

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINE DOS SANTOS BRANDOLT

**CUIDADOS DOMICILIARES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA:
elaboração de um manual de orientação para pacientes em hemodiálise e seus
cuidadores**

Porto Alegre

2017

CAROLINE DOS SANTOS BRANDOLT

**CUIDADOS DOMICILIARES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA:
elaboração de um manual de orientação para pacientes em hemodiálise e seus
cuidadores**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elisabeth G.R. Thomé
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Cristina Echer

Porto Alegre

2017

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Elomir por sempre acreditar em mim e por ter me apoiado em todas as decisões que tomei ao longo da vida.

A minha orientadora Prof^ª Dr^ª Elisabeth Thomé, pela amizade durante esta jornada, por ter acreditado no meu potencial e por não ter poupado esforços para que tudo ocorresse da melhor maneira possível. Agradeço também a minha coorientadora Prof^ª Dr^ª Isabel Echer por todo auxílio durante o andamento e a conclusão deste estudo.

RESUMO

Introdução: A hemodiálise é uma das opções de tratamento para a doença renal crônica mais conhecida e utilizada no Brasil. Para que ela ocorra é necessária a construção de um acesso vascular, como a Fístula Arteriovenosa que depende da realização de diversos cuidados para tornar-se madura e eficiente. O desconhecimento sobre esses cuidados pode gerar complicações, perda do acesso e piora clínica do paciente, sendo essencial, portanto, a adequada orientação de pacientes e também de seus cuidadores. Acredita-se que a utilização de material educativo escrito poderá subsidiar e reforçar as orientações verbais. **Objetivo:** Elaborar um manual de orientações sobre cuidados com a Fístula Arteriovenosa no domicílio para pacientes com doença renal crônica e seus cuidadores. **Método:** Trata-se de um Projeto de Desenvolvimento com as seguintes etapas: revisão da literatura sobre o assunto, definição e seleção dos conteúdos, adaptação da linguagem, inclusão de ilustrações, construção do manual piloto e qualificação. A amostra para a qualificação do material foi do tipo intencional e se constituiu por profissionais da saúde que atuam no cuidado a doentes renais crônicos em hemodiálise, pacientes e seus cuidadores, totalizando 18 participantes. As informações foram analisadas e implementadas no texto final do manual de acordo com a pertinência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A elaboração do manual “Cuidados com a Fístula Arteriovenosa: Orientações para pacientes e cuidadores” foi estruturado em nove tópicos distintos. Conforme as avaliações, o conteúdo precisou ser revisto, sendo necessária a reorganização da sequência de apresentação dos cuidados, a redução de informações e a alteração de textos e do tamanho da letra. **Conclusões:** A partir da qualificação pelos participantes do estudo, o manual mostrou-se adequado quanto à aparência e linguagem, além disso, constitui-se em um material que favorece o autocuidado e pode contribuir para diminuir dúvidas. O texto final apresenta potencial para ser utilizado na educação dos pacientes e de seus cuidadores na prática assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Fístula Arteriovenosa ; Cuidados de Enfermagem, Materiais de Ensino; Educação em Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 Etapas para construção do manual educativo. 18
Porto Alegre, 2014.
- Figura 2 Tópicos do manual educativo “Cuidados com Fístula 28
Arteriovenosa: Orientação para pacientes e cuidadores” antes e
após a etapa de qualificação. Porto Alegre, 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS

DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doente Renal Crônico Terminal
FAV	Fístula Arteriovenosa
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
TRS	Terapia Renal Substitutiva
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivo específico.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Doença renal crônica terminal.....	11
3.2 Hemodiálise.....	12
3.3 Acesso vascular	13
3.4 Fístula arteriovenosa	13
3.5 Cuidados com a fistula arteriovenosa.....	14
3.6 Cuidador de paciente com doença renal crônica terminal.....	15
3.7 Educação em saúde.....	16
4 MÉTODO	18
4.1 Tipo de estudo.....	18
4.2 Contexto.....	18
4.3 População e amostra.....	18
4.4 Coleta de informações.....	19
4.5 Análise das informações.....	20
4.6 Aspectos éticos.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 Características dos avaliadores.....	22
5.2 Análise dos questionários de avaliação.....	23
5.3 Análise das sugestões do manual.....	24
5.3.1 Reorganização da sequencia de apresentação dos cuidados.....	24
5.3.2 Redução de informações.....	25
5.3.3 Alteração de textos e do tamanho da letra.....	27
6 CONCLUSÕES	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
ANEXO A – Questionário para avaliação do manual.....	61
ANEXO B – Parecer de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem....	63
ANEXO C – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....	64

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica e o tratamento hemodialítico alteram gradativamente a capacidade funcional e psicológica do Doente Renal Crônico Terminal (DRCT), causando perdas de ordem mental, social e física (CAVALCANTE et al., 2015). Estas limitações sucessivas prejudicam a independência e o autocontrole do paciente (FERREIRA et al., 2012), tornando-o frequentemente dependente de cuidadores.

O cuidador é o indivíduo, pertencente à família ou à comunidade, que com ou sem remuneração, oferece cuidados à outra pessoa de qualquer idade, saudável ou doente a qual necessita de atenção (BRASIL, 2008). Na doença renal crônica terminal os cuidados, geralmente, são realizados por alguém da família mais próximo, por meio de ações específicas no domicílio e também nos diferentes espaços que o paciente ocupa (THOMÉ, 2011).

A eficácia da hemodiálise depende de um acesso vascular funcionante. A Fístula Arteriovenosa (FAV) é considerada a melhor escolha para essa modalidade de terapia renal substitutiva por apresentar bom fluxo sanguíneo e durabilidade, assim como menor número de complicações (PESSOA; LINHARES, 2015).

Para que a FAV tenha a funcionalidade e a qualidade desejadas, são necessários diversos cuidados e precauções que devem ser realizados tanto na unidade de hemodiálise como em casa. As sessões de hemodiálise podem debilitar e deixar os pacientes limitados, por isso, é fundamental que o cuidador também esteja bem orientado para prestar assistência necessária no domicílio, incluindo situações de emergência.

O desconhecimento sobre os cuidados adequados com a FAV pode levar a muitas complicações que podem resultar em perda do acesso e, conseqüentemente, a não realização da hemodiálise e a piora clínica do paciente (SANTOS; SIQUEIRA; SÓRIA, 2010). A partir da educação e de uma adequada orientação de pacientes e de cuidadores é possível amenizar incertezas, evitando assim, diversos problemas.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) a valorização e a inclusão dos usuários no processo de produção de saúde ainda são precários. Muitas vezes, o paciente é tratado como um objeto de intervenção do saber do profissional, sendo submetido a um atendimento automatizado, em que sua opinião não é considerada e nem estabelecido algum tipo de vínculo.

Entende-se que conhecer os cuidadores, ouvir as suas dúvidas e demonstrar interesse frente à situação em que se encontram é essencial para uma terapêutica adequada. A partir da construção de um vínculo e da troca de informações, o tratamento pode ser otimizado.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição do estudo, dispõe do Plano e da Política de Educação de Pacientes e Familiares, nos diversos cenários do cuidado, que descrevem diretrizes e estratégias de ação desenvolvidas por equipes multiprofissionais. Com vistas ao acompanhamento dos pacientes com necessidades específicas, foram desenvolvidas linhas de cuidado que orientam tais ações.

Vindo ao encontro desta política e do plano institucional, está sendo desenvolvido o projeto intitulado: “Mulheres Cuidadoras de Doentes Renais Crônicos e suas Relações de Cuidado”, que tem como um de seus objetivos descrever as necessidades de apoio das cuidadoras para manter a vida do doente renal crônico e a sua vida dentro do contexto social estabelecido. Neste estudo estão sendo realizados grupos focais para problematizar as possíveis relações de cuidado de um grupo de cuidadoras de DRCT em tratamento hemodialítico.

Como uma das pesquisadoras deste projeto, desde o seu início em 2015, participei de todos os encontros realizados com as cuidadoras até o momento. A partir do vínculo criado e do entendimento da importância que o cuidador tem para a efetividade do tratamento do DRCT, decidiu-se realizar um estudo para ajudar e também para dar voz a estas pessoas, que dedicam seu tempo e sua energia para cuidar de outras, e que, muitas vezes, não são valorizadas e não tem um espaço adequado para esclarecer suas dúvidas e compartilhar suas experiências.

Durante a realização dos grupos focais, foi possível identificar dúvidas e despreparo em relação a alguns cuidados prestados em casa ao DRCT com FAV. Além disso, percebeu-se que alguns cuidadores ficam aguardando o fim da sessão de hemodiálise (em média quatro horas) do lado de fora da unidade, em um local adaptado de espera, com poucas oportunidades de atividades que os integrem e sirvam como espaço de escuta e de aprendizagem no setor. Desta forma, muitos cuidadores deixam de acompanhar os pacientes nas sessões de diálise, apenas os levam até a porta do hospital e depois os buscam, deixando de interagir com outros cuidadores e com a equipe da Nefrologia.

A partir disso, foi identificada a necessidade de elaborar um manual com orientações específicas sobre os cuidados com a FAV. Para a construção deste material,

buscou-se valorizar não somente o conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos DRCT, mas também, a opinião e a demanda dos pacientes e de seus cuidadores, pois se entende que para a construção deste tipo de recurso educativo, seja de extrema importância levar em conta os interesses e as necessidades do público a que se destina o material e não apenas a literatura científica.

Especificamente para a enfermagem, o uso de materiais educativos tem grande relevância, pois reforçam e incrementam orientações verbais e são recursos esclarecedores disponíveis para que o paciente e sua família possam consultar diante de dúvidas na realização do cuidado no domicílio a qualquer momento (OLIVEIRA; LUCENA; ECHER, 2014). Acredita-se que a elaboração deste manual contribuirá para a melhoria da atenção ao doente renal crônico e dos cuidados com a FAV.

O fornecimento deste material contribuirá para que o DRCT e o seu cuidador sintam-se mais seguros e preparados para realizar os cuidados cotidianos. Além disso, percebeu-se que no local em que foi realizado este estudo existem diferentes tipos de impressos distribuídos aos pacientes sobre FAV, dependendo da unidade em que o paciente se encontra (centro cirúrgico ou hemodiálise), porém, nenhum deles aborda diretamente todos os cuidados com a FAV que devem ser seguidos fora da instituição. A construção deste manual é, portanto, uma oportunidade para oficializar e uniformizar os cuidados e orientações prestadas aos pacientes, conforme já salientava Echer (2005).

