

AUTOCUIDADO DOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA COM A FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA

Angelina Monteiro FURTADO^a
Francisca Elisângela Teixeira LIMA^b

RESUMO

Objetivou-se identificar os cuidados com a fístula artério-venosa (FAV) executados pelos pacientes. É um estudo descritivo, desenvolvido com 21 pacientes na clínica de hemodiálise, Fortaleza, CE. Realizou-se uma entrevista semi-estruturada com os pacientes. A idade variou de 30 a 50 anos, 11 mulheres e 10 homens, predominando os solteiros, baixa escolaridade e aposentados. Os cuidados foram: exercícios de compressão manual; higiene do braço da fístula; palpação do frêmito; e evitar no braço da FAV: levantar pesos; verificar a pressão arterial, administrar medicamentos e coletar sangue. Foi satisfatório a capacidade de aprendizado do paciente em adaptar-se à vida com suas limitações.

Descritores: Autocuidado. Fístula arteriovenosa. Diálise renal.

RESUMEN

El objetivo fue identificar los cuidados con la fístula arterio-venosa (FAV), realizados por pacientes que hacen hemodiálisis. Es un estudio descriptivo y cualitativo. Se seleccionaron 21 pacientes en la clínica de hemodiálisis, Fortaleza-CE. Para la toma de datos se utilizó una entrevista semi estructurada, cuyo análisis se realizó en el transcurso de las entrevistas. Los entrevistados tienen de 30 a 50 años, siendo 11 mujeres y 10 hombres, en su mayoría solteros con baja escolaridad y jubilados. Los cuidados citados fueron: ejercicios de compresión manual; higiene del brazo de la fístula; palpación de los frémitos de la FAV; y evitar levantar pesos con el brazo de la FAV; verificar la presión arterial, administrar medicamentos o toma de sangre. Se percibe un resultado positivo relacionado con la capacidad de aprendizaje del paciente para descubrir nuevas maneras de vivir frente a sus limitaciones.

Descriptores: Autocuidado. Fístula arteriovenosa. Diálisis renal.

Título: Autocuidado de pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con fístula arteriovenosa.

ABSTRACT

This descriptive study aimed at identifying care of arteriovenous fistula (AVF) performed patients under hemodialysis. Twenty one hemodialysis patients were randomly selected in a clinic in Fortaleza, Ceara, Brazil: 11 female and 11 male patients, age between 30 and 50 year-old, and most were single, retired, and had low education level. Semi-structured interview was applied. The following procedures were mentioned: cleaning the fistula arm, thrill palpation, avoiding lifting weight with AVF arm, arterial pressure checks, taking medication, and blood collection. It was considered that the patients learnt to adapt themselves to the limitations imposed by chronic liver failure on their lives.

Descriptors: Self care. Arteriovenous fistula. Renal dialysis.

Title: Care of arteriovenous fistula by patients with chronic renal failure.

^a Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela UECE. Enfermeira Assistencial da Clínica Prontorim. Professora Substituta da UECE.

^b Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

1 INTRODUÇÃO

A pessoa portadora de uma doença crônica se depara com uma realidade quase sempre difícil de ser aceita por ela, o ser doente. O fenômeno adoecer significa estar em contato com a possibilidade da doença; conviver com patologias que até então existiam como meras possibilidades, sem chance de se tornarem realidade⁽¹⁾.

Essa realidade de tornar-se doente desfaz o entrelace da relação entre o indivíduo consigo mesmo e com o meio em que está inserido. Enquanto perdurar a enfermidade a pessoa assume uma nova condição, o fenômeno ser ou estar doente surge, determinando mudanças e perdas que alterarão seu estilo de vida, envolvendo os aspectos biopsicossociais⁽²⁾.

