

CURSO DE ENFERMAGEM

Gustavo Haas Lermen

**FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS
INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Santa Cruz do Sul
2016

Gustavo Haas Lermen

**FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS
INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Orientador: Profª Enfª Ms. Maristela Soares de Rezende

Santa Cruz do Sul

2016

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2016

**FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS
INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

GUSTAVO HAAS LERMEN

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Orientadora Maristela Soares

Profª Analídia R. Petry

Profª Janine Koepp

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| ARTIGO | 04 |
| Fístula arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com insuficiência renal crônica | 04 |
| RESUMO..... | 04 |
| INTRODUÇÃO | 04 |
| MÉTODOS | 07 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 09 |
| CONCLUSÕES | 12 |
| REFERÊNCIAS..... | 12 |
| APÊNDICES | 14 |
| APÊNDICE A – Projeto de monografia | 14 |
| ANEXOS | 41 |
| ANEXO A – Normas da revista | 41 |
| ANEXO B – Parecer do comitê de ética..... | 54 |

ARTIGO

Fístula arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com insuficiência renal crônica

Gustavo Haas Lermen¹

Maristela Soares de Rezende²

RESUMO

Objetivou-se, em estudo de caráter qualitativo exploratório, identificar cuidados dispensados à fístula arteriovenosa (FAV) por indivíduos com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise, bem como a fonte das orientações para esses cuidados e situações vivenciadas pelos indivíduos que comprometessem a FAV. Entrevistou-se 14 pacientes com FAV há mais de seis meses num serviço de uronefrologia do Estado do Rio Grande do Sul. Identificou-se, através de análise de conteúdo, que os sujeitos não vivenciaram situações que comprometessem a FAV, pois os principais cuidados respeitados e relacionados à mesma foram não comprimi-la, preservando o membro com a fístula, evitando sua fadiga e coletas sanguíneas, mas realizando exercícios isométricos. A maioria desses cuidados foram orientados e reforçados pelo enfermeiro do serviço e por sua equipe. Concluiu-se que o vínculo entre enfermagem e usuário do serviço de hemodiálise pode ser explorado, pois ações educativas adequadas conduzem ao autocuidado, promovem a saúde e previnem complicações.

Descritores: fístula arteriovenosa, insuficiência renal, diálise renal.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as mudanças nos hábitos de vida, a expansão da industrialização e da urbanização, o desenvolvimento científico e tecnológico, os avanços na farmacologia e o controle de doenças têm impactado positivamente na expectativa de vida. Com o crescimento significativo da população idosa é evidente

¹Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: gustavolermen@mx2.unisc.br

²Professora Mestre Enfermeira do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: mrezen@unisc.br

a modificação no perfil das doenças. Anteriormente, prevaleciam as doenças infectocontagiosas e, recentemente, predominam as doenças crônicas degenerativas⁽¹⁾.

Encaixa-se, nesse grupo, a Insuficiência Renal Crônica (IRC), caracterizada pela redução da função renal de forma gradual e irreversível, classificando-se de acordo com a taxa de filtração glomerular⁽²⁾. A destruição gradativa e irreversível da função renal resulta no acúmulo dos produtos finais do metabolismo no sangue. Conforme a uremia progride, afeta todos os sistemas do organismo, quanto mais elevada a concentração de produtos residuais, mais graves serão os sintomas. As situações que podem levar à IRC são a hipertensão arterial, a *diabetes melitus*, a glomerulonefrite crônica, a pielonefrite, entre outras⁽³⁾.

A doença renal crônica tem se destacado como problema de saúde pública mundial, sendo que sua incidência e prevalência em estágio avançado aumentaram no Brasil e em todo mundo⁽⁴⁾. Nos últimos anos, o número de pacientes em diálise no país cresceu 115% e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano. A Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que existam dez milhões de pessoas com algum grau de doença renal crônica no país⁽¹⁾.

A escolha do tratamento para insuficiência renal crônica, que substitui parcialmente a função renal, depende das condições clínicas e psicológicas do paciente⁽⁵⁾. Acrescenta-se, que o tratamento é influenciado pelo estágio da doença, podendo ser conservador com uso de medicamentos, dietas e restrição hídrica ou com terapias de substituição renal, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. A terapêutica conservadora objetiva reduzir o ritmo de progressão da doença renal, manter a função restante, melhorar as condições clínicas e psicológicas do paciente⁽²⁾.

Dentre essas intervenções, a mais empregada é a hemodiálise (89,4%), que deve ser realizada pelos pacientes portadores de IRC por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido⁽⁶⁾. No Brasil, na primeira década desse século, existiam 684 centros de tratamento dialítico e, destes, 150 (21,9%) estavam localizados na região Sul⁽⁷⁾.

Esta terapia é uma opção para remover o excesso de líquidos e toxinas do corpo do paciente com IRC, sendo o método de diálise mais comum, por sua efetividade em corrigir as intoxicações metabólicas. Consiste em filtrar o sangue através de um dialisador que funciona como uma membrana semipermeável, substituindo a função renal. Nesse processo, o sangue carregado de toxinas é desviado do paciente para o aparelho, onde as toxinas são removidas e o sangue é devolvido para o paciente⁽³⁾.

O processo é, basicamente, uma difusão em que a membrana está imersa em uma solução eletrolítica que possui concentração equivalente ao plasma de um indivíduo normal. Assim, as toxinas passam de um ambiente de maior concentração para um de menor concentração. Esse tipo de tratamento dialítico prolonga a vida e controla os sintomas urêmicos do paciente⁽⁸⁾.

Essa modalidade terapêutica, frequentemente, causa frustração e limitações, uma vez que é acompanhada de diversas restrições, dentre elas a conservação de uma dieta específica combinada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal devido a presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa (FAV)⁽⁹⁾.

A hemodiálise depende da presença de acesso vascular eficiente, capaz de viabilizar que o sangue seja removido, filtrado e reinserido ao paciente. O principal método de acesso permanente à hemodiálise é uma fístula arteriovenosa, criada cirurgicamente para unir uma artéria e uma veia. O objetivo dessa anastomose é aumentar o tamanho do vaso e que, após o tempo de maturação, possa acomodar as agulhas calibrosas e suportar o fluxo da hemodiálise⁽³⁾. Nesse seguimento, a FAV é considerada o acesso ideal por apresentar um tempo maior de utilização e ter baixo índice de implicações para o portador. A conservação da fístula arteriovenosa requer cuidados fundamentais por parte dos profissionais de saúde e do paciente. Os cuidados adotados com a fístula são fundamentais para a adequação do acesso à hemodiálise, bem como prevenir complicações⁽¹⁰⁾.

A carência de cuidados com a FAV pode resultar em sua falência e, por conseguinte, pode exigir novas formas de intervenções a fim de realizar a hemodiálise, como, por exemplo, a inserção de um cateter calibroso com duplo lúmen, na veia subclávia, jugular interna ou femoral. Entretanto, esse método de acesso imediato à circulação não pode ser utilizado por mais de três semanas e envolve alguns riscos ao paciente, como pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia, entre outros⁽³⁻¹¹⁾.

Essas informações são essenciais e exercem interferência direta no autocuidado e no manejo dos pacientes com a FAV. As ações envolvidas nesse processo são de responsabilidade da equipe de saúde e do paciente renal crônico. Caso esses cuidados sejam ignorados, a FAV poderá ser comprometida e, conseqüentemente, o paciente, exigindo intervenções mais complexas e hospitalizações, gerando riscos com agravos mais severos⁽¹¹⁾.