Para este estudo a questão norteadora foi: Quais são os cuidados essenciais para os cuidadores e pacientes preservarem a fístula arteriovenosa no domicílio?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Elaborar um manual de orientações sobre cuidados com a fístula arteriovenosa no domicílio para cuidadores e pacientes com doença renal crônica terminal em tratamento hemodialítico.

2.2 Objetivo específico

Qualificar o manual a partir da avaliação de profissionais da saúde, pacientes e cuidadores.

3 REVISÃO LITERATURA

A revisão da literatura deste estudo tem como propósito discorrer sobre os seguintes temas: doença renal crônica terminal, hemodiálise, acesso vascular, fístula arteriovenosa, cuidados com a FAV, cuidador de paciente com doença renal crônica terminal e educação em Saúde.

3.1 Doença Renal Crônica Terminal

A Doença Renal Crônica (DRC) pode ser definida como qualquer alteração que afeta a estrutura e a funcionalidade dos rins, durante um período de tempo. Trata-se de uma doença com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico e que caracteriza-se pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções glomerular, tubular e endócrina renal, sendo na maior parte do tempo assintomática. (BRASIL 2014; RAMALHO NETO et al., 2016).

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar a DRC são a Taxa de filtração Glomerular (TFG), o Exame Sumário de Urina e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e das vias urinárias. Com o resultado Brasil (2014) e United States of America (2017), independente da causa, apresentar:

- TFG abaixo de 60 mililitros por minuto por pelo menos três meses consecutivos

ou

-TFG superior ou igual a 60 mililitros por minuto, mas tiver pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos três meses ou alteração no exame de imagem.

ou

- Urina com uma proporção de albumina-creatinina superior a 30 miligramas (mg) de albumina por cada grama (g) de creatinina (30 mg / g) .

Um desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal, o que significa insuficiência renal total e permanente. Quando os rins falham, o corpo retém fluido e resíduos nocivos, por isso, pacientes que evoluem para DRC terminal necessitam de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014).

Estima-se que mais de 30 milhões de adultos norte-americanos apresenta algum grau de perda de função renal (UNITED STATES OF AMERICA, 2017). No ano de 2015, a incidência nos Estados Unidos foi de 124.114 casos de insuficiência renal terminal e a prevalência foi de 703.243 casos, representando um aumento de 3,4% desde 2014 e um aumento de 80% desde 2000 (UNITED STATES OF AMERICA, 2017).

No Brasil, de acordo com o Inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2016, o número estimado de indivíduos em diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) foi de 122.825, ou seja, este dado representa um aumento de 31,5 mil pacientes em TRS nos últimos cinco anos. A hemodiálise é a forma de tratamento mais utilizada no Brasil, abrangendo 92,1% dos DRCT em TRS (SESSO et.al, 2017).

3.2 Hemodiálise

A hemodiálise é o tratamento pelo qual ocorre a filtração e a retirada de substâncias indesejáveis do sangue, como a creatinina e a ureia (PEREIRA et al., 2014). O sangue do paciente é captado pela máquina de hemodiálise por meio de um acesso vascular e impulsionado por uma bomba até um dialisador. Nesta etapa, o sangue é exposto a uma solução de diálise através de uma membrana semipermeável que retira o líquido e as toxinas que estão em excesso, devolvendo sangue limpo para o paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Na maioria das sessões de hemodiálise, o paciente não tem nenhum sintoma, porém, pode ocorrer queda da pressão arterial, câimbras ou dor de cabeça. Outras complicações também descritas na literatura são: náuseas e vômitos, dor no peito, dor lombar, prurido, febre e calafrios, diarreia, reações alérgicas, arritmia cardíaca, embolia gasosa, hemorragia gastrintestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia (PEREIRA et al., 2014).

Geralmente, os problemas apresentados na hemodiálise acontecem quando o paciente tem muito líquido para remover do seu corpo. Dessa forma, torna-se fundamental a educação dos pacientes e de seus cuidadores para evitar o ganho excessivo de peso entre os dias das sessões de hemodiálise e, assim, evitar

complicações. A hemodiálise depende de um acesso vascular com permeabilidade e com funcionalidade para ser realizada.

3.3 Acesso vascular

O acesso vascular deve ser capaz de proporcionar um fluxo sanguíneo adequado para fazer o processo de difusão através de uma membrana semipermeável, entre o sangue e a solução de diálise (HAMMES, 2015; LEE et al., 2016). Além disso, o acesso deve ser confortável para o paciente, ter longa durabilidade e apresentar baixas taxas de complicações (PEREIRA FILHO, 2013).

Todo paciente sem condições de acesso possui alto risco de mortalidade, ou seja, o acesso vascular apresenta importância vital ao DRCT. As complicações do acesso são a principal causa de morbidade nos pacientes em diálise, além de gerar altos custos para os serviços de saúde (HEMACHANDAR, 2015).

Existem três tipos de acesso vascular: Fístula Arteriovenosa (FAV), Enxertos Arteriovenosos (EAV) e os Cateteres na Veia Central (CVC) (SAHASRABUDHE et al., 2013).

3.4 Fístula Arteriovenosa (FAV)

A FAV é uma junção subcutânea criada cirurgicamente na qual uma artéria é unida a uma veia adjacente. É realizada, geralmente, nos membros superiores, no braço não dominante (RAMALHO NETO et al., 2016). O ramo venoso da FAV dilata-se e sua parede se torna mais espessa, permitindo repetidas punções. As agulhas são inseridas no vaso com finalidade de obter o fluxo sanguíneo adequado para passar através do dialisador (MOREIRA, ARAÚJO, TORCHI, 2013).

Diretrizes de prática clínica como o *Fistula First*, o *National Kidney Foundation* e o *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) indicam e defendem fortemente a criação de FAV para pacientes que necessitem de diálise a longo prazo. Além disso, desencorajam o uso de cateteres centrais para hemodiálise, pois estes estão associados a taxas mais altas de infecção e suas complicações em comparação a FAV (HEMACHANDAR, 2015).

Por isso, os cateteres são considerados adequados apenas nas situações em que é necessário início imediato da TRS, ou quando não houver possibilidade de confecção de FAV ou de enxerto. O diagnóstico precoce da DRC permite a realização da FAV em estágio pré-diálise e, conseqüentemente, o uso de um cateter temporário pode ser evitado (SAHASRABUDHE et al., 2013; PEREIRA FILHO, 2013).

As FAV têm menores taxas de complicações, melhores taxas de permeabilidade, melhor acesso e sobrevida do paciente e estão associadas com menor risco de morte, infecção, evento cardiovascular e hospitalização de pacientes em hemodiálise, em comparação com a utilização de enxerto arteriovenoso e cateteres (LEE et al., 2016; SAHASRABUDHE et al., 2013). Portanto, embora uma variedade de opções de acesso esteja disponível, a FAV continua a ser considerado o melhor acesso vascular e o preferido em hemodiálise (HAMMES, 2015; LEE et al., 2016).

O êxito da criação e utilização de uma FAV requer uma equipe multidisciplinar coordenada para assegurar um ótimo acesso vascular para o paciente. A criação e a utilização demandam uma integração complexa entre o paciente, fatores biológicos e cirúrgicos, ou seja, vários obstáculos precisam ser superados para que o paciente inicie a hemodiálise com uma FAV madura e eficiente (LOMONTE; BASILE, 2015).

3.5 Cuidados com a FAV

A preservação da FAV é essencial para o sucesso das repetidas sessões de hemodiálise, visto que os DRCT possuem número limitado de locais potenciais de acesso (MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013). As complicações mais comuns das FAV são: baixo fluxo, trombose, isquemia da mão, infecções e aneurisma ou pseudoaneurisma (PEREIRA et al., 2014).

Toda FAV, antes de ser utilizada, precisa de um tempo para amadurecer. Neste momento, a qual denomina-se “período de maturação da FAV”, já é fundamental a implementação de alguns cuidados que têm por finalidade proporcionar maior durabilidade à FAV. Estes cuidados incluem: manter o braço elevado, avaliar o fluxo sanguíneo diariamente, realizar exercícios de compressão manual e evitar curativos muito apertados (PESSOA; LINHARES, 2015).

Depois de madura, quando a FAV passa a ser utilizada, outros cuidados precisam ser realizados como: compressão adequada para hemostasia após a diálise, não

realizar grandes esforços, nem infusões venosas e medidas de pressão arterial no membro do acesso (PESSOA; LINHARES,2015). Moreira, Araújo e Torchi (2013) recomendam, ainda, evitar uso de pulseiras, relógio ou roupas apertadas; lavar o braço do acesso com água e sabão neutro ou anti-séptico imediatamente antes de sua punção na unidade de hemodiálise; retirar os curativos após 4-6 horas e realizar curativo levemente compressivo, não circular, no caso de sangramento.

As repetidas punções de FAV, mesmo quando realizadas corretamente, provocam dor e trauma local. Além disso, podem enfraquecer as paredes dos vasos sanguíneos e promover a dilatação da parede e a formação de aneurismas (FARATRO et al., 2015).

O membro do acesso deve ser analisado frequentemente pelo paciente e pelo seu cuidador. A avaliação diária da FAV é fundamental para a identificação precoce de complicações, o que permite a realização de intervenção antes do acesso ser totalmente perdido (FARATRO et al., 2015).

3.6 Cuidador de Paciente com doença renal crônica terminal

Tanto a doença renal crônica quanto a hemodiálise causam muitas mudanças na vida dos DRCT, podendo deixá-los frágeis, fato que, com o tempo, os tornam dependentes de outros para os seus cuidados. Os cuidadores, portanto, muitas vezes, são responsáveis por fornecer o suporte necessário para que estes pacientes sigam seus tratamentos (THOMÉ, 2011).

Os cuidados imprescindíveis para uma adequada terapêutica geram diversas implicações na vida do DRCT, alterando suas atividades, hábitos e necessidades cotidianas. Estas mudanças incluem: controle do peso e da ingestão de líquidos, dieta com restrição de sal, uso de medicações, cuidados com FAV, entre outros (THOMÉ, 2011).

Cabe ressaltar que cuidar de um membro da família que está doente ou debilitado é uma experiência de vida comum, porque a maioria das pessoas é suscetível a receber e a dar assistência dentro de sua família em algum momento de sua vida (LARKIN, 2012). Muitas vezes, o cuidador é uma pessoa leiga, que precisa assumir funções para as quais, não está preparado, por isso, é fundamental que a equipe de saúde

tenha sensibilidade e entendimento de que cuidar trata-se de tarefa complexa (BRASIL, 2008).