Toda rotina de vida do paciente é modificada em função das limitações impostas pelo tratamento. A diálise favorece mudanças que incluem restrições alimentares, dificuldades para manter-se no emprego, diminuição das atividades sociais, dificuldade de comunicação entre os membros da família, preocupações com os mais jovens, principalmente, com casamento, procriação e desejo sexual, limitação da expectativa de vida, demonstrando depressão e medo da morte por ser um renal crônico. E, por fim, perda da auto-estima e alteração da auto-imagem. Diante de tantas e profundas mudanças, o paciente, por muitas vezes, é marginalizado por familiares e amigos que não entendem ou, outras vezes, não aceitam um “doente sem cura”^(3,4).

Atualmente, com diversos e intensos avanços científicos na área da Nefrologia, os pacientes renais crônicos, bem como aqueles que por qualquer motivo sofreram uma perda aguda e irreparável das funções renais podem dispor de três métodos de tratamento para manterem a vida: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

Tendo em evidência a importância do tratamento dialítico, e em especial a hemodiálise, para os pacientes renais crônicos, sentimos a necessidade de conhecer os cuidados que os pacientes realizam com o seu acesso venoso, ao qual são “obrigados” a conviver com ele, possibilitando seu tratamento, uma vez que o mesmo é a via de entrada no problemático e difícil caminho do tratamento hemodialítico.

A fístula artério-venosa (FAV) é considerada o melhor tipo de acesso vascular para o tratamento em hemodiálise, por apresentar reduzidas taxas de complicações, ser segura e ter uma relativa durabilidade, com índice de sobrevivência entre 65 e 75% em 3 anos⁽⁵⁾. Portanto, tendo em vista os parâmetros da *National Kidney Foundation – Dialysis Outcomes Quality Initiative (NFK-DOQI)*^c para a caracterização do acesso venoso (AV) ideal, tem-se a FAV realmente, como a melhor opção para acesso em hemodiálise. Já que alguns autores⁽⁶⁾ citam a *NFK-DOQI*, que diz: o AV ideal é aquele que proporciona um bom fluxo sanguíneo, apresenta um tempo de utilização adequado, com baixo índice de complicações.

Contudo, as FAVs estão susceptíveis a diversas complicações, na qual as principais são: hipofluxo sanguíneo, trombozes, aneurismas, infecções, isquemia da mão, edema de mão e sobrecarga cardíaca⁽⁷⁾. A prevenção dessas complicações pode ser viabilizada se cuidados adequados forem a ela corretamente administradas.

Ao pensar em cuidados com a fístula artério-venosa, detecta-se uma amplitude de ações a serem desenvolvidas. Ações, estas, de responsabilidade não só do paciente, mas de toda a equipe de saúde que a ele presta assistência.

O planejamento dessas ações deve incluir três etapas primordiais: as orientações ao paciente no período pré-operatório de confecção da FAV, as orientações de autocuidado do paciente no manejo do seu novo acesso e a equipe de enfermagem deve manter uma adequada técnica de punção da fístula.

O autocuidado é primordial na manutenção do acesso, principalmente, no estágio de pós-confecção cirúrgica. Os cuidados pós-operatórios são simples e incluem, principalmente, a elevação do membro nos primeiros dias; a realização periódica de curativos pela enfermeira, evitando oclusões circunferenciais e apertadas; verificar diariamente o fluxo sanguíneo da fístula, a fim de monitorizar uma adequada evolução da mesma, e realizar exercícios de compressão manual para

^c A NFK-DOQI é uma entidade, criada em março de 1995, nos Estados Unidos, com o objetivo de melhorar a sobrevivência dos pacientes em diálise estabelecendo protocolos e formulando recomendações que incluem uma melhor adequação dialítica e abordagem dos acessos vasculares.

acelerar a maturação e melhorar a performance do acesso^(7,8).

Diante destas considerações, objetiva-se identificar os cuidados com a fístula artério-venosa executados pelos pacientes com insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tendo uma abordagem qualitativa. Foi realizado em uma clínica de hemodiálise, situado em um bairro periférico da cidade de Fortaleza, CE, conveniada ao Sistema Único de Saúde.

Os informantes deste estudo foram 21 pacientes, selecionados aleatoriamente, que realizavam tratamento de hemodiálise na referida instituição, que estiveram presentes nos dias estipulados para a realização da pesquisa e que aceitaram participar do estudo proposto.