Nesse seguimento, o enfermeiro tem o papel fundamental para intervir de forma imediata e constante sobre o paciente durante o tratamento com hemodiálise, e especialmente, trabalhar a educação em saúde, abordando

informações sobre o funcionamento da máquina de hemodiálise, a importância do tratamento e os cuidados com a fístula⁽¹⁰⁾.

Os cuidados com a FAV são essenciais e tem o objetivo de prolongar seu tempo de uso, visto que os locais de construção são limitados e os pacientes sem condições de acesso devem ser considerados de alto risco de mortalidade⁽³⁾. A relação entre o paciente e a equipe de saúde pode ser explorada a fim de favorecer o autocuidado e a educação em saúde. Como o tratamento hemodialítico é contínuo, ocorre o estabelecimento de um vínculo, com isso, pode-se aprimorar as técnicas de comunicação e elaborar métodos para estimular o autocuidado, considerando a singularidade de cada indivíduo⁽¹²⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro precisa valorizar as ações de educação em saúde junto a esses indivíduos com o propósito de manter o equilíbrio das funções orgânicas e conservar o acesso vascular. O autocuidado se refere às atividades necessárias para melhorar e/ou preservar a saúde, assumindo hábitos saudáveis que promovam o bem estar e evitem a manifestação ou complicações de doenças⁽¹³⁾.

Percebeu-se, ao longo da graduação, a importância dos cuidados básicos que o enfermeiro precisa dispensar junto aos indivíduos com IRC e portadores de FAV a fim de evitar complicações. Reflete também um trabalho de educação em saúde contínuo do enfermeiro junto aos indivíduos. Assim, com o propósito de ampliar o conhecimento nessa área, escolheu-se esse tema para investigação.

Tendo por base o exposto, objetivou-se identificar os cuidados dispensados à FAV pelos indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise, em um serviço de uronefrologia. Além disso, buscou-se também identificar a fonte das orientações para esses cuidados, bem como situações vivenciadas por esses indivíduos que comprometessem o funcionamento da FAV.

MÉTODOS

Neste trabalho, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo exploratório, desenvolvida em um serviço de uronefrologia que realiza sessões de hemodiálise em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo nº 1.625.387.

Como critérios de inclusão dos sujeitos elegeu-se: ser indivíduos conscientes, lúcidos; encontrar-se em programa de hemodiálise para IRC; com fístula arteriovenosa há mais de seis meses, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Quanto aos

critérios de exclusão, definiu-se: apresentar sinais clínicos de desconforto no dia da coleta de dados.

Uma vez selecionados os sujeitos, ocorreu, individualmente, a apresentação do pesquisador e o convite para a participação na pesquisa, explicitando-se o objetivo, a relevância e a forma de coleta de dados a ser utilizada. Neste momento, foi enfatizado que a participação ou não, neste estudo, não implicaria em riscos ou prejuízos ao informante, sendo respeitados os seus costumes, sua religião, conceitos morais e éticos, conforme preconiza a Resolução 466/12 que versa sobre a pesquisa com seres humanos⁽¹⁴⁾.

Aos pacientes que aceitaram participar, foi apresentado e lido um Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias pelo respondente e pelo pesquisador, sendo que uma via permaneceu com o sujeito e outra será guardada pelo pesquisador em local seguro por cinco anos.

Antes de aplicar o instrumento de coleta, a entrevista semiestruturada, com a amostra de sujeitos selecionados, testou-se o mesmo com dois pacientes, não incluídos na amostra desse estudo. Assim, sem sentir-se a necessidade de alteração no formulário de entrevista, iniciou-se a coleta propriamente dita.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em agosto de 2016, no serviço de uronefrologia. Essas seguiam um roteiro que contemplava a caracterização dos sujeitos a partir de cinco itens, bem como de três questões subjetivas, como: Recebeu orientações para cuidar de sua FAV? Quais os cuidados que você tem com a sua fístula? Você já apresentou alguma complicação com a fístula? Ressalta-se que esses questionamentos, direcionados à temática, apresentavam elementos norteadores a fim de atingir o objetivo e evitar que os respondentes divagassem.

As respostas foram anotadas pelo entrevistador durante a entrevista. Destaca-se que ao expor as falas dos sujeitos, os mesmos foram identificados por um codinome, isto é, a letra "E" seguida do número da entrevista, mantendo o seu anonimato.

Os dados dessa pesquisa foram submetidos ao método de análise de conteúdo composto por três etapas: a pré-análise, na qual ocorreu a organização dos dados e definição de indicadores que apoiaram a interpretação; a exploração do material; onde os dados foram codificados, apoiando-se no número de vezes que foram citados; e o tratamento dos resultados e interpretação⁽¹⁵⁾.

Os entrevistados demonstraram-se simpáticos, bastante participativos, colaborativos, bem como relataram seus medos, ansiedades, expectativas e experiências pessoais, explanando sobre assuntos do cotidiano e que, por vezes, não estavam relacionados ao tema. Essa cooperação por parte dos pacientes criou

um vínculo com o entrevistador e lhes favoreceu expressar a confiança e a segurança que depositam nos profissionais de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados a participar do estudo 16 indivíduos, mas dois não aceitaram, totalizando 14 sujeitos investigados. Destes, sete eram homens e sete eram mulheres, cujas idades variaram entre 32 e 82 anos, sendo que a maior concentração estava na faixa de 60 a 70 anos. A maioria estava aposentada por invalidez e apenas três participantes mantinham a profissão de agricultor. Nesse estudo, houve uma uniformidade entre os sexos dos sujeitos, porém, outras pesquisas semelhantes revelaram a predominância do sexo masculino, sem um argumento para tal fato^(9,12,11,6).

Em relação à faixa etária predominante encontrada, esta reflete os achados também em outros estudos. Contudo, em pesquisa realizada, em 2010, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, a faixa etária dominante para IRC é de 19 a 64 anos⁽¹⁶⁾. Devido ao aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população em geral, a prevalência da doença na faixa de 60 a 70 anos permanece alta^(9,11). Essa informação indica que, com o aumento da idade, esses indivíduos tem maior probabilidade de desenvolver a disfunção, sendo que o processo multifatorial de envelhecimento torna os indivíduos mais suscetíveis à patologias crônicas⁽¹²⁾.

Para manter o funcionamento adequado da FAV e, conseqüentemente, sua saúde, os indivíduos investigados necessitaram implementar determinados cuidados orientados pelos profissionais de saúde, que exigiram modificar alguns hábitos e readaptar-se à nova realidade. Mudanças como não fazer força e não pressionar o membro com FAV interferem na prática de inúmeros afazeres cotidianos, afetando também a atividade laboral^(6,12). Pôde-se constatar que apenas três permaneciam em atividades remuneradas, porém mais amenas, sem realizar força no membro para não comprometer a FAV. A IRC e seus tratamentos com sessões dialíticas três vezes por semana de modo contínuo não interferem diretamente na atividade profissional, mas causam limitações significativas, como diminuição da energia física, levando à aposentadorias antecipadas^(5,6,7,9,10,11).

Entre os entrevistados, 11 nunca comprometeram a fístula arteriovenosa, não exigindo sua reconstrução. No entanto, três necessitaram de nova FAV, sendo que um precisou refazer a FAV duas vezes. Contudo, é importante salientar, que a confecção dessas novas fístulas não foram em decorrência da não observância das orientações recebidas para a manutenção da integridade da fístula, mas devido a

vasculopatias prévias. O tempo de permanência de uma FAV não é preciso, mas estudos afirmam ser de até três anos⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que a HAS bem como a *Diabetes Melitus* são responsáveis pelo desenvolvimento de vasculopatias. Em estudo anterior foi identificado que os pacientes diabéticos apresentavam tempo médio de uso das fístulas menor do que os pacientes não diabéticos, sendo que 58,4% dos pacientes investigados, confeccionaram somente uma FAV, enquanto que 41,6% realizaram a anastomose duas ou mais vezes⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

No que se refere ao tempo de tratamento hemodialítico, este variou de seis meses a nove anos. Variação equivalente foi apresentada em estudo realizado com 30 pacientes de um setor de Nefrologia de um hospital em Pernambuco⁽¹¹⁾.