Os sistemas de saúde são dependentes do apoio prestado pelas famílias e pelos cuidadores para permitir que muitas pessoas possam viver em casa. Portanto, os cuidadores desempenham papel fundamental tanto para as suas famílias como para a sociedade como um todo (LARKIN, 2012).

As complicações da doença renal crônica terminal e da hemodiálise estão entre as principais causas de hospitalizações frequentes e má qualidade de vida (TEJADA-TAYABAS; PARTIDA-PONCE, HERNANDEZ-IBARRA, 2015). Por isso, a atenção que o paciente recebe no domicílio deve ser semelhante à recebida no hospital, sendo a atitude do cuidador um fator muito importante que contribui para a otimização do tratamento estabelecido (FREITAS; CABRAL, 2008).

Quando bem instruído, o cuidador incentiva o paciente e o auxilia no seu autocuidado (FREITAS; CABRAL, 2008). Investir na orientação e no compartilhamento de informações de maneira clara sobre os cuidados necessários em casa permite que eles sejam prestados com qualidade, reduzindo as complicações associadas à falta de cuidados domiciliares e internações que poderiam ser evitadas (TEJADA-TAYABAS; PARTIDA-PONCE, HERNANDEZ-IBARRA, 2015).

Em sua revisão sistemática, Haesler, Bauer e Nay (2010) relataram que os cuidadores valorizam a partilha de informação e a comunicação aberta com os profissionais da saúde. Dentro desta perspectiva, eles gostariam de ser reconhecidos pelo seu empenho, pela sua experiência e de fazer parte da tomada de decisões e contribuir para o processo de cuidar.

O reconhecimento da importância do cuidador no tratamento do DRCT é imprescindível para a melhoria da assistência prestada. É fundamental que os diferentes profissionais da saúde invistam na educação desses cuidadores e compreendam as suas limitações e dificuldades para que as habilidades de cuidados ao paciente sejam desenvolvidas e/ou melhoradas (FREITAS; CABRAL, 2008).

3.7 Educação em saúde

A educação em saúde faz parte das ações da enfermagem, sendo uma das responsabilidades da profissão (FREITAS; CABRAL, 2008). Vivencia-se, ainda, no

atual processo de produção de saúde brasileiro, um modelo em que o saber é atribuído prioritariamente ao profissional da saúde (BRASIL, 2004). Muitas vezes, o conhecimento é imposto e o profissional é considerado o seu único detentor, o que ocasiona uma dependência do usuário em relação à realização do cuidado (COUTO et al., 2013).

A Humanização preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) acredita que esse modelo de educação é ultrapassado, sendo necessária a construção compartilhada do conhecimento, de forma que o usuário também seja responsável pelo seu cuidado. Nos DRCT em TRS, as práticas educativas possuem grande significado, afinal, esses pacientes têm suas rotinas alteradas e precisam adotar uma infinidade de cuidados para que o tratamento ocorra tranquilamente (QUEIROZ et al., 2008).

Nesse contexto, a elaboração e a utilização de material escrito para a educação em saúde é um recurso relevante, pois permite uma leitura posterior, possibilitando o reforço de informações orais. Além disso, são úteis para que o paciente e seu cuidador consultem diante de dúvidas futuras, no desenvolvimento do cuidado cotidiano (FREITAS; CABRAL, 2008).

O manual educativo deve ser construído a partir do conhecimento compartilhado sobre o tema que se pretende abordar, embasado em uma troca de saberes entre profissionais da saúde, pacientes, familiares e cuidadores, conforme preconiza o BRASIL (2009). Além disso, deve ter como intuito não apenas informar, mas também, esclarecer a necessidade da realização de cada cuidado e a importância de cada um deles para a qualidade do tratamento, tornando o paciente e o seu cuidador mais seguros, com maiores subsídios para a realização do cuidado domiciliar (QUEIROZ et al., 2008).

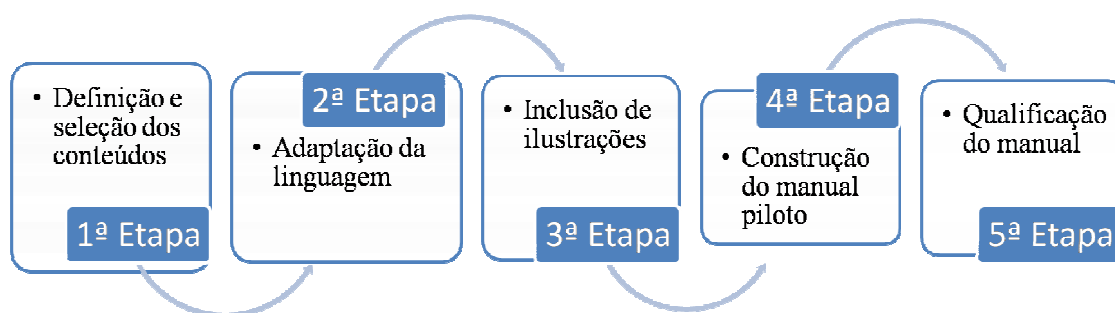
O material escrito melhora o conhecimento e o enfrentamento do paciente com doença crônica. Desta forma, ajuda a desenvolver atitudes e habilidades, facilita a autonomia, tornando-o capaz de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde (FREITAS; CABRAL, 2008).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um Projeto de Desenvolvimento seguindo o modelo proposto por Echer (2005) e Oliveira, Lucena e Echer (2014) no qual foram seguidas as seguintes etapas:

Figura 1- Etapas para a construção do manual educativo. Porto Alegre, 2014



4.2 Contexto

O local do estudo foi a Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é uma instituição pública que faz parte da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA, 2016).

Esta Unidade de Hemodiálise atende pacientes com insuficiência renal crônica ou aguda com necessidade de TRS (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal). Está localizada no segundo andar do hospital e funciona de segunda a sábado das 7h às 00h e 15min (fora deste horário e aos domingos, conta com um plantão de sobreaviso composto por uma enfermeira e um técnico de enfermagem).

O serviço possui quatro salas, totalizando 26 pontos de diálise. A distribuição dos pacientes é feita por salas a partir das sorologias para HIV, Anti-HBsAg e Anti-HCV.

4.3 População e amostra

A amostra para a etapa de qualificação do manual foi do tipo intencional e constituída por profissionais que atuam no cuidado ao DRCT em tratamento hemodialítico, pacientes com doença renal crônica terminal com FAV e seus cuidadores. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde que trabalhe com DRCT, cuidadores de DRCT e pacientes em tratamento hemodialítico com FAV, que aceitaram voluntariamente participar do estudo.

Quanto aos critérios de exclusão: DRCT, cuidadores e profissionais da saúde que não participaram de todas as etapas previstas no estudo, ou não devolveram a avaliação do manual piloto na data estipulada.

Foram selecionados 24 participantes para este estudo, porém, deste total, seis foram retirados da amostra por atenderem aos critérios de exclusão.

A amostra foi constituída, portanto, por 18 participantes conforme a seguinte distribuição:

- a) Três enfermeiros da unidade de Hemodiálise;
- b) Um farmacêutico da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- c) Dois técnicos de enfermagem da hemodiálise;
- d) Um médico residente em nefrologia;
- e) Um médico nefrologista;
- f) Um professor nefrologista;
- g) Dois fisioterapeutas;
- h) Três DRCT com FAV;
- i) Quatro cuidadores de DRCT com FAV.

4.4 Coleta de informações

A coleta de informações seguiu as etapas preconizadas por Echer (2005) e Oliveira, Lucena e Echer (2014):

- *Definição e seleção dos conteúdos:* As informações primeiramente foram coletadas por meio da busca de literatura científica específica, dos últimos 10 anos, sobre os conteúdos pretendidos para a elaboração do manual.
- *Adaptação da linguagem:* A linguagem dos conteúdos selecionados na revisão científica foi adaptada para facilitar o entendimento e a compreensão dos participantes da amostra, independentemente do grau de instrução.

- *Inclusão de ilustrações:* Para tornar o manual mais atrativo e a leitura menos cansativa, foram construídas ilustrações que mostram visualmente as orientações propostas. Entende-se que os desenhos, muitas vezes, explicam mais do que textos e também facilitam o entendimento.
- *Construção e Qualificação do manual piloto:* Depois de elaborado, o manual piloto foi distribuído aos participantes do estudo, junto a ele, foi entregue também um questionário de avaliação (ANEXO A). Os avaliadores tiveram o prazo de três semanas para manusear o material e responder ao questionário. A devolução do material aos pesquisadores ocorreu em encontros agendados individualmente, além disso, foi disponibilizado um lugar seguro e reservado para que os participantes deixassem o manual caso o encontro presencial não fosse possível ou caso a avaliação ocorresse antes do tempo determinado. Após a entrega dos participantes, atendendo o máximo possível as observações levantadas, o instrumento foi revisado novamente por profissionais da unidade de hemodiálise (enfermeiros e professora nefrologista) para a qualificação final.

4.5 Análise das informações

Foram analisadas as respostas do instrumento de avaliação entregue junto ao manual piloto e todas as sugestões apontadas ao longo do texto do material.

As respostas obtidas por meio dos questionários foram analisadas mediante tabulação. Além disso, as sugestões pontuadas foram analisadas atendendo a uma análise qualitativa descritiva, onde os dados foram criteriosamente agrupados e classificados quanto a sua pertinência sendo então incluídos no texto do manual.

Neste estudo, os pesquisadores optaram por não separar a análise das respostas dos profissionais da saúde e dos pacientes/cuidadores por entender que todas as avaliações e sugestões levantadas são de igual importância. Além disso, o manual deve se claro e atender a demanda de todos os participantes, independente do grau de escolaridade.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo está alinhado ao projeto maior intitulado “Mulheres Cuidadoras de Doentes Renais Crônicos e suas Relações de Cuidado”, nº 140502, aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa do HCPA segundo parecer nº 903398.

O atual estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS projeto nº: 32437, (ANEXO B) e ao Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, parecer nº: 2.162.473 (ANEXO C).

O presente estudo respeita os aspectos éticos, assegurando a autenticidade de ideias, conceitos e definições dos autores e garante a autoria dos artigos pesquisados. Além disso, foi observado as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002a; 2002b).

Este projeto também atendeu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta e normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Na etapa de qualificação do manual, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias, para formalização de sua participação no estudo, onde foi garantido o anonimato das opiniões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características dos avaliadores

Quanto aos 11 participantes da equipe de trabalhadores da saúde, seis eram do sexo feminino. Em relação à formação acadêmica, dois profissionais tinham nível técnico, três apresentavam título de especialista, cinco possuíam mestrado e um doutorado. Ao avaliar o tempo de experiência na área da Nefrologia, observou-se variação de dois a 19 anos.

