prática profissional na atenção ao doente renal crônico e no cuidado com a FAV. Conhecer como o paciente cuida de sua FAV visando à durabilidade da mesma é de extrema importância, pois possibilita uma

reflexão acerca da atuação do enfermeiro e possibilita a expansão dos horizontes no cuidado ao indivíduo adoecido.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em uma clínica de diálise que atende pacientes da região sul do Estado de Mato Grosso, situada no município de Rondonópolis-MT.

Ao selecionar os sujeitos do estudo utilizamos como critérios de inclusão: ser paciente com DRC e realizar tratamento hemodialítico na referida clínica, com idade superior a 18 anos, tempo máximo de dois anos de confecção da FAV, possuir a primeira fístula arteriovenosa, condições hemodinâmicas estáveis e de verbalização e, concordarem em participar da pesquisa.

Dessa maneira, foram selecionados 20 indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão. A coleta de dados ocorreu no período de 03 a 19 de fevereiro de 2011, em todos os turnos de trabalho da clínica, por meio de entrevista individual através de um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de

Cuiabá (UNIC), de acordo com o protocolo 2010-222 CEP/UNIC e autorizado pelo gestor da instituição. As entrevistas foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente e pelas pesquisadoras, em duas vias, uma destinada ao sujeito e outra às pesquisadoras.

A organização e análise dos dados deste estudo se deram por meio dos pressupostos da análise de conteúdo, na forma categorial<sup>(4)</sup> na qual foi dividida em três etapas: a pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, identificando-se as seguintes categorias: *o autocuidado com a fístula arteriovenosa e o enfermeiro na educação em saúde*.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Categoria 1: O autocuidado com a fístula arteriovenosa*

#### *Durante o processo de amadurecimento*

No período de maturação da FAV, os cuidados realizados têm por finalidade proporcionar maior durabilidade da mesma, assim, buscaram-se conhecer os principais que são realizados pelos pacientes nesse processo.

*A gente fazia movimento assim (mostrando abrindo e fechando a mão), ou com uma bolinha pra engrossar a veia (E 07).*

*Só mandaram fazer exercício com a bolinha, e ela é muito boa porque até agora não deu problema nenhum (E 13).*

Nos relatos acima, observa-se que grande parte dos entrevistados afirmou realizar exercício com uma bolinha, totalizando 95% dos pacientes, cuja finalidade era “fortalecer” ou “engrossar” a FAV tornando-a eficaz para realizar a hemodiálise.

Após a confecção da FAV, os cuidados pós-operatórios são de grande importância para o processo de maturação da fistula. Dentre eles estão: manter o braço elevado para favorecer a circulação de retorno e evitar a presença de edema, evitar curativos circunferenciais ajustados, avaliação do fluxo sanguíneo diário e realizar exercícios de compressão manual para acelerar e melhorar a performance do acesso. Ainda, a fístula não deve ser utilizada até estar completamente madura, pois a utilização precoce é uma das maiores causas de complicações e perda do acesso venoso<sup>(5)</sup>.

Paralelo ao exercício, o tempo necessário para a maturação da FAV emergiu das falas dos entrevistados:

*Ele (o médico) mandou ficar 30 dias fazendo massagem pra ficar boa.. pra fazer a pulsação (E 12)*

*Era pra ficar 30 dias amadurecendo a fistula ... mas com 20 dias eu não agüentava mais... (E 17).*

A maturação da fístula leva em torno de quatro a seis semanas, proporcionando tempo suficiente para a sua cicatrização e dilatação, possibilitando então, ser puncionada com agulhas de grosso calibre (tamanho 14 ou 16), cujo tempo não deve ser inferior a um mês, sendo o mais adequado realizar entre três a quatro meses após sua confecção<sup>(6,7)</sup>.

Em estudo realizado por Ribeiro et. al. com os profissionais de enfermagem que prestam assistência aos pacientes em hemodiálise, na cidade de São José do Rio Preto (SP), verificou-se que todos esperavam quatro semanas ou mais para a primeira punção. Foi um resultado satisfatório, uma vez que o tempo de maturação influencia na sobrevida da FAV e demonstra que a partir da quarta semana já pode ser puncionada<sup>(8)</sup>.

Portanto, o cuidado que o paciente realiza com sua FAV para garantir seu amadurecimento é de grande importância, pois

é um cuidado exclusivo, que somente o mesmo pode realizá-lo sob a orientação do enfermeiro da unidade de diálise, visto ser a garantia do seu tratamento hemodialítico e assim a sua sobrevida.