Todos os entrevistados referiram que adotaram todas as orientações recebidas a respeito dos cuidados necessários com a FAV, sendo que a maioria dessas informações foram fornecidas e reforçadas pelo enfermeiro e por sua equipe de enfermagem. Entre essas orientações foram destacadas a importância de não levantar peso com aquele braço ou permitir que seja aferida a pressão arterial no mesmo; não pressionar o local da fístula; não colocar adornos ou objetos sobre a mesma, nem tampouco deitar sobre esta; avaliar frêmito, não traumatizá-la ou permitir que profissionais externos ao serviço de hemodiálise colem sangue para exames laboratoriais. Salientaram também a importância de evitar a ingestão hídrica excessiva e observar queda brusca de pressão arterial. Além disso, ressaltaram a necessidade de fazer exercícios diários de compressão com bola de borracha.

Atitudes como evitar dormir sobre o membro com a FAV, aferir a pressão arterial e qualquer tipo de compressão no membro que está a FAV podem interromper a circulação sanguínea, provocando um garroteamento e trombose na FAV. Quanto à evitar punções venosas para coletas sanguíneas, o risco está relacionado à formação de hematomas. Porém, a palpação do frêmito da fístula é uma forma de monitorar a perfusão e o funcionamento da mesma⁽¹⁰⁻¹²⁾.

No que diz respeito à restrição hídrica, esta é relevante, pois tem o intuito de evitar complicações ligadas a IRC, como hipertensão arterial e edema agudo de pulmão. Por outro lado, a falta de controle da ingestão hídrica pode causar hipotensão, devido a diminuição profusa do volume sanguíneo durante o tratamento hemodialítico para remover o excesso de água acumulado no corpo, podendo desencadear um comprometimento da FAV por trombose^(7,9-10). Para melhorar a tensão muscular no braço, facilitar a punção e a funcionalidade da FAV, são importantes a realização de exercícios isométricos como citam os sujeitos desse estudo^(3,7).

Vale ressaltar que alguns cuidados primordiais não foram citados pelos entrevistados, como atentar para sinais e sintomas de infecção e realização da higiene do acesso. Tão importantes quanto os demais, esses cuidados tem a finalidade de promover maior durabilidade ao acesso, e evitar complicações que necessitem intervenções mais complexas, como a implantação de um cateter venoso de acesso central. Foi expresso pelos usuários do serviço o medo de perder a FAV devido ao conhecimento e experiências vividas com o cateter^(10,6,12-11). A FAV possibilita um tratamento mais cômodo e com maior autonomia do indivíduo quando comparado ao cateter, como exposto, a seguir, nas falas dos sujeitos: *"Muito ruim trocar de novo (a FAV) e fazer cateter, tem que cuidar para não molhar, incomoda, cuidar para tomar banho, para não tirar do lugar"* (E12) *"Com o cateter é um sacrifício para dormir e não pode molhar"* (E13).

A maioria dos entrevistados referem não ter complicações com a FAV, contudo, a complicação mais citada foi o surgimento de hematomas durante a hemodiálise. Frente a isso, as atitudes tomadas foram a mudança do local da punção, aplicar compressas de gelo e após compressas mornas, além de observar e entrar em contato com o serviço de hemodiálise em caso de mais alguma alteração. Condutas semelhantes também foram relatadas em estudos realizados em 2013, no Rio de Janeiro e 2015, no Recife, desenvolvidos respectivamente por Moreira e Pessoas, sinalizando um processo eficaz de educação em saúde⁽¹²⁻¹¹⁾.

Identificou-se que os sujeitos desse estudo percebem o enfermeiro, como um profissional importante no seu tratamento e na educação em saúde, como está expresso na fala a seguir: *"A enfermeira é tudo aqui dentro. Fala o que precisa para o bem da gente"*, *"... todos orientam, mas a enfermeira explica mais"* (E1).

A formação de laços entre o paciente e o profissional de saúde propicia uma relação que facilita a comunicação e ajuda a desenvolver a educação em saúde⁽¹⁹⁾. Destaca-se a importância da enfermagem na orientação desses pacientes e de suas famílias, no que se refere aos cuidados com a fístula, suas implicações, limitações, reconhecimento do seu funcionamento e as justificativas desses cuidados com o objetivo de evitar a inviabilização da mesma, mas, principalmente, para estimular o autocuidado. O enfermeiro tem a responsabilidade de incentivar o autocuidado e, para tanto, precisa transmitir seu conhecimento de uma forma interativa, estabelecendo uma relação de confiança para o paciente ter a liberdade de sanar suas dúvidas. Além disso, esse profissional interage constantemente com o indivíduo em tratamento de IRC e tem a possibilidade de intervir nesse processo de aprendizagem^(6,10). Portanto, nesse contexto, reflexões quanto ao cuidado de enfermagem junto aos pacientes com doenças crônicas, são relevantes,

principalmente, em relação à resolutividade, à educação em saúde e à qualidade da assistência⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÕES

Identificou-se que os principais cuidados dispensados pelos sujeitos desse estudo à FAV, foram não comprimir o local de forma alguma, avaliar a perfusão desse acesso, preservar o membro, evitando a fadiga de sua musculatura, evitar as coletas sanguíneas, controlar a ingesta hídrica e realizar exercícios isométricos. Dessa forma, ao respeitar esses cuidados não vivenciaram situações que comprometessem o funcionamento da fístula, apesar de alguns dos sujeitos necessitarem a confecção de novas fístulas devido a vasculopatias.

Destaca-se que a maioria das orientações relacionadas à FAV foram fornecidas pelo enfermeiro desse serviço e por sua equipe. Além disso, os sujeitos, ao pontuarem o comprometimento da equipe de enfermagem na assistência, salientaram a importância das orientações e do cuidado constante da enfermagem junto eles.

Esses resultados demonstram que ações educativas adequadas conduzem os pacientes ao autocuidado e promovem sua saúde. O vínculo entre a enfermagem e o usuário do serviço de hemodiálise é um diferencial e pode ser explorado, visando a manutenção da saúde e a prevenção de potenciais complicações.

Acredita-se que esse estudo, ao desvelar os cuidados dispensados por esses sujeitos à FAV e a valorização dos mesmos quanto às orientações de enfermagem recebidas, possibilite aos enfermeiros dos serviços de hemodiálise momentos de reflexão quanto a sua assistência direta, à metodologia aplicada para a educação em saúde, e por conseguinte, instigue movimentos que reforcem suas condutas.

REFERÊNCIAS

1. Borges PRR. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. Rev. Acta Paul Enferm. 2013;26(5):472-7.
2. Roso CC, Beuter M, Kruse MHL, Perlini NMOG, Jacobi CS, Cordeiro FR. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. Rev. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2013;22(3):739-45.
3. Smeltzer SC. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 2 v.
4. Pinho NA, Oliveira RCB, Pierin AMG. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, 2015;49(1):101-08.

5. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2011;32(2):256-62.
6. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Rev. Acta Paul Enferm. Fortaleza, 2010;23(4):546-51.
7. Silva KA, Nunes ZB. As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise. Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Ribeirão Preto - SP, Brasil. 2011.
8. Pivatto DR, Abreu IS. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasília. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), 2010;31(3):515-20.
9. Pilger C, Rampari EM, Waidman MAP, Carreira L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. Rev. Esc. Anna Nery. Maringá, 2010;14(4):677-83.
10. Maniva SJCF, Freitas CHA. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. Rev. Rene. Fortaleza, 2010;11(1):152-60.
11. Pessoa NRC, Linhares FMP. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. Esc. Anna Nery. 2015;19(1):73-79.
12. Moreira AGM, Araujo STC, Torchi TS. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, 2013;17(2):256-62.
13. Cristóvão AFAJ. Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. Rev. Bras. Enferm. 2015;68(6):1154-62.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
16. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censo de diálise SBN 2013; 2013 [acesso em: 05 ago. 2016]. Disponível em: http://arquivos.sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf.
17. Cruz RN, Retzlaff G, Gomes RZ, Reche PM. Influência do diabetes mellitus sobre a perviedade da fístula arteriovenosa para hemodiálise. J Vasc. Bras. Ponta Grossa (PR), 2015;14(3):217-23.
18. Fernandes EFS, Soares W, Santos TC, Moriya TM, Terçariol CAS, Ferreira V. Fístula arteriovenosa: autocuidado em pacientes com doença renal crônica. Medicina Ribeirão Preto. 2013; 46(4):424-8.

19. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. Esc. Anna Nery. 2011; 15(1):31-38.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Projeto de monografia

CURSO DE ENFERMAGEM

Gustavo Haas Lermen

FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Santa Cruz do Sul
2016

Gustavo Haas Lermen

**FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS
INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Orientador: Prof^a Enf^a Ms. Maristela Soares de Rezende

Santa Cruz do Sul

2016

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as mudanças nos hábitos de vida, a expansão da industrialização e da urbanização, o desenvolvimento científico e tecnológico, os avanços na farmacologia e o controle de doenças têm impactado positivamente na expectativa de vida da população. Com o crescimento significativo da população idosa é evidente a modificação no perfil das doenças da população. Anteriormente, prevaleciam as doenças infectocontagiosas e recentemente predominam as doenças crônicas degenerativas (BORGES, 2013).

Encaixa-se nesse grupo a Insuficiência Renal Crônica (IRC), que segundo Roso (2013), é caracterizada pela redução da função renal de forma gradual e irreversível, classificando-a de acordo com a taxa de filtração glomerular. O corpo perde a capacidade para manter o equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico, resultando em situações estressoras como: mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal, dentre outras (MADEIRO, 2010).

A doença renal crônica tem se destacado como problema de saúde pública mundial, sendo que sua incidência e prevalência em estágio avançado aumentaram no Brasil e em todo mundo (PINHO, 2015). Nos últimos anos, o número de pacientes em diálise no país cresceu 115% e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano. A Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que existam dez milhões de pessoas com algum grau de doença renal crônica no país (BORGES, 2013). O tratamento para insuficiência renal crônica, que substitui parcialmente a função renal, é escolhido dependendo das condições clínicas e psicológicas do paciente. Entre eles estão a diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal (TAKEMOTO, 2011).

Dentre esses tratamentos, o mais empregado é a hemodiálise (89,4%), que deve ser realizada pelos pacientes portadores de IRC por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido (MADEIRO, 2010). No Brasil, na primeira década desse século, existiam 684 centros de

tratamento dialítico e, destes, 150 (21,9%) estavam localizados na região Sul (SILVA, 2011).

A hemodiálise consiste na filtração extracorpórea do sangue por intermédio de uma máquina, trata-se de um processo de filtragem e depuração do sangue de substâncias tóxicas como ureia e creatinina por meio de um filtro de hemodiálise ou capilar (TAKEMOTO, 2011).

Essa modalidade terapêutica, frequentemente, causa frustração e limitações, uma vez que é acompanhada de diversas restrições, dentre elas a conservação de uma dieta específica combinada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal devido a presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa (PILGER, 2010).

O tratamento com hemodiálise depende da presença de acesso vascular eficiente. Nesse seguimento, a fístula é considerada o acesso ideal por proporcionar um bom fluxo sanguíneo, apresentar um tempo maior de utilização e ter baixo índice de complicações para o portador de insuficiência renal crônica. A conservação da fístula arteriovenosa requer cuidados fundamentais por parte dos profissionais de saúde e do paciente. Os cuidados adotados no período pós-confecção cirúrgica da fístula são fundamentais para a adequação do acesso à hemodiálise (MANIVA; FREITAS, 2010).

A carência de cuidados com a FAV pode resultar em sua falência e, por conseguinte, pode exigir novas formas de intervenções a fim de realizar a hemodiálise, como por exemplo a inserção de um cateter calibroso duplo lúmen, na veia subclávia, jugular interna ou femoral. Entretanto, esse método de acesso imediato à circulação não pode ser utilizado por mais de três semanas e envolve alguns riscos ao paciente, como pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia, entre outros (SMELTZER, 2011).

Nesse sentido, o enfermeiro tem o papel fundamental para intervir de forma imediata e constante sobre o paciente durante o tratamento com hemodiálise, e especialmente, trabalhando a educação em saúde, abordando informações sobre o funcionamento da máquina de hemodiálise, a importância do tratamento, o cuidado com a fístula com o objetivo de evitar a sua falência, bem como o seu autocuidado (MANIVA; FREITAS, 2010).

Tendo por base o exposto, essa pesquisa de caráter qualitativo tem como objetivo identificar os cuidados dispensados à FAV pelos indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise, em um serviço de uronefrologia do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, busca-se também identificar quem orientou esses indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise, bem como situações vivenciadas pelos mesmos que comprometeram o funcionamento da FAV. Para tanto, esses serão entrevistados nos meses de agosto e setembro de 2016.

Cuidados como avaliar a perfusão da FAV, evitar a punção venosa e verificações de pressão arterial no membro com a fístula, são cuidados essenciais para evitar a falência da FAV, bem como prolongar seu tempo de uso, visto que os locais de construção são limitados, os pacientes sem condições de acesso devem ser considerados de alto risco de mortalidade (SMELTZER, 2011).

Além disso, o enfermeiro precisa incentivar o autocuidado por meio da educação em saúde junto a esses indivíduos com o propósito de manter o equilíbrio das funções orgânicas e conservar o acesso vascular. A troca de informações entre o paciente e o enfermeiro é primordial para um efetivo autocuidado, pois, conforme Moreira et. al. (2013, p. 258) “o cuidado deve ser sentido, vivido, e para que o cuidado seja integrado no nosso dia a dia, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmos, transformá-lo em estilo de vida”.

Acredita-se que esse estudo, ao desvelar as práticas desses sujeitos no que tange à FAV, possibilite aos enfermeiros desse serviço momentos de reflexão quanto a sua assistência direta e a metodologia aplicada para a educação em saúde. Por conseguinte, poderá instigar movimentos para reforçar condutas ou corrigi-las.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os cuidados dispensados à FAV pelos indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise.

2.2 Objetivos específicos

Identificar quem orientou esses indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise.

Identificar situações vivenciadas, pelos indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise, que comprometeram o funcionamento da FAV.

3 REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA

3.1 Insuficiência Renal Crônica

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada pela destruição gradativa e irreversível da função renal, resultando no acúmulo dos produtos finais do metabolismo no sangue. Conforme a uremia progride, afeta todos os sistemas do organismo, quanto mais elevada a concentração de produtos residuais, mais graves serão os sintomas. As situações que podem levar a IRC são a hipertensão, *diabetes melitus*, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, entre outras (SMELTZER, 2011).