A qualificação dos profissionais da saúde é uma exigência cada vez maior no mercado de trabalho, pois auxilia na tomada de decisões e na obtenção de respostas que surgem na prática assistencial (ALVES, 2017). Desta forma, a maioria dos avaliadores selecionados para o estudo (82%) tinha, além de graduação, especialização, mestrado e/ou doutorado, fato que aprimora o cuidado ao DRCT.

Os três pacientes DRCT eram do sexo masculino, tinham entre 53 e 66 anos de idade e possuíam diferentes escolaridades: um com ensino fundamental completo, um com ensino médio completo e um com ensino superior completo. O tempo de hemodiálise variou de 12 a 14 anos. O presente estudo previa a participação de ambos os sexos, porém, das três mulheres convidadas, uma foi a óbito e as outras duas não devolveram o questionário no tempo proposto.

Os resultados do Inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2016 demonstraram que 57% dos pacientes em diálise são do sexo masculino e que 65,7% encontram-se na faixa etária entre 20 a 64 anos (SESSO et al., 2017).

Os quatro cuidadores de DRCT que constituíram a amostra, apresentavam idades entre 59 a 66 anos, eram todas do sexo feminino e tinham relação de parentesco com o indivíduo em hemodiálise, sendo três esposas e uma mãe. Quanto aos níveis de escolaridade: duas com ensino fundamental incompleto e duas com ensino médio completo, nenhuma delas possuía vínculo empregatício. Cuidam dos pacientes em média há 13 anos.

Nos estudos de Barreto e Marcon (2012) e Marques et al. (2014) todos os cuidadores de DRCT participantes também eram do sexo feminino, além disso, quanto ao grau de parentesco, a maioria era composta por esposas, filhas e mães de indivíduos em hemodiálise. Estes dados reforçam que, apesar das transformações que vêm ocorrendo na sociedade, principalmente em relação às atribuições e aos papéis

familiares, a mulher ainda tem um forte papel no cuidado a família (MARQUES et al., 2014).

5.2 Análise dos questionários de avaliação

O questionário de avaliação era composto por 10 perguntas objetivas, porém, com espaço para respostas dissertativas, visando obter o máximo de sugestões, acréscimos ou melhorias em cada item.

Os participantes entraram em consenso, ou seja, 18 (100%) dos avaliadores concordaram com as seguintes afirmativas do questionário:

- As orientações contidas no manual são importantes;
- A linguagem utilizada no manual é acessível. Neste item, observou-se colocações como: *“Muito válido o manual, claro e objetivo”* (Avaliador 4).
- O manual ajudou a diminuir as dúvidas;
- As informações contidas no manual favorecem o autocuidado. No espaço destinado à escrita, foram feitas colocações como:

Reforçam as informações verbais, que são muitas.
(Avaliador 2)

Reforçam as orientações que a equipe realiza antes e durante o tratamento.
(Avaliador 3)

São informações relevantes e muitas vezes desconhecidas do público alvo.
(Avaliador 8)

Quanto a qualidade das informações, 17 (94,4%) consideraram adequado e apenas um participante considerou pouco adequado, mas não justificou sua resposta.

Em termos de extensão e quantidade de informações do manual educativo, 16 (88,9%) consideraram adequado e dois (11,1%) pouco adequado, entre sugestões tem-se: *“Poderia focar mais nos cuidados com a FAV, sem precisar explicar muito sobre a DRC”* (Avaliador 10).

Quando interrogados quanto ao tamanho e ao estilo de letra empregada, 15 (83,3%) avaliaram como adequado e três (16,7%) pouco adequado. No espaço para sugestões: *“Poderia aumentar um pouquinho o tamanho das letras, as pessoas mais idosas tem dificuldade mesmo com o uso de óculos”* (Avaliador 9).

A forma de disposição de informações foi considerada adequada por 15 (83,3%) avaliadores, pouco adequado por 2 (11,1%) e não adequado para 1 (5,6%), que sugeriu

como modificação: “*Se for para pacientes, deve ter tamanho maior (idosos, diminuição de visão)*” (Avaliador 6).

Em relação às ilustrações, 17 (94,4%) dos participantes consideraram que elas contribuem para o melhor entendimento do texto e apenas um (5,6%) considerou que contribui às vezes. No item sugestões viu-se:

Acho que a gravura do funcionamento dos rins poderia ser outra, com explicações mais claras (Avaliador 1).

Ficou com uma linguagem clara e as ilustrações de fácil entendimento (Avaliador 9).

As informações são facilmente localizadas no manual por 11 (61,1%) pessoas e sete (38,9%) consideram que isso ocorre na maioria das vezes.

5.3 Análise das sugestões do manual

A versão final do manual foi reorganizada conforme as sugestões recebidas, de modo a facilitar o entendimento dos leitores. O estudo de Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) ressalta a importância dos materiais educativos e destaca que a forma como muitas orientações estão escritas dificulta a compreensão, por isso, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes, cuidadores e de diferentes profissionais da saúde como mecanismo para favorecer o processo de comunicação e a leitura.

Com base na análise dos questionários e das sugestões ao longo do manual, foram realizadas: a reorganização da sequência de apresentação dos cuidados; a redução de informações e a alteração de textos e do tamanho da letra.

5.3.1 Reorganização da sequência de apresentação dos cuidados

Após a análise dos avaliadores sobre o manual, tornou-se necessária a reorganização da apresentação dos cuidados com a FAV, pois a ordem em que estavam dispostos foi considerada inadequada por alguns dos avaliadores, situação que pode comprometer o entendimento e o seguimento dos cuidados. A necessidade de revisão da sequência lógica do material educativo também foi um achado no estudo de Pereira (2014) sobre a construção e validação de uma cartilha de orientação sobre o tratamento quimioterápico.

Os adultos, principalmente em situações de doença ou de estresse, precisam de instruções claras e acessíveis a respeito das suas condições de saúde e das formas de cuidado (MAINEHEALTH, 2010). Por isso, os diversos cuidados com a FAV foram reordenados e passaram a ser apresentados em tópicos (antes, durante, ao término e após as sessões de hemodiálise) para melhorar a compreensão dos leitores.

A divisão dos cuidados em categorias torna o material mais atrativo para a leitura e facilita a localização de respostas para dúvidas pontuais, além disso, facilita a compreensão do conteúdo, visto que o desenvolvimento de uma ideia por vez contribui para que os leitores não fiquem confusos (MAINEHEALTH, 2010). Este modelo de organização e apresentação de material educativo corrobora com o estudo de Sabino (2016), cujo trabalho foi elaborar e validar uma cartilha educativa para promoção da eficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

A estruturação do manual em tópicos auxilia também na transformação de instruções longas e complicadas em textos objetivos, de fácil entendimento (SABINO, 2016). Adequar à organização do material educativo facilita a aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de autonomia, atitudes e habilidades do público a que ele se destina (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

5.3.2 Redução de informações

O manual piloto teve a exclusão de três páginas consideradas dispensáveis e outras quatro páginas precisaram ser reformuladas, pois tinham excesso de informação.

O texto escrito de um material educativo deve ser curto, direto e proporcionar ao leitor uma linguagem correta e compreensível (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014). Por isso, a primeira página do manual foi retirada, por apresentar extensa explicação sobre doença renal crônica, muitos termos técnicos e a ilustração de funcionamento dos rins foi considerada de difícil entendimento por um dos avaliadores.

A segunda exclusão, da página sobre os cuidados depois do amadurecimento da FAV, ocorreu por apresentar informações já mencionadas e abordadas em outras páginas. Desta forma, a repetição de textos apenas aumenta o tamanho do material e torna o processo de leitura menos dinâmico e interessante.

A terceira parte excluída trazia informações a respeito da prevenção da doença renal crônica, por se tratar de um grande problema de saúde pública e visto que o

material é destinado não somente aos pacientes, mas também aos seus cuidadores. Conforme as avaliações dos participantes, esta informação poderia confundir os pacientes que já possuem a doença, sendo, portanto, retirada da versão final do material.

Mesmo que o indivíduo tenha um bom nível educacional, frases longas e palavras pouco utilizadas na comunicação verbal podem tornar o texto de difícil leitura (BOZTAS et al., 2017), além disso, segundo MainHealth (2010), é essencial manter cada parágrafo focado em um ponto principal, usando cerca de três a cinco frases. Por isso, a fim de tornar o manual mais atrativo e menos cansativo para a leitura, foi necessário redistribuir o conteúdo de quatro páginas que apresentaram excesso de informação.

Assim como a primeira página do manual que precisou ser excluída, a segunda página também trazia informações sobre doença renal crônica, incluindo dados estatísticos sobre pacientes em diálise no Brasil. Por apresentar muita informação sobre doença renal crônica, a página foi considerada dispensável, porém, optou-se por mantê-la, reduzindo a quantidade de informações, de modo que o manual apresentasse uma breve introdução ao tema.

A segunda página reestruturada abordava o funcionamento do tratamento por hemodiálise. Esta página, segundo as avaliações, tinha pouca ênfase na explicação da necessidade de construção de um acesso venoso para hemodiálise, sendo, portanto, a explicação da necessidade de construção da FAV colocada em uma página separada, visando dar maior ênfase no assunto.

A terceira página com conteúdo remanejado trazia informações sobre a importância de manter o local da FAV limpo. Foi apontado que a página trazia excesso de assuntos, sendo, então, dividida em outras duas: a primeira apresenta a importância da lavagem do membro da FAV antes das sessões de hemodiálise, mostrando que a higiene da pele é um mecanismo importante para evitar infecções e a segunda a importância do banho diário, compondo os cuidados após as sessões de hemodiálise.

A quarta e última página com redistribuição de conteúdo foi a que chamava atenção para o controle do peso. Todos os tópicos dessa página foram considerados extremamente importantes e deveriam ser separados em outras páginas para dar maior destaque. A explicação sobre peso seco foi incorporada nos cuidados antes das sessões de hemodiálise e os sintomas que podem aparecer quando o paciente tem muito líquido para remover em uma sessão foram colocados em página separada, dentro dos cuidados durante as sessões de hemodiálise.