A coleta dos dados se deu por meio de uma entrevista semi-estruturada, utilizando-se um roteiro contendo dados de identificação, dados clínicos referentes à patologia e tratamento, e questionamentos quanto os cuidados sobre a FAV desenvolvidos pelos pacientes. Todas as informações obtidas foram relatadas pelos pacientes.

A apresentação dos resultados foi realizada com a transcrição das entrevistas para obter uma visão global do conteúdo a ser analisado. Posteriormente, organizou-se as respostas transcritas, facilitando a fase da exploração do material, na qual se realizou a classificação e agregação dos dados, conforme o objetivo proposto.

Os aspectos éticos foram contemplados, visto que foi solicitado, previamente, uma autorização da diretoria do hospital para a realização do estudo com os pacientes portadores de insuficiência renal crônica, que realizam hemodiálise. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do referido hospital. Foi obtido parecer favorável para o desenvolvimento do estudo. Aos participantes, no momento da coleta de dados, foi explicitado o objetivo do estudo e a forma de utilização dos resultados. Todos os sujeitos da amostra assinaram um termo de consentimento, concordando em participar do estudo, sendo garantido o seu anonimato, além de ser assegurado aos mesmos o direito de participar ou não da pesquisa, bem como, a autonomia de abandoná-la no momento que desejassem.

Os depoimentos utilizados foram codificados com o nome dos anjos dos sujeitos, conforme a data de seu nascimento, a fim de resguardar a sua identidade. Os nomes dos anjos são: Ierathel, Vehuah, Sealiah, Reyel, Hahahel, Mikael, Hekamah, Yabamah, Leuviah, Melahel, Caliel, Chavakiah, Mitzrael, Nelchael, Mebahel, Yesalel, Ayel, Anael, Rehael, Umabel, Omael.

Procedeu-se desta forma com o intuito de atender aos preceitos legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾.

3 ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor compreensão do estudo, considerou-se necessário a exposição das características sócio-demográficas dos participantes.

3.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os pacientes entrevistados possuem uma faixa etária variando entre 30 a 50 anos, sendo 11 mulheres e 10 homens. Além disso, percebeu-se uma predominância dos entrevistados com estado civil solteiro, com renda familiar de 2 a 4 salários mínimos e escolaridade até o ensino fundamental incompleto, mais exatamente até a 5ª série.

Quanto à ocupação, pode-se afirmar que 12 informantes são aposentados, recebendo da Previdência Social, o benefício auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez do Instituto Nacional de Seguridade Social. Muitos dos pacientes, que relataram receber estes benefícios, afirmaram que exerciam alguma atividade laborativa, mas com a descoberta da doença se viram incapacitados em conciliar trabalho com tratamento.

As limitações impostas pelo tratamento, seja pelas sessões de hemodiálise, pelos transtornos físicos ou pela necessidade de autocuidado irão significar obstáculos, dependendo do esforço e da motivação que cada um apresente ao reiniciar sua vida ocupacional⁽¹⁰⁾. Este é um fato bastante relevante no contexto de uma patologia incapacitante, como a IRC, na medida em que reporta a tentativa de adequação do paciente ao seu novo estilo de vida. Dos 21 pacientes, somente quatro afirmaram que apesar da doença e do tratamento, ainda exerciam com satisfação suas atividades profissionais, as quais eram: representante comercial, autônomo, comerciante e moto-taxista. Quatro pa-

cientes, quatro profissões, quatro possibilidades de amenizar as dores de uma vida diante de uma doença tão restritiva como a IRC.

Em relação aos dados clínicos dos pacientes, foram destacados o tempo de tratamento hemodialítico e a quantidade de fístulas confeccionadas, tornando-se necessário evidenciar que a fístula artério-venosa possui uma vida média de três anos⁽⁵⁾. Diante desta consideração, observou-se que 12 pacientes realizavam o tratamento há menos de três anos, dentre os quais 10 confeccionaram somente uma fístula e dois já realizaram uma segunda FAV. A perda desses acessos se deu por motivos diferentes, sendo uma por obstrução sem causa definida e a outra após 10 anos de desuso devido a um transplante renal.