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma doença silenciosa, que não apresenta sinais e sintomas prévios significativos. Eles são percebidos quando a patologia está instalada no organismo em fases mais avançadas da doença (ROSO, 2013). As manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes são inúmeras devido a uremia afetar quase todo o sistema orgânico. O grau de comprometimento renal, a idade do paciente e outras condições subjacentes definem a gravidade desses sinais e sintomas. Dentre eles pode-se destacar: fraqueza, fadiga, confusão, desorientação, tremores e inquietação nas pernas, pele seca, prurido, hipertensão, edema depressível, anemia e câimbras (SMELTZER, 2011).

Conforme a filtração glomerular reduz, devido aos glomérulopatias, os níveis séricos de uréia e creatinina aumentam. A creatinina sérica é o indicador mais sensível da função renal. O objetivo do tratamento é manter a função renal e a homeostasia pelo maior intervalo de tempo possível (SMELTZER, 2011). O tratamento da IRC depende do estágio da doença, podendo ser conservador com uso de medicamentos, dietas e restrição hídrica ou com terapias de substituição renal, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. O tratamento conservador objetiva reduzir o ritmo de progressão da doença renal, manter a função restante, melhorar as condições clínicas e psicológicas do paciente (ROSO, 2013).

3.2 Hemodiálise – Diálise Renal

A hemodiálise é uma opção de tratamento para remover o excesso de líquidos e toxinas do corpo do paciente com IRC, sendo o método de diálise mais comum, por sua efetividade em corrigir as intoxicações metabólicas. O tratamento ocorre, geralmente, três vezes por semana em sessões de três a quatro horas, e consiste em filtrar o sangue através de um dialisador que funciona como uma membrana semipermeável, substituindo a função renal (SMELTZER, 2011).

Nesse processo, o sangue carregado de toxinas é desviado do paciente para o aparelho, onde as toxinas são removidas e o sangue é devolvido para o paciente (SMELTZER, 2011). O processo é, basicamente, uma difusão em que a membrana está imersa em uma solução eletrolítica que possui concentração equivalente ao plasma de um paciente normal. Assim, as toxinas passam de um ambiente de maior concentração para um de menor concentração. Esse tipo de tratamento dialítico prolonga a vida e controla os sintomas urêmicos do paciente (PIVATTO; ABREU, 2010).

3.3 Fístula Arteriovenosa (FAV)

Um acesso vascular precisa ser definido para viabilizar que o sangue seja removido, filtrado e reinserido ao paciente. O principal método de acesso permanente à hemodiálise é uma fístula arteriovenosa, criada cirurgicamente para unir uma artéria e uma veia. O objetivo dessa anastomose é aumentar o tamanho do vaso e que, após o tempo de maturação, possa acomodar as agulhas calibrosas e suportar o fluxo da hemodiálise (SMELTZER, 2011).

Segundo Cruz et.al. (2015, p. 218):

Uma das maiores causas de morbidade associada ao tratamento dialítico corresponde à incapacidade dos acessos vasculares em atender aos quesitos mínimos para o sucesso da terapia. Isso fica claro ao se observar que entre as principais causas de internamento, a vigência de complicações no acesso vascular figura como a causa de maior relevância. Tais complicações (como trombose e infecção) podem ocorrer de forma precoce, antes que se inicie o uso do acesso para hemodiálise (falência primária ou oclusão precoce), ou tardia,

quando ocorrem após um determinado período de utilização bem sucedida da FAV.

Alguns cuidados básicos podem ser empregados a fim de prevenir a falência da fístula e suas complicações, tais como a elevação do membro nos primeiros dias, troca periódica de curativos pelos enfermeiros e realizar exercícios de compressão manual para promover a maturação do acesso venoso. Da mesma forma, são necessários outros cuidados ao longo do tratamento com hemodiálise. Entre estes cita-se a necessidade de vigiar o funcionamento do acesso através da palpação e percepção do frêmito; de observar sinais e sintomas de infecção; de realizar a higiene; de evitar punções venosas; de verificação da pressão arterial no braço da fístula; de compressão adequada para hemostasia após a diálise; de evitar dormir sobre o braço do acesso; bem como de qualquer compressão e não carregar objetos muito pesados (MANIVA; FREITAS, 2010).

Essas informações são essenciais e exercem interferência direta no autocuidado e no manejo dos pacientes com a FAV. As ações envolvidas nesse processo são de responsabilidade da equipe de saúde e do paciente renal crônico. Caso esses cuidados sejam ignorados, poderão comprometer a FAV e, conseqüentemente, o paciente, exigindo intervenções mais complexas e hospitalizações, gerando riscos com complicações mais severas (PESSOA; LINHARES, 2015).

3.4 Auto cuidado

O autocuidado dos pacientes com IRC está direcionado à medicação, restrições dietéticas e ao tratamento, que envolvem o equilíbrio das funções orgânicas e preservação do acesso vascular.

Portanto, o autocuidado se refere às atividades necessárias para melhorar e/ou preservar a saúde, assumindo hábitos saudáveis que promovam o bem estar e evitem a manifestação ou complicações de doenças. A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e o paciente é fundamental para estimular o cuidado de si. Quanto aos profissionais, esses

precisam entender o contexto do paciente para facilitar a troca de informações na busca da promoção de saúde eficaz.

De acordo com CRISTÓVÃO (2015, p. 1155):

Os adultos tem o potencial para zelar pela sua saúde e das pessoas que dependem de si, assumindo a responsabilidade de cuidar da saúde e bem-estar e de assegurar um desenvolvimento normal. O autocuidado é definido como uma atividade auto iniciada e realizada pelo indivíduo para manter a vida, a saúde e o bem estar. O comportamento de autocuidado é influenciado pelas práticas culturais, pelo conhecimento científico sobre saúde, pela posição que a pessoa ocupa na família e até pela decisão do paciente participar ou não em ações de autocuidado.

A ligação entre o paciente e a equipe de saúde pode ser explorada a fim de favorecer o autocuidado e a educação em saúde. Esse vínculo é formado devido ao tratamento hemodialítico ser contínuo, com isso, pode-se aprimorar as técnicas de comunicação e elaborar métodos de intervir no autocuidado considerando a singularidade de cada indivíduo (MOREIRA. et. al. 2013).

3.5 Enfermeiro Nefrologista

Como o enfermeiro é o profissional que mais tem contato com o paciente, este precisa estabelecer uma relação de confiança e proximidade para poder avaliar e ensinar sobre o tratamento dialítico e as possíveis complicações, bem como evita-las. Dessa forma, torna-se fundamental encorajar o paciente a sanar suas dúvidas e aprender sobre os sinais de complicações, não ser passivo no tratamento, atentando para as alterações físicas e fisiológicas que ocorrem durante a evolução da DRC (MOREIRA. et. al. 2013).

O enfermeiro precisa avaliar o acesso vascular quanto a permeabilidade e tomar os cuidados para garantir que o membro com FAV não seja utilizado para obter amostras sanguíneas, verificar a pressão arterial, curativos apertados, contenções ou joias. O frêmito deve ser avaliado, ao menos, a cada oito horas, sendo que sua ausência pode indicar coagulação do acesso vascular. Além disso, o enfermeiro precisa atentar para trocas do curativo

sempre que necessário, bem como para os sinais e sintomas de infecção como rubor, edema e febre, (SMELTZER, 2011).