5.3.3 Alteração de textos e do tamanho da letra

A elaboração de um manual de cuidados depende de revisão da literatura e de embasamento científico atualizado, mas isso não é o suficiente para torná-lo adequado e capaz de solucionar e/ou amenizar as dúvidas do público que se pretende atingir. No processo de construção, a participação do grupo-alvo facilita a aceitação destes materiais e também eleva a credibilidade (TELES et al., 2014), sendo imprescindível levar em conta o conhecimento, a valorização das experiências do paciente e de seu cuidador, de forma a priorizar as necessidades dos clientes e não apenas as exigências terapêuticas (QUEIROZ et al., 2008).

A participação dos profissionais da saúde também é fundamental, pois são eles que convivem diariamente com os pacientes e conhecem as dúvidas/dificuldades mais frequentes que enfrentam. Além disso, permitem a identificação de falhas na abordagem de alguns temas (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

Segundo as avaliações dos participantes, faltaram as seguintes informações no manual piloto: mencionar o transplante renal e o enxerto arteriovenoso como opção de tratamento e de acesso vascular, respectivamente e mencionar a lavagem de mãos sempre que for manusear a FAV. Todas estas sugestões foram incluídas na versão final do manual para que o paciente e seu cuidador tenham informações completas a respeito do tratamento.

Foi necessário revisar e reordenar páginas que abordavam as complicações da FAV. Alguns avaliadores consideraram que existia muito enfoque nas complicações, pois existia mais de uma página sobre o assunto e dispostas no início do material, ou seja, prendiam muito a atenção do leitor no problema e não tanto nas formas de prevenção. Os tópicos abordados nas duas páginas (hematomas, baixo fluxo de sangue, infecções, aneurisma, trombose e isquemia de mão) foram remanejados, de forma a dar mais enfoque nos cuidados e não tanto nas complicações da FAV.

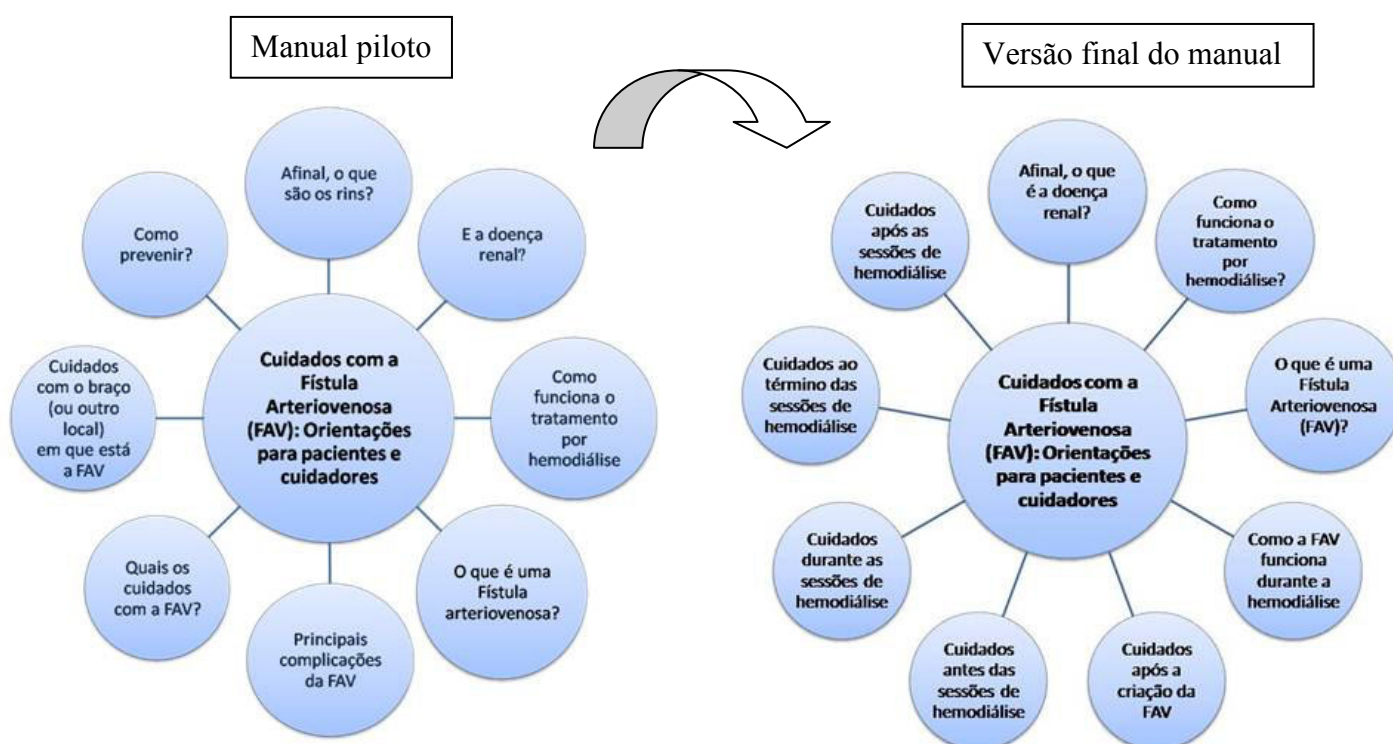
O manual mencionava a quantidade, em média, de sessões de hemodiálise necessárias por semana e o tempo de duração de cada uma delas, porém, foi solicitado a retirada desta informação, pois muitos pacientes precisam de esquemas diferenciados de TRS, dependendo da situação clínica e poderiam apresentar resistência quando apresentadas propostas diferentes das demonstradas no manual. Foi retirado também o tempo médio de espera para a utilização da FAV, pois varia para cada paciente e da necessidade de hemodiálise. Todas estas mudanças sugeridas foram acatadas, afinal, o

manual deve estar alinhado com as orientações fornecidas pelas equipes de saúde, pois são elas as responsáveis pelo fornecimento do material educativo e pela veiculação de orientação.

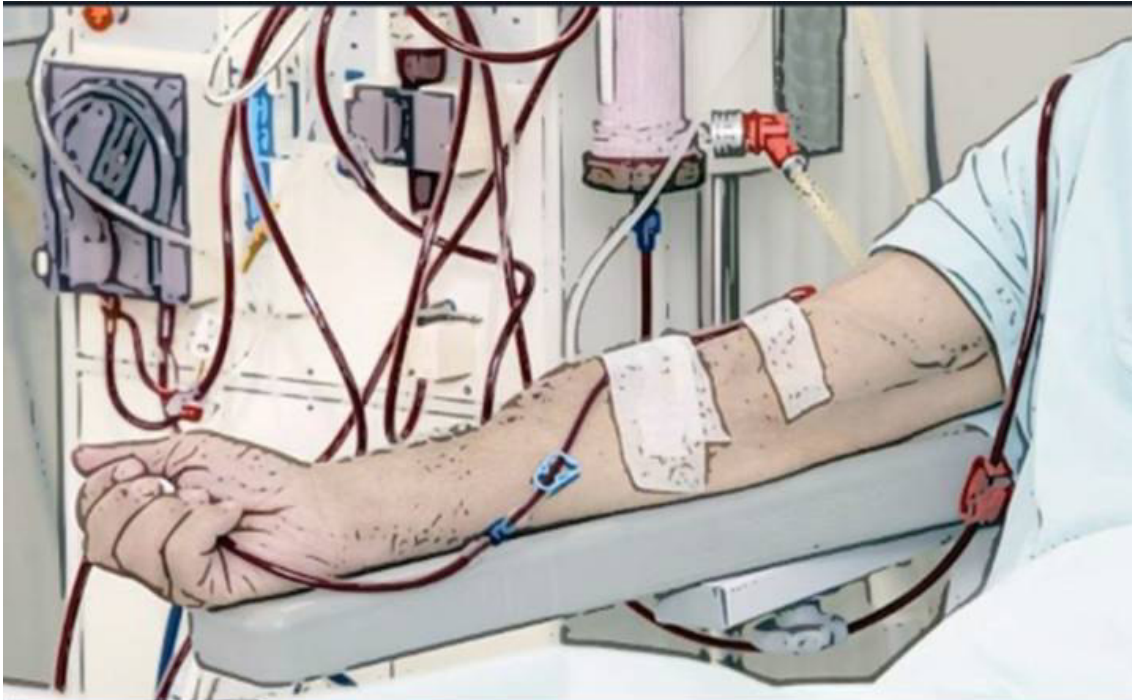
A fonte escolhida para a composição dos textos foi a Times New Roman tamanho 20, para que as letras não tomassem uma proporção muito grande em relação às imagens e seguindo as recomendações do guia do MainHealth (2010), que indica o tamanho 14 como o mínimo para composição de materiais educativos. Porém, alguns avaliadores aconselharam que as letras fossem maiores visto que muitos pacientes e cuidadores são idosos e possuem limitações para leitura. Portanto, levando em conta a diminuição da capacidade visual do idoso (ALVES, 2017), a fonte foi alterada para o tamanho 36 nos títulos e 28 nos textos.

Os tópicos presentes do manual reformulado são apresentados na figura 2:

Figura2- Tópicos do manual educativo “Cuidados com Fístula Arteriovenosa: Orientação para pacientes e cuidadores” antes e após a etapa de qualificação.



A seguir, apresenta-se o manual intitulado “Cuidados com a Fístula Arteriovenosa (FAV): Orientações para pacientes e cuidadores” em sua versão final.



Cuidados com a Fístula Arteriovenosa (FAV)

Orientações para pacientes e cuidadores

Este manual foi elaborado por: Caroline Brandolt (Acadêmica de Enfermagem da UFRGS), Filipe Boeira Schedler (Fisioterapeuta graduado pela UFRGS) e Elisabeth Gomes da Rocha Thomé (Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS). Contou com a colaboração de: Isabel Cristina Echer (Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS).

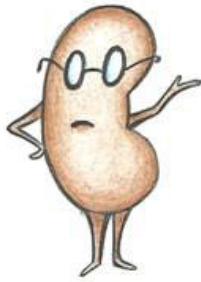
Sumário

Apresentação	5
Afinal, o que é a doença renal?	6
Como funciona o tratamento por Hemodiálise	7
Por que é necessário um acesso vascular para fazer hemodiálise?	8
O que é uma Fístula Arteriovenosa (FAV) e um Enxerto Arteriovenoso (EAV)?	9
Como a FAV funciona durante a Hemodiálise?	10
Cuidados após a construção da FAV	11
Cuidados antes das sessões de hemodiálise	13
Cuidados durante as sessões de hemodiálise	15
Cuidados ao término das sessões de hemodiálise	17
Cuidados após as sessões de hemodiálise	18

Apresentação

Este manual tem como objetivo orientar cuidadores e pacientes com doença renal crônica em hemodiálise ou que estejam em vias de iniciar este tratamento, sobre os cuidados específicos com a Fístula Arteriovenosa. Foi elaborado com auxílio da literatura científica, da vivência dos doentes renais crônicos que realizam hemodiálise, de seus cuidadores e dos profissionais da equipe de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

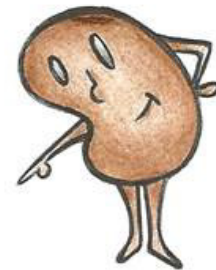
Constitui-se em um material didático que tem como intuito contribuir para que o doente renal crônico e o seu cuidador sintam-se mais seguros e preparados para realizar os cuidados cotidianos.