### **Cuidados Gerais**

Outro questionamento realizado com os entrevistados buscava conhecer os cuidados gerais que os mesmos realizavam com a FAV e se eles sabiam o motivo pelo qual executavam. Dos 20 pacientes participantes do estudo, duas pessoas referiram não conhecer nenhum cuidado ou não realizá-los:

*Não. Não faço nada" (E 09).*

*Não me deram orientação nenhuma. É como eu te falei, não sei nem o que é uma fistula quanto mais cuidar dela (E18).*

Dentre todos os cuidados citados, o principal foi o de não pegar peso, como podemos observar na fala dos entrevistados:

*Não pegar peso com o braço, porque pode desmendar a veia. (E 06)*

*Não pode pegar muito peso, porque como a fistula é colocada ela pode romper, pode parar. (E 12).*

No estudo de Furtado e Lima “não pegar peso” é abordado como um cuidado fundamental, pois uma sobrecarga no membro pode interromper o fluxo sanguíneo e levar a uma trombose no local do acesso<sup>(9)</sup>.

Assim como “não usar muito o braço da fistula” e “não forçar” também foram mencionados e possuem o mesmo significado, apesar das pessoas se expressarem de diferentes formas, visto que esses três cuidados visam poupar o membro de qualquer tipo de esforço físico.

Outro cuidado citado foi “não aplicar soro, medicação e não tirar sangue no braço da FAV”, em função da ocorrência de hematomas e não preservação da rede venosa.

*Não pode aplicar soro, medicação. (E 05)*

*Não posso tirar sangue com ele. (E 17)*

Para Souza, Martino e Lopes o fato de aplicar múltiplas punções no local da fístula aumenta o risco para infecções e hematomas, o que torna necessário uma constante vigilância, pois o acesso ideal e a preservação da rede

venosa contribuem para um fluxo sanguíneo adequado para a realização da hemodiálise com baixo índice de complicações<sup>(10)</sup>.

O “controle da pressão”, foi mencionado, cuja preocupação dos entrevistados se refere a hipotensão:

*Não pegar peso, pra não baixar a pressão, se a pressão abaixar é perigoso perder a fistula. (E 01)*

*Você também não pode deixar cair à pressão senão também perde a fistula. (E 07)*

A hipotensão arterial é a situação clínica mais frequente que leva à trombose da FAV, refletindo como consequência a uma redução da perfusão sanguínea, causada pela estagnação do sangue intravascular<sup>(11)</sup>.

A preocupação dos pacientes quanto aos episódios de hipotensão é fortemente evidenciado, visto que os mesmos acabam associando a queda da pressão arterial com outros procedimentos realizados por eles, no caso de levantamento de peso observado na fala do indivíduo E 01.

“Não mensurar a pressão arterial no braço da FAV”, “e não dormir sobre o braço” também forma citados:

*Não pode medir a pressão no braço e não pode dormir em cima, senão perde. (E 05)*

*Não dormir em cima do braço. Acho que é porque aperta aqui (mostrando o braço) e prejudica a circulação. (E 06)*

*Quando vai ao mercado não pode carregar sacola no braço nem pensar, porque senão corta a passagem do sangue. (E 07)*

Os dois cuidados mencionados devem ser atentamente seguidos, pois a pressão exercida sobre o membro da FAV poderá interromper o fluxo sanguíneo, ocasionando trombose do acesso venoso<sup>(1)</sup>.

Nesses termos, observa-se que durante as entrevistas apenas alguns cuidados necessários para a manutenção da FAV foram citados, e quando questionados se sabiam por que deveria realizá-los, os mesmos apresentavam déficit de conhecimento.

### ***Após a hemodiálise***

Quando questionados sobre os cuidados realizados com o curativo após o término da sessão de hemodiálise, surgiram as seguintes falas:

*Eu evito tirar o curativo pra não sangrar. Quando eu chego em casa, que eu viajo algumas horas ... quando eu vou tomar banho eu tiro (E 02)*

*Quando coloca o curativo tem que ficar um tempo pressionando, o meu depois de 30 minutos eu tiro porque já para de sangrar (...) (E 12)*

No processo da hemodiálise, há um contato íntimo e contínuo do sangue com as paredes do circuito extracorpóreo que é composto por uma linha arterial e uma venosa, um dialisador e duas agulhas inseridas no ramo venoso da fístula. Porém, o material utilizado para a manufatura dos dialisadores e linhas é considerado trombogênico, capaz de induzir a formação de coágulos dentro do circuito, em poucos minutos<sup>(12)</sup>.