O estudo revelou que nove pessoas realizavam tratamento há mais de três anos, valendo ressaltar que dentre estas, quatro realizaram uma única fístula, sendo que uma encontra-se funcionando há nove anos, ultrapassando o tempo médio de vida da FAV, revelando com este fato a imprevisibilidade da duração do acesso venoso.

3.2 Cuidados do paciente com a fístula artério-venosa

Os pacientes foram questionados quanto a necessidade de cuidados para com a fístula, sendo que todos foram unânimes em responder sim, isto é, eles são conscientes que as fístulas precisam de cuidados para permanecer o maior tempo possível funcionando.

Apesar de todos os entrevistados terem conhecimento da necessidade de realizar cuidados com sua fístula, com o intuito de mantê-la funcionando, houve um paciente que não realizava nenhum tipo de cuidado para com ela.

Eu sei dos cuidados, mas não realizo. Em casa não me deixam pegar em nada! Nem fazer nada [...] minha mãe fica muito preocupada de eu perder minha fístula [...] mas eu já fiz até faxina no meu quarto, escondida dela [...] esses cuidados me fazem lembrar que eu tenho a fístula, e ela é sinal de anormalidade [...] (Hekamiah).

A fístula para este paciente ganha um contexto diferente no que concerne ao autocuidado. Ele afirma que é conhecedor dos cuidados a se-

rem realizados, mas não os realiza pelo sinônimo de anormalidade que a fístula lhe traz, reforçado diariamente por seus familiares. O paciente crônico é uma pessoa limitada em suas ações, limitação essa que muitas vezes é reforçada pela família⁽¹¹⁾. Assim, o indivíduo mostra-se menos capaz e mais dependente e impotente. O cuidado familiar completamente errôneo e excessivo fortalece o rótulo de anormalidade ao paciente, na medida em que dificulta a realização de atividades rotineiras. A família pode estabelecer funções em casa para serem desenvolvidas pelo paciente, sem exigir grande esforço físico.

Diferente deste depoimento, todos os demais pacientes referiram executar cuidados com sua FAV e citaram os mais realizados. Dentre estes, foram relacionados cuidados de competência não só do paciente, como era esperado, mas também cuidados da equipe de enfermagem e cuidados não referidos na literatura, ou seja, cuidados criados por iniciativa própria dos pacientes.

Para fins didáticos, dividiu-se esses cuidados em tópicos, baseados nos três grupos de cuidados já mencionados no parágrafo anterior.

3.2.1 Cuidados executados pelos pacientes

Exercícios de compressão manual: quatro pacientes relataram que realizavam este exercício desde a confecção da fístula, cujos motivos foram:

Para ela ficar saudável, mais madura com os vasos salientes (Chavakiah).

Não parar (Ayel).

Para evitar que ela fique fraca e pare (Anael).

É importante salientar, que todos os motivos relacionados tem fundamentação teórica, uma vez que os exercícios de compressão manual aceleram a maturação e melhoram a performance do acesso⁽⁷⁾.

Higiene do braço da fístula: oito pacientes citaram que tinham o costume de lavar o braço antes da diálise e até mesmo em casa. No entanto, este número é bastante maior, pois por meio da observação não participante constatou-se este fato com maior clareza. Entende-se que a omissão de

citar este cuidado por parte daqueles que o realizam pode ser devido ao fato do esquecimento no momento da entrevista. Os depoentes que citaram este cuidado, referiram que o motivo da realização do mesmo seria para prevenir infecções.

Palpar a FAV frequentemente para observar frêmitos: apenas um paciente tem essa preocupação, cuidado esse tão essencial para a detecção precoce de complicações na fístula. No entanto, o depoente não soube relacionar o motivo da realização de tal cuidado.