Afinal, o que é a doença renal?

Quando os rins não funcionam, o corpo sofre de muitas formas. Por isso, doentes renais crônicos, geralmente, precisam de tratamento para substituir o trabalho dos rins, sendo a diálise (HEMODIÁLISE ou diálise peritoneal) e o transplante renal as opções disponíveis.

HEMODIÁLISE

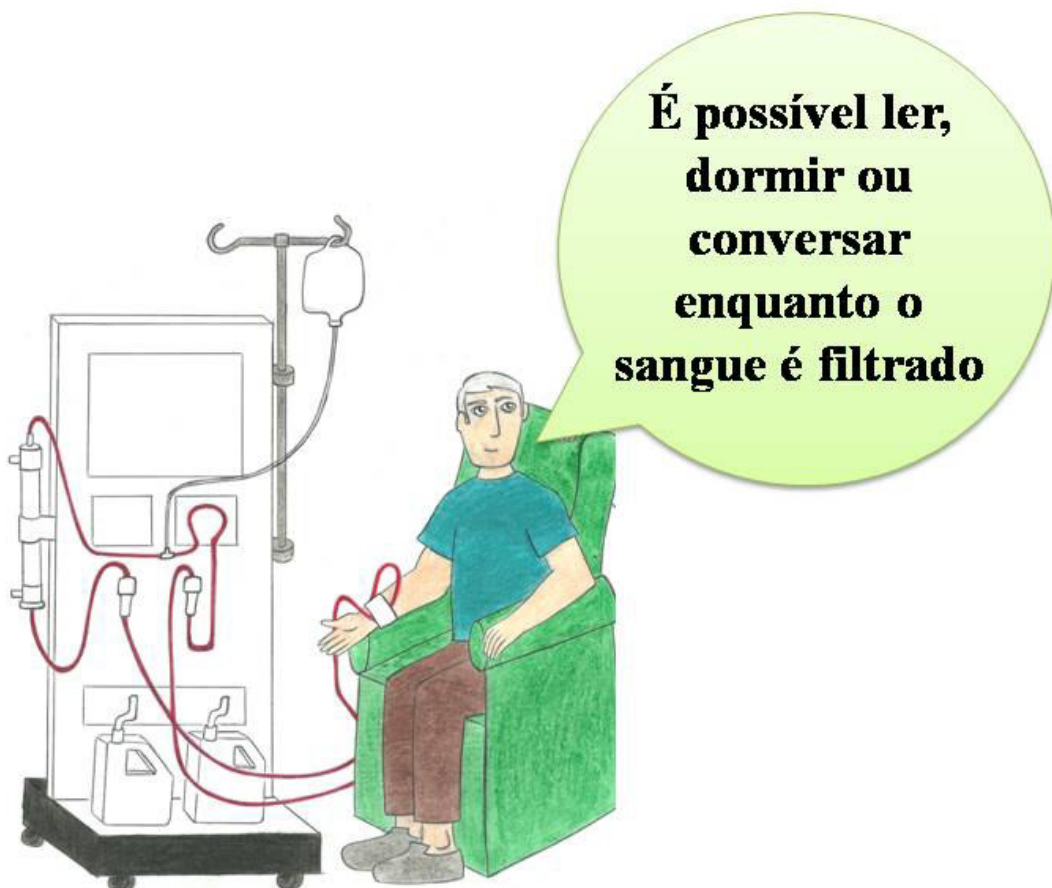


Significa SANGUE

É o nome dado para procedimentos que filtram o sangue

Como funciona o tratamento por **HEMODIÁLISE**

Para fazer hemodiálise, é necessário um acesso vascular para conectar-se a uma máquina que irá fazer parte do trabalho que o rim doente não consegue fazer.



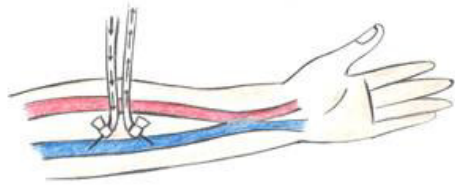
Por que é necessário um acesso vascular para fazer hemodiálise?

As veias do nosso corpo não suportam várias punções no mesmo lugar e o fluxo de sangue que passa por elas é lento, por isso, é necessário a construção de uma fístula arteriovenosa ou de um enxerto arteriovenoso para fazer a hemodiálise.



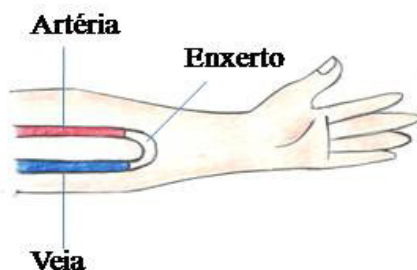
A Fístula Arteriovenosa é o acesso vascular permanente preferível, mais seguro e de maior duração.

O que é uma Fístula Arteriovenosa (FAV)?



É a união de uma artéria e de uma veia do corpo, construída por meio de cirurgia. Esta junção cria um fluxo sanguíneo mais rápido e turbulento, gerando uma vibração (que chamamos de frêmito) na FAV.

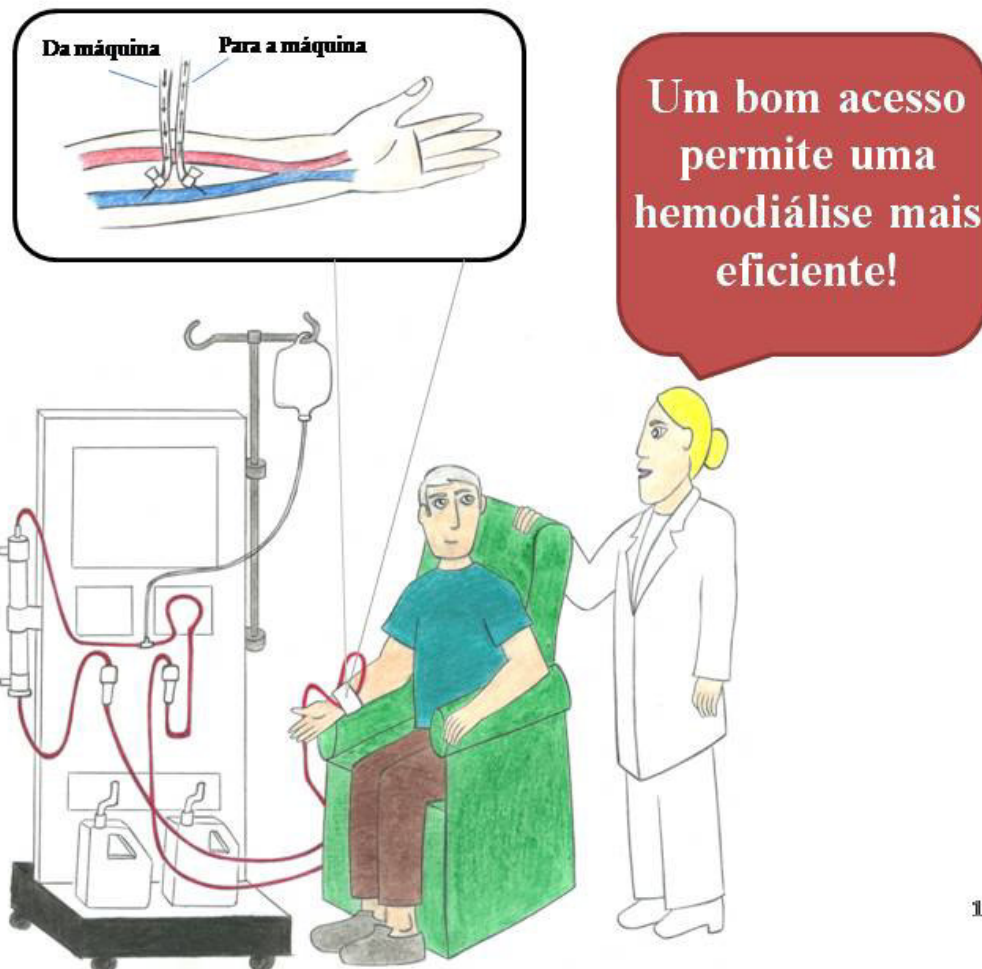
O que é um Enxerto Arteriovenoso (EAV)?



Trata-se de um tubo flexível conectado a uma artéria em uma extremidade e a uma veia na outra. É uma opção quando não é possível a confecção da FAV.

Como a FAV funciona durante a hemodiálise?

A FAV precisa ser puncionada (perfurada) por 2 agulhas em cada sessão de hemodiálise. Uma para puxar o sangue em direção à máquina e a outra para devolver o sangue já filtrado para o paciente.



Cuidados após a construção da FAV

- ➔ Sempre lavar as mãos antes de manipular a FAV;
- ➔ Não usar a FAV prematuramente, pois ela demora algumas semanas para estar pronta para uso;
- ➔ Evitar esforços com o membro onde foi feito a FAV;
- ➔ Manter o braço inicialmente elevado se estiver inchado.



FICAR ATENTO!

ISQUEMIA DE MÃO

- É uma das complicações que pode surgir logo após a construção da FAV.

Causa dor na mão ao exercício ou em repouso e sensação de suor frio

- A FAV pode desviar o sangue que irriga a mão, deixando-a arroxeadada. Porém, melhora com a evolução da FAV.



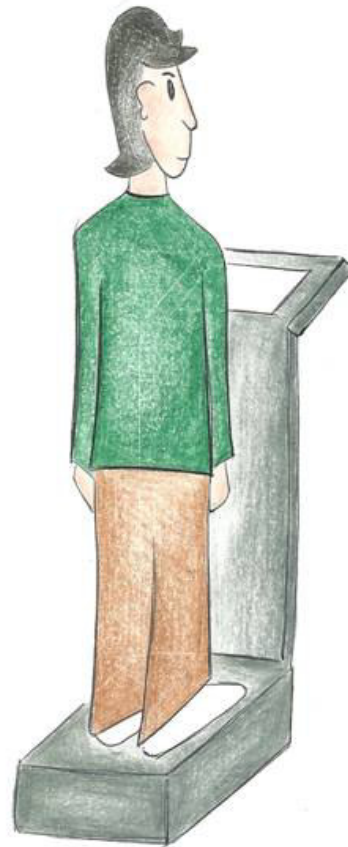
Em caso de dor insuportável, procurar atendimento médico

Cuidados **antes** das sessões de hemodiálise

Controlar o peso!