Diante da possibilidade da ocorrência de trombose, a anticoagulação deve ser administrada a todos os pacientes em tratamento hemodialítico, salvo os casos em que há contra-indicação. O paciente então recebe a cada sessão de hemodiálise, certa quantidade de drogas anticoagulantes, evitando complicações para que a sessão ocorra de forma tranquila e também a redução da perda do volume interno das fibras dos dialisadores,



ajudando a manter a eficiência destes, mesmo após sucessivos reusos do sistema<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, o uso de anticoagulante durante as sessões de hemodiálise, faz com que a hemostasia após a retirada das agulhas do acesso seja alterada, levando a um tempo maior do que o normal para se estabilizar. Tendo em vista essa situação, é necessário que haja cuidado tanto por parte do profissional que presta o atendimento, quanto do paciente.

Assim, 85% dos entrevistados citaram o cuidado “permanecer com o curativo durante algumas horas” com relato de tempo mínimo de 30 minutos para um dos entrevistados até mais ou menos 24 horas para os demais, com o intuito de que não ocorra sangramento indesejado, no entanto, nenhum entrevistado referiu que o motivo é decorrente do uso de anticoagulante.

No estudo realizado por Bobsin 65% dos pacientes entrevistados referiram retirar o curativo dos locais de punção do acesso de 4 a 6 horas após o término da sessão de hemodiálise, sendo que 35% afirmaram que retiravam o curativo em um tempo maior. A justificativa para a maior permanência com o curativo se dá pelo receio de que ocorra sangramento no local da punção. A mesma autora refere que após 6 horas do término da

sessão de hemodiálise, a hemostasia já está completa<sup>(13)</sup>.

Outro cuidado importante e essencial citado por um entrevistado, em que afirmou que se deve ficar “pressionando por um tempo”. Os curativos não devem ser realizados até que seja estabelecida a hemostasia, cuja compressão deve ser realizada pelo profissional de enfermagem<sup>(14)</sup>.

No momento após a retirada das agulhas é indicada a realização de compressão da FAV com força suficiente para evitar sangramento e permitir a passagem do sangue, observando a formação do coágulo de acordo com o tempo de sangramento de cada paciente<sup>(15)</sup>.

Paralelo a necessidade de leve compressão sob o local da retirada das agulhas, constatou-se a preocupação de um dos pacientes em relação ao tempo:

*O enfermeiro quando vai colocar o algodão pra parar o sangue tinha que esperar um tempo até parar de sangrar pra fazer o curativo... porque já aconteceu comigo e com outros pacientes de que o enfermeiro tira a agulha, coloca o algodão e já passa a fita pro curativo e quando a gente sai o sangue escorre tudo pelo braço... (E 12)*

Nesse contexto, a compressão realizada por um período de tempo curto, pode levar ao aparecimento de hematomas e de pseudo-aneurismas, que ocorrem pela hemostasia inadequada devido ao extravasamento de sangue após a retirada das agulhas. Os autores afirmam ainda que, a leve compressão com gaze estéril após a retirada das agulhas por aproximadamente 5 minutos ou até visualização de hemostasia completa evita sangramento e formação de hematoma <sup>(15)</sup>.

Deve-se levar em consideração também, o fato de que alguns pacientes na ansiedade de serem liberados da sessão não toleram essa espera, e que cada profissional de enfermagem é responsável por realizar este cuidado em 4 pacientes por turno de diálise.

Desta forma, o enfermeiro como líder da equipe deve explicar ao paciente a importância de efetuar a compressão dos locais de punção após o tratamento dialítico e em caso de hemorragia persistente no local de punção, o mesmo deve dirigir-se ao centro de diálise ou o hospital mais próximo <sup>(14)</sup>.

A preocupação com o hematoma foi citado por alguns dos entrevistados, e referiram o medicamento tópico utilizados pelos mesmos, além de outros cuidados como o uso de compressas, porém nem sempre demonstraram saber o motivo de sua utilização.