Ao realizar os procedimentos de punção e remoção da agulha no paciente dependente da hemodiálise, o enfermeiro possui uma visão da totalidade do cuidado de enfermagem e poderá planejar a melhor conduta e abordagem para preservar a FAV e evitar eventuais complicações. Entende-se que a proximidade do enfermeiro com o paciente, permite melhor compreensão sobre o plano de cuidado específico para cada cliente, atendendo de maneira individual e singular suas necessidades (MOREIRA. et. al. 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Neste trabalho, será realizada uma pesquisa de caráter qualitativa exploratória. Para Leopardi (2011), a pesquisa qualitativa trabalha com dados subjetivos. Para isso, são utilizados instrumentos de mensuração que não são precisos, visando a compreensão de um problema, perante a perspectiva e vivência dos sujeitos.

O procedimento metodológico de abordagem qualitativa denominado pesquisa exploratória, tem por finalidade a elaboração de instrumento de pesquisa adequado à realidade. Fundamenta-se a utilização desse procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos e apresentam-se as etapas da sua execução (GIL, 2008).

A pesquisa exploratória dá-se a partir de seu estágio de criação do projeto até os procedimentos e testes para entrada em campo, e segundo Minayo (2006, p. 171):

Contém a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição dos objetos e dos objetivos, a construção de hipóteses e pressupostos e do marco teórico conceitual, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo.

Portanto, o objetivo de uma pesquisa exploratória é conhecer um assunto ainda pouco conhecido pelo investigador. Como qualquer pesquisa, ela depende também de uma revisão bibliográfica, pois mesmo que exista pouco conteúdo sobre o tema estudado, nenhuma pesquisa começa do zero (GIL, 2008).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa será desenvolvida em um serviço de uronefrologia que realiza sessões de hemodiálise em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Esse serviço funciona nas dependências do hospital do município, e utiliza diversos setores do mesmo, porém é um serviço

terceirizado. Funciona há, aproximadamente, 20 anos, conta um quadro de 15 profissionais da saúde, entre eles estão técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Realiza cerca de 40 sessões de hemodiálise por dia, tendo em torno de 60 pacientes fixos, além de prestar atendimento aos pacientes da unidade de terapia intensiva do hospital. As diálises renais são efetuadas de segunda a sábado, efetuando, em torno de 240 procedimentos semanalmente.

Além disso, o local conta com um total de 15 máquinas que realizam a hemodiálise, dispostas em duas salas. Esse serviço dispõe, ainda, de sala de emergência, recepção, consultório, sala de enfermagem, expurgo, sala de limpeza, almoxarifado, sala de tratamento de água, sala de preparo de desinfetantes, vestiário para funcionários, sala de administração, sala de diálise peritoneal, banheiros masculino, feminino e para indivíduos com necessidades especiais.

As entrevistas serão realizadas nos espaços desse serviço, ao longo do processo de hemodiálise, se assim o sujeito desejar. Contudo, durante a coleta de dados, será respeitada a privacidade dos entrevistados e o sigilo das informações.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Como critérios de inclusão dos sujeitos, nesse estudo, elegeu-se: ser indivíduos conscientes, lúcidos; encontrar-se em programa de hemodiálise para IRC; com fístula arteriovenosa há mais de seis meses, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias. Quanto aos critérios de exclusão, definiu-se: ser indivíduos menores de 18 anos, apresentar sinais clínicos de desconforto no dia da coleta de dados, possuir FAV há menos de seis meses, não aceitar participar do estudo e não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Entende-se como benefícios que esse estudo possa proporcionar tanto aos sujeitos quanto à instituição o fato de possibilitar a esses indivíduos uma assistência aprimorada, uma vez que os enfermeiros desse serviço, de posse dessas informações, poderão qualificar condutas, reforçar ou corrigir. No que

diz respeito aos riscos aos sujeitos e à instituição, existe a possibilidade remota da perda do anonimato, caso alguém, não pertencente ao grupo de sujeitos relacione os resultados do trabalho à instituição e aos respondentes.

4.4 A coleta

O trabalho teve por base uma revisão bibliográfica que subsidiou o estudo e a elaboração do instrumento de coleta. Posteriormente, foi encaminhado, junto ao projeto, um ofício de solicitação de desenvolvimento do estudo à instituição (APÊNDICE B), explicando-lhes a justificativa, a relevância, os objetivos e a metodologia, bem como afirmando que será mantido o anonimato tanto dos sujeitos quanto da instituição e do município.

A partir de então, encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a avaliação. Uma vez aprovado por este Comitê, será contatado com a instituição, para declarar o parecer favorável concedido pelo CEP e agendando o início preciso da coleta.

O passo seguinte será apresentar o estudo à equipe da clínica de hemodiálise, enfatizando a justificativa, a relevância, os objetivos e a metodologia, e ao mesmo tempo, solicitar a sua colaboração, mesmo não compondo a amostra de sujeitos da investigação, mas como facilitadores para o seu desenvolvimento.

Uma vez selecionados os sujeitos, individualmente, ocorrerá o convite para a participação nessa pesquisa e a apresentação do pesquisador, assim como do objetivo, da relevância e da forma de coleta. Contudo, será observado que essas informações não interfiram nas respostas desses sujeitos. Neste momento, será enfatizado que a participação ou não neste estudo não implicará em riscos ou prejuízos ao informante, sendo respeitados os seus costumes, sua religião, conceitos morais e éticos, conforme preconiza a Resolução 466/12 que versa sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos pacientes que aceitarem participar, será apresentado e lido um Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser assinado em duas vias pelo respondente e pelo pesquisador, sendo que uma via permanecerá com o sujeito e outra será guardada pelo pesquisador em local seguro por cinco anos.

Será utilizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) para coletar os dados, de forma individual junto aos sujeitos. Esse tipo de entrevista é um modo de coletar informações fundamentadas na expressão livre do entrevistado (CHIZZOTTI, 2003).

Essa entrevista possui um grupo de questões previamente determinadas, mas pode inserir outras questões caso haja relevância durante a entrevista. Os questionamentos dão uma direção, porém não delimitam a forma como ocorrerá os questionamentos. É uma forma de colher informações do entrevistado que podem evidenciar as características individuais e as historicidades dos seus atos, percepções e ideologias (CHIZZOTTI, 2003).

O entrevistador deve questionar sobre o conteúdo que lhe interesse ou dar sugestões que estimulem a comunicação verbal e as atitudes, sem aconselhá-lo ou discordar das suas interpretações, bem como na comunicação não verbal dos sujeitos. A entrevista possui, de certo modo, vantagens, mas também limites que devem ser observados pelo pesquisador como: excesso de informação que devem ser reduzidos, interferências emocionais e a tendência do entrevistado de se posicionar frente a todas as situações relatadas (CHIZZOTTI, 2003).

A entrevista constará de cinco itens para a caracterização dos sujeitos, a qual fornecerá o seu perfil. As questões subjetivas serão três, abordando a temática, além de elementos norteadores a fim de atingir o objetivo.

Para testar tal instrumento, este será aplicado com dois pacientes, podendo-se assim identificar possíveis falhas para correções imediatas. As respostas serão anotadas pelo entrevistador, durante a entrevista, sendo que após o seu término será lida e disponibilizada para correções e/ou confirmações. Cada respondente receberá um codinome, mantendo o seu anonimato o que fornece maior fidedignidade às informações.

4.5 Análise de dados

Os dados dessa pesquisa serão submetidos ao método de análise de conteúdo (AC), o qual caracteriza-se por um conjunto de técnicas que permite

analisar e descrever o conteúdo expressado durante a coleta de dados, isto é, a entrevista (MINAYO, 2006).

Na maioria das vezes, a AC é definida como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Esse método é composto por três etapas: a pré-análise, na qual ocorre a organização dos dados e definição de indicadores que apoiem a interpretação; a exploração do material; onde os dados são codificados, apoiando-se no número de vezes que são citados; e o tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2006).