Antes de iniciar a hemodiálise, é necessário saber o peso seco- definido pelo médico no início do tratamento e, a partir dele, é determinado o volume que será retirado durante as sessões.

Na maioria dos casos, os pacientes que fazem hemodiálise urinam pouco ou não urinam, ou seja, os líquidos ficam acumulados e acontece um aumento do peso que deve ser retirado nas sessões de hemodiálise.



Manter o local da fistula limpo!

Ao chegar na unidade de hemodiálise, antes da punção, lavar o membro da FAV com água e sabonete neutro.

A higiene da pele é um mecanismo importante para evitar infecções!

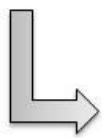


INFECÇÃO:

É a invasão de bactérias na FAV. Aparecem sinais como:
vermelhidão,
inchaço e dor.

Cuidados **durante** as sessões de hemodiálise

É preciso fazer rodízios dos locais de punções!



Esse cuidado evita a formação de aneurisma e de cicatrizes que podem dificultar as próximas punções.

- A técnica de Buttonhole é uma **EXCEÇÃO**, pois consiste na perfuração de um mesmo local com uma agulha especial. Porém, o uso desta técnica depende da avaliação da enfermeira (o) da unidade de hemodiálise.

Na maioria das sessões o paciente não sentirá nada, mas algumas vezes, poderá ocorrer:

Queda da pressão arterial;

Náuseas;

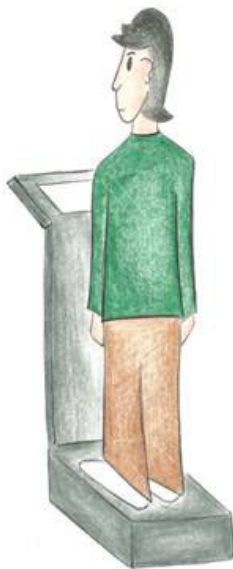
Câimbras;

Dor de cabeça;

Mal-estar.

Geralmente acontecem quando o paciente precisa retirar muito líquido em uma sessão.

A queda de pressão pode prejudicar o funcionamento da FAV, inclusive inutilizá-la.



Por isso, é importante evitar o ganho excessivo de peso entre os dias de hemodiálise.

Cuidados **ao término** das sessões de hemodiálise

- Serão retiradas as agulhas e feito compressão até o fim do sangramento.

O local da punção será coberto por um curativo que não pode ser circular e não pode estar muito apertado

Além disso, o paciente deve:



- Verificar a pressão arterial;
- Pesar-se;
- Confirmar se não existem sintomas e se está em condições de ir para casa.



Por maior que seja a pressa de ir embora, tenha calma para sair da unidade!

Cuidados **após** as sessões de hemodiálise

Atenção aos sangramentos!

Manter o curativo de 4-6h após a hemodiálise e observar o local!

Pouco sangramento

Fazer outro curativo com material limpo (gaze) e observar.

→ **Comunicar a equipe médica e de enfermagem na próxima hemodiálise.**



Sangramento intenso

Fazer compressão contínua e firme no ponto em que a FAV foi puncionada usando material limpo (gaze) e elevar esse membro.

→ **DIRIGIR-SE A EMERGÊNCIA HOSPITALAR MAIS PRÓXIMA**

Cuidados com hematomas

- Os hematomas são acúmulos de sangue sob a pele. Surgem manchas roxas nos locais próximos da fistula.
- Caso isso ocorra após uma punção, use compressas frias frequentes durante as 24h que sucedem e água morna nos dias seguintes.
- Não coloque gelo imediatamente sobre a pele, envolva-o com um pano para não machucar a pele.



Observar **SEMPRE** a FAV!

Caso o local da FAV estiver:



- QUENTE
- VERMELHO
- INCHADO
- DURO
- COM SAÍDA DE LÍQUIDO
- SEM FRÊMITO OU FRÊMITO DIMINUÍDO



AVISAR IMEDIATAMENTE a
equipe médica e de enfermagem!

**Avisar também se estiver com
FEBRE**

Durante o banho diário, lavar bem o braço e a FAV com água e sabonete neutro, secando cuidadosamente com uma toalha limpa.

**Sujeira e umidade
representam risco de
infecção**



Faça exercícios com braços e mãos

O exercício de compressão de bola de borracha ajuda a desenvolver e a manter a FAV em funcionamento

Abrir e fechar a mão durante 15 minutos pelo menos 3 vezes por dia promove o fortalecimento contínuo da FAV



Os exercícios são essenciais mesmo após muitos anos de uso da fistula.



Muitas hospitalizações acontecem por complicações com a FAV, por isso, é importante que você saiba quais são elas e de que forma evitá-las!

ANEURISMA

É uma dilatação no local de punção que ocorre devido ao envelhecimento e a fragilidade do acesso.

➔ **Aumenta o risco de rompimento da FAV.**

A mudança dos locais de punção a cada diálise diminui o aparecimento de aneurismas

TROMBOSE

Ocorre por baixo fluxo sanguíneo na FAV que pode estar ligada a hipotensão, desidratação ou aperto dos vasos sanguíneos.

➔ **Pode levar a perda da FAV.**

Curativos ou roupas muito apertadas sobre o braço da fístula, hematomas e dormir sobre o mesmo, propiciam a trombose.

LEMBRE-SE!

Não remova ou permita a remoção de pelos e crostas formadas na região da FAV



Não utilize a FAV para retirar amostra de sangue ou para administração de medicamentos.

Não utilize pomadas ou cremes no local da FAV sem orientação da equipe de saúde que o acompanha.

Não verificar a pressão arterial nesse membro.



Não dormir sobre a FAV.

Não carregar peso com esse membro.



Não usar relógios e PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO do hospital no membro da FAV.

6 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu apresentar o processo de construção e de qualificação de um manual educativo sobre cuidados com Fístula Arteriovenosa para cuidadores e pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. A elaboração deste material foi fundamentada em conhecimento científico e também nas necessidades dos pacientes e de seus cuidadores.

O uso deste manual poderá auxiliar o trabalho do enfermeiro, pois acredita-se que ele possa subsidiar as orientações verbais, melhorando a assistência prestada ao Doente Renal Crônico Terminal. Este tipo de tecnologia educativa fornece informações essenciais para tornar os pacientes e seus cuidadores mais seguros, colaborando para o bom andamento do tratamento.

A partir da avaliação dos participantes do estudo, o material educativo mostrou-se adequado quanto à aparência e a linguagem, além disso, favorece o autocuidado e pode contribuir para diminuir dúvidas. O conteúdo precisou ser revisto e adequado, sendo necessária a reorganização da sequência de apresentação dos cuidados, a redução de informações e a alteração de textos e do tamanho da letra.

O manual apresenta potencial para ser utilizado na prática assistencial e será encaminhado em sua versão final ao Conselho Editorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para ser avaliado quanto a sua utilização na Instituição. Como limitação deste estudo, tem-se a não participação de profissionais da área da comunicação no processo de construção do material.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Allana Mirella. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de quedas em idosos**. 2017. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/21915/1/2017_dis_amalves.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informações e documentação: referência: elaboração. Rio de Janeiro, 2002b.
- BARRETO, Mayckel da Silva; MARCON, Sonia Silva. DOENÇA RENAL CRÔNICA: VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DO CUIDADOR. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.374-379, set. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2193/2886>>. Acesso em: 19 dez. 2017.
- BOZTAS, Nilay et al. Readability of internet-sourced patient education material related to “labour analgesia”. **Medicine**, [s.l.], v. 96, n. 45, p.1-5, nov. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000008526>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5690750/>>. Acesso em: 11 dez. 2017.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. 64p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 44p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira et al. Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p.484-492, jan. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-774695>>. Acesso em: 12 set. 2016.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Validação de material educativo para alta hospitalar de pacientes com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.284-289, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0284.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

COUTO, Ingrid Ramos Reis et al. SABER E PRÁTICA: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ELO FACILITADOR NO PROCESSO DE CUIDAR. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, S.I, v. 5, n. 1, p.3485-3492, jan/mar. 2013. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/33557/ssoar-revpesquisa-2013-1-couto_et_al_Knowledge_and_practice_education_in.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 out. 2016.

DAURGIDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.754-757, out. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2146/2237>>. Acesso em: 15 set. 2016.

FARATRO, Rose et al. The care and keeping of vascular access for home hemodialysis patients. **Hemodialysis International**, Toronto, v. 19, p.S80-S92, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25925828>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

FERMI, Marcia Regina Valente. **Diálise para enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERREIRA, Hellen Pimentel et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 4, p.278-284, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3045.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

FREITAS, Ana Angélica de Souza; CABRAL, Ivone Evangelista. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.84-89, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

HAESLER, Emily; BAUER, Michael; NAY, Rhonda. Recent evidence on the development and maintenance of constructive staff-family relationships in the care of older people - a report on a systematic review update. **International Journal of Evidence-based Healthcare**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.45-74, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20923509>>. Acesso em: 28 set. 2016.

HAMMES, Mary. Hemodynamic and Biologic Determinates of Arteriovenous Fistula Outcomes in Renal Failure Patients. **Biomed Research International**, Cairo, 2015, p.1-7, Out. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606083/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

HCPA. **Apresentação**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/7758/2166/>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

HEMACHANDAR, R. Analysis of Vascular Access in Haemodialysis Patients - Single Center Experience. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, New Delhi, v. 10, n. 9, p.20-30, Oct. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625272/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

LARKIN, Mary. What About the Carers? In: E.LLOYD, Cathy; HELLER, Tom. **Long-Term Conditions: Challenges in Health and Social Care**. London: Sage Publications, 2012. p. 186-198.