Evitar levantar pesos com o braço da FAV: 14 pacientes referiram adotar este cuidado, a fim de:

Não parar a fístula (Sealiah; Hahahel; Omael; Hekamiah; Mitzrael; Yabamiah; Caliel; Nelchael; Reyel; Melahel).

Não prejudicar a FAV (Leuviah).

Não desenvolver mais a fístula (Mikael).

Não romper a fístula (Chavakiah).

Das quatro considerações, somente a primeira e a segunda tem fundamentação científica, pois carregar peso com o braço da fístula pode interromper o fluxo sanguíneo, levando a uma trombose no acesso⁽¹¹⁾. Não foi encontrado na literatura confirmação das outras explicações, no entanto, já é louvável a atitude desses pacientes em realizar este cuidado, mesmo sem possuir conhecimento sobre a real razão de sua utilização.

Evitar dormir sobre o braço da FAV: quatro pacientes referiram a adoção deste cuidado, com o intuito de manter a fístula funcional. O motivo citado por eles condiz com a literatura⁽¹²⁾, pois afirma que o excesso de peso sobre o braço exerce uma pressão que poderá interromper o fluxo sanguíneo, ocasionando trombose no acesso venoso.

Não permitir verificar a pressão arterial (PA), nem administrar medicamentos e nem coletar sangue no braço da FAV: apenas dois pacientes recordaram-se destes cuidados no momento da entrevista, cujo motivo indicado foi “*não parar a fístula*” (Rehael; Umabel) estando correto em relação a verificação da PA, pois a interrupção do

fluxo sanguíneo no momento do procedimento pode levar à trombose da FAV. Para administração medicamentosa e coleta sanguínea, o risco maior não é de trombose, mas da ocorrência de hematomas e não preservação da rede venosa daquele braço, onde a fístula se encontra⁽¹²⁾.

Realizar compressas frias e/ou mornas em casos de hematomas: quatro pacientes relataram realizar este tipo de cuidado para com sua fístula. No entanto somente três evidenciaram seus motivos. São eles:

Para o hematoma desaparecer (Nelchael).

Para não criar nódulo (Yesalel).

Realmente o motivo principal e primordial do uso das compressas mornas e/ou frias é para auxiliar na absorção do hematoma e reduzir o extravasamento sanguíneo, respectivamente⁽¹²⁾. No que concerne a aplicação de meios físicos para evitar a ocorrência de aneurismas, não foram detectados relatos na literatura, ficando evidenciado o grau de desinformação desta depoente acerca da real necessidade de utilização de meios físicos nos cuidados com a FAV.

Evitar traumas na fístula: treze pacientes relataram exercer esse cuidado. No entanto, somente nove citaram que o motivo principal era manter o funcionamento da fístula. Estando correto, pois evitar traumatismos na fístula protege a mesma da ocorrência de hematomas e trombose, favorecendo uma maior durabilidade da mesma⁽⁷⁾.

3.2.2 Cuidados de responsabilidade da enfermeira

Um fator diferente foi a referência de uma paciente ao citar em sua entrevista que os pacientes deveriam estar atentos no momento da punção de sua FAV, para não permitir punções muito próximas e no mesmo lugar.

Este é um cuidado que deve ser realizado pela equipe de Enfermagem e não pela paciente. Entretanto, esta referência feita pela entrevistada torna-se louvável, demonstrando a compreensão no que diz respeito a ela, enquanto paciente, e ao seu tratamento.

Os motivos relacionados por ela também foram coerentes, pois foram destacados a possibilidade de hematomas e aneurismas.

3.2.3 Cuidados criados pelos pacientes

Utilizar cosméticos tópicos para a região da FAV: duas depoentes referiram passar hidratante na região da FAV, a fim de evitar o ressecamento da pele. Não há dados na literatura que se referiram a este aspecto, porém, também, não há evidências que restrinjam a realização deste cuidado, que de certa forma é benéfico, uma vez que favorece a hidratação da pele.