*Tem uma pomada que chama Reparil que passo no outro dia de manhã cedo quando tiro os curativos, diz a doutora que é pra tirar essa mancha roxa que fica (mostrando um hematoma no braço) ... compressa com água morna, é pra reforçar as veias, tirar os hematomas... (E 06).*

Os hematomas quando ocorrem repetidamente e em grandes extensões, podem prejudicar a utilização do acesso venoso, provocando a impossibilidade temporária da punção ou em casos extremos, levar à sua trombose. Ao surgimento de um hematoma no local da punção é necessária a realização de alguns cuidados e dentre eles cita-se: a aplicação de compressas frias nas primeiras 24 horas para favorecer a vasoconstrição do local e diminuir o infiltrado subcutâneo. Após as 24 horas, deve ser realizada a aplicação de compressas mornas ou banhos de água quente e massagens com pomadas heparinoides para ajudar a reabsorver o hematoma <sup>(14)</sup>.

Diante de todos os cuidados realizados com o curativo citados pelos entrevistados, percebe-se que há conhecimento por parte dos pacientes, porém, não há uma rotina dentro da instituição quanto ao tempo de compressão após a retirada das agulhas e ainda, cada

indivíduo identifica o seu tempo, como: “após o banho, após chegar em casa, no outro dia”.

Atrelado a rotina elaborada pelos próprios pacientes, evidenciou-se que estes cuidados eram realizados mediante o medo de retornar ao uso do cateter venoso central, visto ser um procedimento desconfortável, além da necessidade de submeter-se a um novo ato cirúrgico para confecção da fístula.

Percebe-se o grande risco gerado pelo déficit de orientações a esses pacientes, e que a falta de cuidados adequados com a FAV pode levar a inúmeras complicações que implicam em perda do acesso, confecção de um novo acesso, uso de antimicrobianos, hipofluxo sanguíneo, trombozes, aneurismas, edema, isquemia, sobrecarga cardíaca, não realização de hemodiálise e conseqüentemente, piora clínica do paciente, sendo que a base para a minimização destes fatos é a educação em saúde e pacientes bem orientados quanto a seu próprio cuidado <sup>(16)</sup>.

### ***Categoria 2: O enfermeiro na educação em saúde.***

O tratamento hemodialítico impõe ao indivíduo uma nova fase em sua vida, na qual está sujeito a uma relação de dependência diante de uma equipe especializada. Na equipe

multiprofissional, o enfermeiro desenvolve atividades educativas com os pacientes, principalmente, no que concerne ao auto cuidado, com o objetivo de conduzi-los à sua independência.

Dessa forma, a unidade de diálise pode ser considerado um setor enriquecedor no que diz respeito à interação enfermagem/paciente, pois o doente renal crônico comparece ao setor três vezes por semana e permanece em média por um período de quatro horas ou mais. Resultando assim, em um vínculo terapêutico cuja relação de proximidade pode levar a um maior conhecimento do indivíduo sobre seu processo de adoecimento.

Um aspecto relevante abordado no estudo foi em relação às orientações prestadas pela equipe multiprofissional relativas ao cuidado após a confecção da fístula.

Dos entrevistados, 70% citaram o enfermeiro em conjunto com outros profissionais da saúde, sendo que em apenas um caso o enfermeiro foi citado sozinho como orientador.

Outro fator evidenciado durante o estudo foi o número considerável de sujeitos que afirmaram ter recebido orientações de outros pacientes:

*Os pacientes da instituição... os pacientes daqui também falaram, eu era novato, tem outros aqui há mais tempo. (E 01)*

Com isso percebe-se o quanto essas pessoas necessitam de informações, buscando-as através de pessoas mais próximas que passam pelas mesmas experiências, ou seja, entre os próprios pacientes, e que, os mesmos devem estar muito bem orientados, visto que há um repasse de informações.

Nesse contexto, a falta de orientações aos pacientes renais crônicos gera uma grande preocupação quanto ao papel de educador em saúde, que deve ser efetivamente realizada pelo enfermeiro da unidade de diálise, pois este profissional possui atuação direta e constante com essas pessoas. Ademais, através da assistência devem-se planejar intervenções educativas junto aos pacientes, de acordo com a avaliação que é realizada para ajudar na readaptação de sua rotina à nova realidade <sup>(17)</sup>.

Desta forma, é de suma importância o trabalho do enfermeiro com os pacientes renais crônicos, a educação em saúde, visando as orientações acerca dos cuidados com a FAV, aumentando sua durabilidade e eficácia, pois para essas pessoas é o passaporte para o tratamento da DRC, ou seja, somente com um

acesso adequado e funcionante que os pacientes conseguirão prolongar seu tempo de vida.