LEE, Kian-Guan et al. Outcomes of Arteriovenous Fistula (AVF) Creation, Effect of Preoperative vein mapping and Predictors of Fistula Success in Incident Hemodialysis Patients - A Single-center Experience. **Nephrology**, Sidney, p.1-10, Apr. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27042772>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

LOMONTE, Carlo; BASILE, Carlo. Preoperative assessment and planning of haemodialysis vascular access. **Clinical Kidney Journal**, Italy, v. 8, n. 3, p.278-281, 15 Apr. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26034588>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

MAINEHEALTH. **A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials: Guidelines for Effective Print Communication**. Disponível em: <<https://mainehealth.org/-/media/community-education-program-cep/health-literacy/mh-print-guidelines.pdf?la=en>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

MARQUES, Fernanda Ribeiro Baptista et al. ESTRATÉGIAS DE COPING UTILIZADAS POR FAMILIARES DE INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p.915-924, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00915.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

MOREIRA, Alessandra Guimarães Monteiro; ARAUJO, Sílvia Teresa Carvalho de; TORCHI, Thalita Souza. Preservação da fistula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.256-262, jun.

2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728367008.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

OLIVEIRA, Magáli Costa; LUCENA, Amália de Fátima; ECHER, Isabel Cristina. SEQUELAS NEUROLÓGICAS: ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 6, n. 8, p.1597-1603, jun. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4926/pdf_5259>. Acesso em: 16 set. 2016.

OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SAWADA, Namiê Okino. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.115-123, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100013>. Acesso em: 19 dez. 2017.

PEREIRA, Cláudia Regina. **Construção e validação de uma cartilha de orientação sobre o tratamento quimioterápico**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8580>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

PEREIRA, Eleno Rafael et al. ANÁLISE DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DURANTE A TERAPIA HEMODIALÍTICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. **Revista de Enfermagem do Centro Mineiro**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p.1123-1134, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/603/747>>. Acesso em: 20 set. 2016.

PEREIRA FILHO, Arnóbio Santos. **Complicações imediatas e tardias de cateteres de hemodiálise**. 2013. 31 f. Monografia (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13847/1/Arnóbio Santos Pereira Filho.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13847/1/Arnóbio%20Santos%20Pereira%20Filho.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

PESSOA, Natália Ramos Costa; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 73-79, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.55-63, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100006>. Acesso em: 06 dez. 2017.

RAMALHO NETO, José Melquiades et al. Fístula arteriovenosa na perspectiva de pacientes renais crônicos. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 7, n. 1, p.37-41, jun.

2016. Disponível em:

<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/663/282>>. Acesso em: 05 set. 2016.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes de. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil** : elaboração e validação. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em:

<<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15638>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

SAHASRABUDHE, P et al. Retrospective analysis of 271 arteriovenous fistulas as vascular access for hemodialysis. **Indian Journal of Nephrology**, New Delhi, v. 23, n. 3, p.191-200, 2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3692144/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SANTOS, Andréia Augusto dos; SIQUEIRA, Caroline de Carvalho; SÓRIA, Denise de Assis Corrêa. PADRONIZAÇÃO DOS CUIDADOS COM ACESSOS VASCULARES PARA TERAPIA HEMODIALÍTICA: CUIDADO ESSENCIAL DE ENFERMAGEM. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p.586-590, out. 2010. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1061>>. Acesso em: 15 set. 2016

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Hemodiálise**: Como funciona a hemodiálise? Disponível em: <<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em: 29 set. 2016.

TEJADA-TAYABAS, Luz María; PARTIDA-PONCE, Karla Lizbeth; HERNANDEZ-IBARRA, Luis Eduardo. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 225-233, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo v. 48, n. 6, p.977-984, dez. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12738/1/2014_art_tmlima.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

THOMÉ, Elisabeth Gomes da Rocha. **Homens doentes renais crônicos em hemodiálise** : a vida que poucos veem. 2011. 181 f. Tese (Doutorado)- Escola de

Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37503>>. Acesso em: 28 set. 2016.

UNITED STATES OF AMERICA. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. United states renal data system. **USRDS 2017 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States**. 2017. Disponível em: <https://www.usrds.org/adr.aspx> Acesso em 02 jan. 2018.

UNITED STATES OF AMERICA. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center For Chronic Disease Prevention And Health Promotion. **National Chronic Kidney Disease Fact Sheet: General Information and National Estimates on Chronic Kidney Disease in the United States**, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/kidney_factsheet.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 67873717.9.0000.5327

Título do Projeto: CUIDADOS DOMICILIARES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA: elaboração de um manual de orientação para cuidadores e pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é elaborar um manual de orientações sobre os cuidados com a fistula arteriovenosa no domicílio para pacientes com doença renal crônica e seus cuidadores. A finalidade desse manual é servir de apoio aos profissionais na orientação dos pacientes submetidos a hemodiálise, bem como aos pacientes e seus cuidadores. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem em Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação consistem na leitura do manual, pontuando aspectos que necessitam ser melhorados, resposta a um questionário sobre a adequação do conteúdo do mesmo e uma breve entrevista sobre a avaliação do manual.

Não são reconhecidos riscos pela participação na pesquisa, estando somente associado um possível desconforto relacionado ao tempo de resposta ao questionário e a entrevista.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa consistem em contribuir para a melhora das orientações e, conseqüentemente, a melhora dos cuidados em relação a fistula arteriovenosa dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, gerando benefícios direto ao paciente e beneficiando indiretamente os cuidadores no que diz respeito ao conhecimento adquirido com a elaboração do manual.

A participação da qualificação do manual (paciente, cuidador e profissional da saúde) é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe, ou ao seu vínculo de trabalho e as atividades que exerce na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Elisabeth Gomes da Rocha Thomé pelo telefone 051 999967393, com o pesquisador Caroline Dos Santos Brandolt, pelo telefone 051 995585719 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

ANEXO A - Questionário para avaliação do Manual¹

Gostaríamos de melhorar as instruções deste Manual Educativo sobre cuidados domiciliares com fistula arteriovenosa, e para isso, as suas sugestões serão muito importantes.

1. As orientações contidas nesse manual são:

Importantes Pouco importantes Não são importantes

2. A linguagem usada neste material é:

Acessível Pouco acessível Não é acessível

O que pode ser melhorado?

3. A leitura deste Manual Educativo contribuiu para diminuir as suas dúvidas?

Contribuiu Contribuiu pouco Não contribuiu

O que pode ser acrescentado ou melhorado?

4. A qualidade das informações está:

Adequada Pouco adequada Não está adequada

O que pode ser modificado?

5. O manual dispõe de muita informação? Seu tamanho está:

Adequado Pouco adequado Não está adequado

¹Instrumento extraído de Echer, I. C. et al. HIV/AIDS: Orientação para pacientes e familiares. Porto Alegre (RS): HCPA; 2006.

6. O tamanho e estilo de letra:

Adequado Pouco adequado Não está adequado

7. A forma de disposição das informações:

Adequado Pouco adequado Não está adequado

O que pode ser modificado?

8. As gravuras contribuem para o melhor entendimento do texto?

Sim Não Às vezes

9. As informações são facilmente localizadas no manual?

Sempre Na maioria das vezes Raramente

10. Você considera que as informações contidas no manual favorecem o auto-cuidado?

Sim Não Às vezes

Por quê?

Este espaço está reservado para suas sugestões, a fim de melhorarmos este manual:

Agradecemos sua colaboração!

ANEXO B- Parecer de Aprovação da COMPESQ/EENF

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Caroline Dos Santos Brandolt

Dados Gerais:

Projeto N°:	32437	Título:	CUIDADOS DOMICILIARES COM FISTULA ARTERIOVENOSA: ELABORACAO DE UM MANUAL DE ORIENTACAO PARA CUIDADORES E PACIENTES COM DOENCA RENAL CRONICA EM HEMODIALISE		
Área de conhecimento:	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Início:	01/03/2017	Previsão de conclusão:	30/12/2017
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica	Projeto Isolado			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Elaborar um manual de orientações sobre cuidados com a FAV no domicílio para cuidadores e pacientes com doença renal crônica terminal</p> </div>				

Palavras Chave:

DIÁLISE RENAL, FÍSTULA ARTERIOVENOSA, CUIDADORES

Equipe UFRGS:

Nome: ELISABETH GOMES DA ROCHA THOME
 Coordenador - Início: 01/03/2017 Previsão de término: 30/12/2017
Nome: CAROLINE DOS SANTOS BRANDOLT
 Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 01/03/2017 Previsão de término: 30/12/2017

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/03/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Título: é coerente com a proposição e com o desenho do estudo.
Introdução: Escrita de forma clara, contextualiza o tema e o problema de pesquisa com o estado da arte do tema na literatura e contexto institucional onde será desenvolvido projeto de desenvolvimento.
Objetivo: coerente com o desenho do projeto.
Método: O método é apropriado para alcançar o objetivo proposto.
Delineamento: Trata-se de um Projeto de Desenvolvimento seguindo o modelo proposto por Echer (2005) e Oliveira, Lucena e Echer (2014) com previsão das seguintes etapas: Definição e seleção dos conteúdos, Adaptação da linguagem, Inclusão de ilustrações, Construção de um manual piloto, Qualificação do manual, Layout do manual, Impressão final do manual e Distribuição e acesso. O local de realização do estudo será a Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O delineamento é coerente e adequado ao que se propõe.
Participantes: A amostra será do tipo intencional e constituída de profissionais que tenham como sua área de atuação o cuidado a pacientes com DRCT em tratamento hemodialítico e com FAV e seus cuidadores, sendo distribuídos da seguinte maneira: 5 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem da hemodiálise, 1 médico residente em nefrologia, 1 médico nefrologista, 1 professor nefrologista, 1 nutricionista, 2 fisioterapeutas, 5 pacientes e 5 cuidadores de pacientes com FAV, totalizando 23 participantes. Apresenta critérios exclusão e inclusão.
Cronograma: Compatível com a proposta do estudo.
Orçamento: Exequível. Serão custeados pelas autoras do projeto.
Referências: adequadas ao projeto, atualizadas, citadas adequadamente.
Aspectos regulatórios e éticos: Projeto refere a Resolução nº 466/2012, do CNS, atende às normas de ética em pesquisa e prevê a submissão a COMPESQ (estudo está alinhado ao projeto maior intitulado "Mulheres Cuidadoras de Doentes Renais Crônicos e suas Relações de Cuidado", nº 140502, aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa do HCPA segundo parecer nº 903398.).
COMENTÁRIOS GERAIS: Proposta de projeto de desenvolvimento demonstra exequibilidade e potencial de produção de conhecimento para o cuidado ao paciente renal crônico, qualificando a educação em saúde junto a esse usuário e familiares. APROVADO

ANEXO C- Parecer de Aprovação do CEP/HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CUIDADOS DOMICILIARES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA: elaboração de um manual de orientação para cuidadores e pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

Pesquisador: Elisabeth Gomes da Rocha Thome

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67873717.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.162.473

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Julho de 2017

Assinado por:

Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br