Como se trata de um trabalho de conclusão de curso, tendo prazo máximo de entrega em novembro de 2016, este será apresentado em banca examinadora do Curso de Enfermagem. Após esta apresentação, os resultados serão entregues na forma de relatório ao responsável da instituição, em que foi realizado o estudo. Pretende-se também elaborar artigos para serem publicados em periódicos científicos da área. Cabe salientar que, essa pesquisa poderá ser interrompida se, os sujeitos do estudo não aceitarem participar ou o responsável da instituição suspendê-la.

5 ESTRUTURA PROVISÓRIA

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.2 Objetivo Específico

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Insuficiência Renal Crônica

3.2 Hemodiálise – Diálise Renal

3.3 Fístula Arteriovenosa (FAV)

3.5 Enfermeiro Nefrologista

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

4.2 Local da Pesquisa

4.3 Sujeitos da pesquisa

4.4 A coleta

4.5 Análise de dados

5 ESTRUTURA PROVISÓRIA

6 CRONOGRAMA

7 ORÇAMENTO DO PROJETO

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A- Ofício de solicitação de desenvolvimento da pesquisa à Instituição

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos indivíduos com insuficiência renal crônica com fístula arteriovenosa

APÊNDICE C- Entrevista semi estruturada

6 CRONOGRAMA DA PESQUISA

| Período | Ago/2016 | Set/2016 | Out/2016 | Nov/2016 |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Coleta | X | X | | |
| Revisão da Bibliografia | X | X | X | |
| Metodologia | X | X | X | |
| Análise de Dados | | X | X | |
| Considerações Finais | | X | X | |
| Introdução | | X | X | |
| Resumo | | | X | |
| Abstract | | | | X |
| Apêndices | | | | X |
| Referências Bibliográficas | | | | X |
| Revisão Geral | | | | X |
| Apresentação | | | | X |

7 ORÇAMENTO DO PROJETO

ORÇAMENTO DO PROJETO

TÍTULO DA PESQUISA: Fistula Arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com insuficiência renal crônica

GESTOR FINANCEIRO: Gustavo Haas Lermen

| Itens a serem financiados | | Valor Unitário R\$ | Valor Total R\$ | Fonte Viabilizadora <small>VER AO PÉ DA FOLHA</small> |
|----------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|---|
| Especificações | Quantidade | | | |
| Papel ofício A4 | 500 | 0,04 | 20,00 | Gustavo |
| Cartucho preto | 01 | 52,00 | 52,00 | Lermen |
| Cartucho colorido | 01 | 68,00 | 68,00 | Gustavo |
| Cópias Reprográficas | 100 | 0,55 | 55,00 | Lermen |
| Caneta | 02 | 2,00 | 4,00 | Gustavo |
| | | | | Lermen |
| | | | | Gustavo |
| | | | | Lermen |
| | | | | Gustavo |
| | | | | Lermen |
| TOTAL GERAL R\$ 199,00 | | | | |

Gustavo Haas Lermen
Gestor Financeiro

Maristela Soares de Rezende
Pesquisadora Responsável

REFERÊNCIAS

BORGES, P. R. R. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 5, p. 472-7, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 05 maio 2016.

CAMPOS, R. B. ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc. Est.** João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CRISTÓVÃO, A. F. A. J. Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 6, p. 1154-62, nov./dez. 2015.

CRUZ, R. N. et. al. Influência do diabetes mellitus sobre a perviedade da fístula arteriovenosa para hemodiálise. **J Vasc. Bras.** Ponta Grossa (PR), V. 14, n. 3, p. 217-223, Jul./Set. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. Santa Maria: Palloti, 2011.

MADEIRO, A. C. et. al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Rev. Acta Paul Enferm.** Fortaleza, v. 23, n. 4 p. 546-51, 2010.

MANIVA, S. J. C. F; FREITAS, C. H. A. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 152-160, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, A. G. et. al. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro v. 17, n. 2, p. 256-262, abr./jun. 2013.

PESSOA, N. R. C.; LINHARES, F. M. P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Esc. Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 73-79, 2015.

PILGER, C. et. al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Rev. Esc. Anna Nery**. Maringá, v. 14, n. 4, p. 677-683, 2010.

PINHO, N. A. et. al. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, p. 101-108, 2015.

PIVATTO, D. R.; ABREU, I. S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasília. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 515-20, set. 2010.

ROSO, C. C. et. al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Rev. Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 739-45, 2013.

SILVA, A. S. et. al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-44, 2011.

SMELTZER, S. C. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 2 v.

TAKEMOTO, A. Y. et. al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32 n. 2, p. 256-62, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2. ed., rev. e ampl. Florianópolis: Insular, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos indivíduos com insuficiência renal crônica com fístula arteriovenosa

Título da Pesquisa: Fístula arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com Insuficiência Renal Crônica

O tratamento com hemodiálise para indivíduos com insuficiência renal crônica, depende da presença de acesso vascular eficiente, como a fístula arteriovenosa, considerada ideal por facilitar o tratamento, apresentar um tempo maior de utilização e ter baixo índice de complicações. Porém, a conservação da fístula arteriovenosa requer cuidados importantes tanto por parte dos profissionais de saúde como dos indivíduos que a possuem. Acredita-se que esse estudo, ao expor as práticas desses indivíduos com insuficiência renal crônica com fístula arteriovenosa, auxilie os enfermeiros de serviços de hemodiálise em sua assistência. Além disso, poderá estimular para reforçar condutas ou corrigi-las.

Propõem-se assim, conhecer os cuidados dispensados à fístula arteriovenosa pelos indivíduos com insuficiência renal crônica submetidos a sessões de hemodiálise, quem os orientou, bem como as situações vivenciadas por esses indivíduos que comprometeram o funcionamento da fístula arteriovenosa. Para tanto, serão entrevistados individualmente sujeitos com fístula arteriovenosa em um serviço de hemodiálise, em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, nos meses de agosto e setembro de 2016.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que não existirão gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Prof^a Enf^a Ms. Maristela Soares de Rezende (Fone 05121090932), sendo que Gustavo Haas Lermen (Fone: 05198557927) é outro pesquisador deste estudo.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data ___ / ___ / _____

Nome e assinatura do
Paciente ou Voluntário

Nome e assinatura do
responsável pela obtenção
do presente consentimento

APÊNDICE B - Ofício de solicitação de desenvolvimento da pesquisa à Instituição

Sra. Coordenadora Ana Maria Giancristoforo dos Santos

Cumprimentando cordialmente, solicitamos autorização para desenvolver um estudo monográfico, orientado pela Prof^a Enf^a Ms. Maristela Soares de Rezende, referente ao tema “Fístula arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com insuficiência renal crônica”, que será o trabalho de conclusão do curso.

O objetivo é identificar os cuidados dispensados à fístula arteriovenosa pelos indivíduos com insuficiência renal crônica, submetidos a sessões de hemodiálise, quem os orientou, bem como e as situações vivenciadas por esses indivíduos que comprometeram o funcionamento da fístula arteriovenosa. Para tanto, esses sujeitos serão entrevistados nos meses de agosto e setembro de 2016.

A doença renal crônica tem se destacado como problema de saúde pública mundial, sua incidência e prevalência em estágio avançado aumentaram no Brasil e, em todo mundo. É caracterizada pela redução da função renal de forma gradual e irreversível, classificando-a de acordo com a taxa de filtração glomerular.