Cortar as unhas para não encostar na FAV: este foi um cuidado relatado por apenas um paciente, cujo motivo de tal cuidado foi: “*para fístula não espocar*” (Melahel). Bem, este fato é curioso e singular no que concerne os aspectos de cuidados com a FAV. Seguramente, não há nada na literatura que revele a efetividade de tal cuidado. A fantasia de que a fístula é algo frágil e de fácil perda, talvez, influencie na absorção e criação de cuidados totalmente dispensáveis ao uso da mesma. Portanto, o desconhecido precisa ser urgentemente descoberto para que concepções errôneas sejam eliminadas do pensamento dos pacientes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu conhecer os cuidados com a fístula artério-venosa, desenvolvidos pelos pacientes com IRC, que realizam hemodiálise. Detectou-se que todos os pacientes entrevistados são conhecedores da necessidade de desenvolver ações de autocuidado para com sua fístula, visando mantê-la funcionando por um tempo prolongado.

A valorização dos cuidados e a sua conseguinte realização, por parte da maioria dos pacientes entrevistados, demonstraram um saldo positivo no que concerne a capacidade de aprendizado do paciente portador de IRC em descobrir novas maneiras de viver dentro de suas limitações e restrições.

Segundo a literatura, para que os pacientes assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a sentirem-se responsáveis e capazes de praticarem o autocuidado^(13,14). Portanto, o paciente com insuficiência renal crônica precisa ser ajudado a compreender o que está acontecendo a ele, cabendo a enfermeira de-

envolver estratégias educativas, com o intuito de orientar o paciente acerca de sua patologia, manifestações clínicas, estilo de vida saudável, tratamento, cuidados com a FAV, dentre outras temáticas, conforme as reais necessidades dos pacientes.

Em suma, temos três vertentes: o autocuidado, o paciente e a enfermagem. O enfermeiro deve reconhecer o paciente não como um agente passivo, receptor de cuidados, mas como o agente de seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e participando da elaboração do seu plano de cuidados favorecendo, assim, uma melhor adesão e seguimento ao tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

- 1 Angerami VA. O imaginário e o adoecer: um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: Angerami VA, Chiattoni HBC, Sebastiani RW, Fongaro MLH, Santos CT. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001. p. 181-210.
- 2 Perestrello D. A medicina da pessoa. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.
- 3 Mendes CA, Shiratori K. As percepções dos pacientes de transplante renal. Nursing (São Paulo) 2002; 5(44):15-22.
- 4 Paradiso C. Cuidados aos pacientes com disfunção urinária e renal. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1398-412.
- 5 Manfro RC. Procedimentos em nefrologia. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 427-41.
- 6 Nascimento MM. Avaliação de acesso vascular em hemodiálise: um estudo multicêntrico. Jornal Brasileiro de Nefrologia 1999;21(n esp 1):22-9.
- 7 Raja RM, Besarab A. Acesso vascular para hemodiálise. In: Daugirdas JT, Ing TS. Manual de diálise. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 68-102.
- 8 Ikeda S, Canziani MEF. Acesso vascular para hemodiálise. In: Ajzen H, Schor N. Guia de Nefrologia UNIFESP. São Paulo: Manole; 2005. p. 257-67.

- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 10 Saes SC. Alterações comportamentais em renais crônicos. *Nursing* (São Paulo) 1999;2(12):17-9.
- 11 Santos CT, Sebastian RW. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. *In*: Angerami VA, Chiatton HBC, Sebastiani RW, Fongaro MLH, Santos CT. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001. p.147-75.
- 12 Santos CM. Hemodiálise. *In*: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 424-41.
- 13 Cesarino CB, Casagrande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 1998;6(4):31-40.
- 14 Jacobowski JAD, Borella R, Lautert L. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2005;26(3):381-91.

Endereço da autora/Author's address:

Angelina Monteiro Furtado
Av. Santos Dumont, 3210, aptº. 307, Bloco F
Bairro Aldeota
60.170-162, Fortaleza, CE
E-mail: angelinamonteiro@yahoo.com.br

Recebido em: 02/02/2006

Aprovado em: 25/09/2006