## CONCLUSÃO

As restrições impostas pela doença renal crônica e pelo tratamento são sempre rigorosas e o grau de assimilação e de adesão é sempre diferente de uma pessoa para outra, dependendo de seus valores individuais atribuídos a si mesmo e a sua própria vida. Neste momento o indivíduo que possui o apoio de sua família enfrenta da melhor forma as mudanças que possam ocorrer em virtude da doença.

Neste estudo, observou-se que a maioria dos entrevistados reconhece a importância e realiza o principal cuidado para amadurecimento da fistula arteriovenosa, que é o exercício de compressão manual.

Em relação aos cuidados gerais com a FAV percebeu-se que grande parte dos entrevistados possui conhecimento dos principais, porém quando estes os realizam, desconhecem os motivos, bem como das complicações graves que possam ocorrer.

A falta de informações desta população é algo preocupante, principalmente pelo fato da maioria estar no início do tratamento hemodialítico, e pelo contato constante com o

enfermeiro, no mínimo três vezes por semana durante cerca de 4 horas diárias.

O estudo foi de grande relevância pois nos fez refletir sobre a atuação da enfermagem aos doentes renais crônicos, as implicações, as mudanças, os sentimentos e dificuldades relacionadas ao tratamento hemodialítico. Também nos fez identificar a lacuna dos serviços de enfermagem frente às orientações prestadas aos indivíduos em hemodiálise, pois observamos as deficiências nos saberes dos mesmos frente a seu próprio cuidado, assim como nos cuidados com a fístula.

Desse modo, o enfermeiro como cuidador e orientador nesse processo, deve desenvolver atividades educativas junto aos doentes renais crônicos, principalmente aquelas relativas ao autocuidado, no intuito de melhorar a sua qualidade de vida. Para isso, torna-se necessário que o enfermeiro utilize uma linguagem acessível para facilitar a comunicação e o aprendizado dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Maniva SJC, Freitas CHA. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Rev. Rene. Fortaleza*. 2010;11(1) : 152-160.
2. Veloso RLM. Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. *Cogito*. Salvador. 2010;3: 73-82.
3. Gualda DMR, Lima AFC. Processo Saúde-doença: o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. In: Gualda DMR, Bergamasco RB. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. 1 ed. São Paulo: Icone, 2004. 293 – 312.
4. Bardin, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 229 p.
5. Berasab A, Raja RM. Acesso vascular para hemodiálise. In: DAURGIDAS JT, BLAKE PG, ING TS. *Manual de diálise*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 68-102.
6. Pitta, G. B. B.; Andrade, A. R. T.; Castro, A. A. Acesso venoso central para hemodiálise. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrativo*. Maceió: NCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em URL: <HTTP:// WWW.lava.med.br/livro>. Acesso em 12 de março de 2011.
7. Rufino LF. Avaliação do conhecimento sobre fistula arteriovenosa dos profissionais de enfermagem de uma unidade de hemodiálise. [Monografia]. Araras: Centro Universitário Hermínio Ometto: 2008.
8. Ribeiro RCHM, et al. Necessidades de aprendizagem de profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes com fístula arteriovenosa. *Acta paul. enferm*. 2009; 22(spe1):515-518 .
9. Furtado AM, Lima FET. Autocuidado dos pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica com a Fistula Artério-venosa. *Revista gaúcha de Enfermagem*. 2006;27(4): 532-38.
10. Souza EF, Martino MMF, Lopes MHB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):629-35.
11. Rios DRA. Estudo de biomarcadores de trombose do acesso vascular em pacientes sob hemodiálise. [tese] Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
12. Garces EO, Victorino JA, Veronese FV. Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(5): p.451-5.
13. Bobsin C. Fatores intervenientes na auto-higienização do braço antes da punção de pacientes em hemodiálise no hospital de clínicas de porto alegre. [Monografia] Porto

Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

14. Souza CN. Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas. [dissertação] Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2009.

15. Branco JMA, Ranciaro D.C. Assistência de enfermagem no cuidado ao cliente renal crônico com infecção de fístula artériovenosa. In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2003, Ceará. Anais... Fortaleza: CBCENF, 2003 Disponível em URL: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivos>>

16. Santos AA, Siqueira CC, Sória DA. Padronização dos cuidados com acessos vasculares para terapia hemodialítica: cuidado essencial de enfermagem. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online Qualis B3. 2010; 2(Supl.):586-590.

17. Cesarino CB, Casagrande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1998;6(4):31-40.