O tratamento com hemodiálise para indivíduos com insuficiência renal crônica, depende da presença de acesso vascular eficiente, entre estes está fístula arteriovenosa, considerada o acesso ideal por proporcionar um bom fluxo sanguíneo, apresentar um tempo maior de utilização e ter baixo índice de complicações para o portador. A conservação da fístula arteriovenosa requer cuidados fundamentais por parte dos profissionais de saúde e do paciente.

Acredita-se que esse estudo, ao desvelar as práticas desses sujeitos no que tange à FAV, possibilite aos enfermeiros desse serviço momentos de reflexão quanto a sua assistência direta e a metodologia aplicada para a educação em saúde. Por conseguinte, poderá instigar movimentos para reforçar condutas ou corrigi-las.

Comprometemo-nos em manter o anonimato do município, da instituição e dos sujeitos entrevistados, garantindo que não terão riscos e que serão

mantidos todos os preceitos éticos, legais, estabelecidos pela Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, durante e após o término do trabalho, respeitando valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Assim, após o seu consentimento formal, pretende-se encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação. Uma vez aprovado pelo CEP será iniciado a coleta de dados.

Salientamos, no entanto, que estaremos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

Certos de sua compreensão, desde já agradecemos,
Atenciosamente,

Gustavo Haas Lermen
Acadêmico do Curso de Graduação
de Enfermagem – UNISC

Maristela Soares de Rezende
Professora Orientadora
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - Entrevista semi estruturada

Sexo:

Idade:

Tempo de tratamento hemodialítico:

Profissão:

Número de fístulas:

1) Recebeu orientações para os cuidados com a FAV?

- Quem?
- Quando? Em que situação?
- Quais as orientações recebidas

2) Quais os cuidados que você tem com a sua fístula?

- Onde é medida a PA?
- Faz exames laboratoriais?
- Carrega peso?

3) Você já apresentou alguma complicação com a fístula?

- Como ocorreu?
- Qual?
- Quais as atitudes que foram tomadas?
- Consequências?

ANEXOS

ANEXO A – Normas da revista

Revista Eletrônica de Enfermagem – <https://www.fen.ufg.br/revista/>.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Política Editorial

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Em 2015, a REE passou a publicar os seus artigos em dois idiomas. Assim, após aprovação do artigo, o texto será traduzido para o inglês, se sua versão original for em português ou espanhol. Textos em inglês deverão ser traduzidos para o português. A REE se reserva o direito de indicar empresas credenciadas para o serviço de tradução, tendo em vista o objetivo de garantir a qualidade e padrão das traduções. O pagamento da tradução é responsabilidade dos autores.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical*

Journal Editors (ICMJE - <http://www.icmje.org>), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro.

Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- **Ensaio clínico randomizado:** CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>)
- **Revisão sistemática e metanálise:** PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>)
- **Estudos epidemiológicos:** STROBE (http://strobestatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)
- **Estudos qualitativos – COREQ**
(<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>)

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões que foram feitas há mais de um ano.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

Categorias De Textos Publicados

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.
- **Artigos de Revisão:** Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os

critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do *checklist* e fluxograma conforme os critérios *PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- **Editorial:** destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

Processo de Avaliação

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são

analisados pela Comissão de Editoração que atenta para o cumprimento das normas de publicação. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

Processo de Submissão

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato doc. ou docx;
- Declaração de autoria e transferência de direitos;
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares” (Passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

Instruções para o Preparo dos Manuscritos

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver).

Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

Estrutura do Artigo

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos.

Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

- **Introdução:** texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.
- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do

número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.
- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

Formatação do Manuscrito

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;

- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações:

- São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.
- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;
- Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos e precisos, apresentados abaixo da figura;

Citações: para citações “*ipsis literis*” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

Exemplos de Referências

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na *PubMed Journals database* ou o título abreviado usado na SciELO.

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

- Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21 (esp): 20-8

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento:

- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatr [Internet].; 2010 [cited 2016 Mar 31];32 supl. 2:S96–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento:

- Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002; 58(12 Suppl 7): S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

- Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número:

- Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002:1-6.

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertens. 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

- Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. Enferm. glob.[Internet]. 2011 [acceso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

- Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. No To Hattatsu. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor:

- 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

- Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

- Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. Ciênc. Saúde coletiva. In press 2009.

Livro, com único autor:

- Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

- Brigh MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

- Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

- Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

- Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

- Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10

fev 2014]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia / Dissertação / Tese:

- Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Trabalhos em anais de evento científico:

- Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.
- Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico, disponível na internet:

- Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8^o Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

- Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

- Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken

(NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 -. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

- Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal, disponível na internet:

- Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

- DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 18 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika vírus [Internet]. 2016 [acesso em: 31 mar. 2016]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/ptbr/content/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus>.

ANEXO B – Parecer do comitê de ética

CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL

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

Título da Pesquisa: Fístula arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com Insuficiência Renal Crônica

Pesquisador: Maristela Soares de Rezende

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57392716.5.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.625.387

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado Fístula arteriovenosa: cuidados dispensados pelos indivíduos com Insuficiência Renal Crônica, desenvolvido pelo aluno Gustavo Haas Lermen e com pesquisador/orientador responsável Prof^a Enf^a Ms. Maristela Soares de Rezende. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os cuidados dispensados à Fístula Arteriovenosa pelos indivíduos com Insuficiência Renal Crônica submetidos a sessões de hemodiálise.

Objetivo Secundário: Identificar quem orientou esses indivíduos com Insuficiência Renal Crônica submetidos a sessões de hemodiálise. Identificar situações vivenciadas, pelos indivíduos com Insuficiência Renal Crônica submetidos a sessões de hemodiálise, que comprometeram o funcionamento da Fístula Arteriovenosa.

Continuação do Parecer: 1.625.387

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Quanto aos riscos aos sujeitos e à instituição, existe a possibilidade remota da perda do anonimato, caso alguém, não pertencente ao grupo de sujeitos relacione os resultados do trabalho à instituição e aos respondentes.

Benefícios: Entende-se como benefícios que esse estudo possa proporcionar tanto aos sujeitos quanto à instituição o fato de possibilitar a esses indivíduos uma assistência aprimorada, uma vez que os enfermeiros desse serviço, de posse dessas informações, poderão qualificar condutas, reforçar ou corri

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa exploratória que será desenvolvida em um serviço de uronefrologia, o qual realiza sessões de hemodiálise em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, visando identificar os cuidados dispensados à Fístula Arteriovenosa pelos indivíduos com Insuficiência Renal Crônica submetidos a sessões de hemodiálise. Será utilizada uma entrevista semiestruturada para coletar os dados de forma individual junto aos sujeitos. A entrevista constará de cinco itens para a caracterização dos sujeitos, a qual fornecerá o seu perfil. As questões subjetivas serão três, abordando a temática, além de elementos norteadores a fim de atingir o objetivo. As respostas serão anotadas pelo entrevistador, durante a entrevista, sendo que após o seu término será lida e disponibilizada para correções. Cada respondente receberá um codinome, mantendo o seu anonimato. Convém destacar que o instrumento de coleta será testado com dois sujeitos, podendo-se assim identificar possíveis falhas para correções imediatas. Como critérios de inclusão dos sujeitos, definiu-se por indivíduos conscientes, lúcidos, que se encontrarem em programa de hemodiálise para IRC; com fístula arteriovenosa há mais de seis meses. Quanto aos critérios de exclusão definiu-se: ser indivíduos menores de 18 anos, apresentar sinais clínicos de desconforto no dia da coleta de dados, possuir FAV há menos de seis meses. Os dados dessa pesquisa serão submetidos ao método de análise de conteúdo, técnica que permite analisar e descrever o conteúdo expressado, trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (MINAYO, 2006).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ok.

Recomendações:

Não ha.