



**PORTUGUÊS**

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais

## Produção científica de enfermagem sobre inserção de cateter endovenoso em fístula arteriovenosa: implicações para a(o) enfermeira(o) de métodos dialíticos

Oniele O. das Neves, Isabel Cristina F. da Cruz

### RESUMO

O presente trabalho relata uma revisão bibliográfica sobre a prescrição de enfermagem inserção de cateter endovenoso em fístula arteriovenosa (FAV), com o objetivo de se conhecer a literatura referente ao assunto. Foi utilizado nesse estudo a pesquisa exploratória, com levantamentos bibliográficos através de busca manual e computadorizada, de 1979 a 2001. As prescrições de enfermagem relacionadas à inserção de cateter endovenoso em FAV incluem as orientações pré-operatórias, a técnica de inserção propriamente dita do cateter endovenoso e as orientações de autocuidado. Ao final do levantamento bibliográfico, percebeu-se que, apesar da inserção de cateter endovenoso em FAV ser tão importante e rotineira na prática da enfermagem nefrológica, a produção científica brasileira de enfermagem é escassa referente a essa prescrição, ao contrário da produção científica estrangeira.

**Descritores:** taxonomia de enfermagem – diálise – cuidado de enfermagem

## INTRODUÇÃO

A prescrição de enfermagem por mim escolhida foi a de inserção de cateter endovenoso, onde Bulechek; McCloskey (2000:408) a define como “inserção de uma agulha em uma veia periférica com a finalidade de administrar fluidos, sangue, ou medicamentos”, e a justificativa da escolha se deu pelo desconhecimento sobre a literatura referente à prescrição escolhida.

O objetivo da revisão bibliográfica foi identificar a produção científica sobre a prescrição de enfermagem no período, analisando sua aplicabilidade à prática profissional em Unidade de Diálise.

## METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória sobre o discurso da literatura profissional de enfermagem, por meio de busca bibliográfica manual e computadorizada, no período de 1979 a 2001, utilizando para busca as palavras-chave enfermagem, hemodiálise, fístula arteriovenosa, cateter endovenoso, nas bases de dados BDNF e PUBMED.

## HISTÓRICO

Fazendo um breve histórico sobre tratamento dialítico, constatou-se que segundo Riella (1996:608), em 1928, aconteceu pela primeira vez a diálise contínua em seres humanos. Rembold (2000) afirma que, contudo, somente na década de 70 as terapias de substituição renal em crônicos passaram a ser utilizadas em longa escala. Em 1974 foi implantado o primeiro programa de hemodiálise (HD) em São Paulo, onde pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) teriam acesso ao tratamento regular para manutenção de sua vida. No Rio

de Janeiro, o tratamento de IRC expandiu-se a partir de 1975, com os programas existentes no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), no Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), no Hospital dos Servidores do estado, no Hospital Geral de Bonsucesso e da Lagoa. A partir daí, multiplicaram-se também os Centros de Diálise privados, que têm seus serviços contratados pelo Sistema Único de Saúde.

Assim, na atualidade, a hemodiálise se constitui no método dialítico amplamente adotado, sendo realizado em 85% dos pacientes que se submetem a tratamento dialítico no Brasil (Noronha et al, 1997:2234).

### *Hemodiálise e Fístula Arteriovenosa*

Carpenito (1999:619) define hemodiálise como “a remoção de resíduos metabólicos e de eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar falência renal aguda ou crônica”. Ela tem como objetivos manter a vida e o bem estar do paciente até que a função renal seja estabelecida e remover substâncias do sangue se a função renal não corresponde.

O sucesso da realização de HD repetidas, especialmente em pacientes renais crônicos, depende de um bom acesso venoso. Hayes (2000:1) relata a importância da preservação do acesso vascular, já que cada local de acesso de diálise tem um período limitado e cada paciente tem um número limitado de locais potenciais de acesso.

O acesso venoso permanente de escolha para HD é a Fístula Arteriovenosa (FAV), a qual consiste de uma anastomose subcutânea comumente da artéria radial com a veia cefálica ao nível de antebraço ou braço e que apresenta maior durabilidade e maior segurança (Daugirdas, 1996:63). Entretanto, por apresentar essas características, ela fica sujeita a algumas complicações, tais como estenose, trombose, fracasso de maturação, edema de mão, pseudo-

aneurisma e infecções.

### *Prescrição de Enfermagem*

Bulecheck; McCloskey *apud* Cruz (1995) refere-se à prescrição de enfermagem como qualquer cuidado direto que a enfermeira realiza em benefício do cliente. Considerando tal definição, as prescrições de enfermagem relacionadas à inserção de cateter endovenoso em FAV incluem as orientações pré-operatórias, a técnica de inserção propriamente dita do cateter endovenoso e as orientações de autocuidado.

A inserção de cateter endovenoso na FAV somente terá bons resultados se as orientações pré-operatórias e as de autocuidado forem seguidas corretamente pelo paciente.

As orientações pré-operatórias incluem informações ao cliente e à família sobre: o procedimento cirúrgico; o tipo de anestesia; o local da cirurgia (comumente o antebraço não dominante); a posição levemente elevada que o membro cirurgiado nos primeiros dias pós-operatórios deve permanecer; a troca do curativo pela enfermeira; a retirada dos pontos oito dias após a cirurgia e o início dos exercícios de ativação da FAV. Para Rodrigues et al (s/d), é importante controlar os níveis pressóricos e a hidratação do paciente no período pré-operatório, evitando-se assim episódios de hipotensão arterial prolongada e hipovolemia, que podem comprometer a potência da fístula.

Após a confecção da FAV, aguarda-se aproximadamente de 01 a 04 meses para sua maturação (Hayes, 2000:2). Com a maturação da FAV, o acesso fica pronto para ser utilizado no tratamento hemodialítico, usualmente 03 vezes por semana.

Durante a diálise é a equipe de enfermagem a responsável pela inserção do cateter endovenoso na FAV, ou seja, é ela a responsável pela técnica da punção. Comumente, a primeira punção do acesso é executada pela Enfermeira,

para uma avaliação mais detalhada do acesso, e as próximas punções são realizadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem treinados.

Adaptando-se à punção de FAV, a prescrição de enfermagem na inserção do cateter endovenoso, segundo Bulecheck; McCloskey (2000:408), abrange as seguintes atividades: verificar a prescrição médica para a terapia venosa – hemodiálise; instruir o paciente sobre o procedimento; manter a técnica asséptica rígida; identificar se o paciente é alérgico a álcool, iodo ou à fita adesiva; escolher agulha apropriada para a FAV do paciente – 15G, 16G ou 17G; aplicar um torniquete acima dos locais de punção; fazer antisepsia da área (previamente lavada com água e sabão neutro) com álcool a 70% ou outra solução padronizada; inserir as agulhas respeitando as devidas distâncias entre as agulhas e anastomose vascular; observar retorno sanguíneo; remover o torniquete; fixar seguramente as agulhas com fita adesiva; conectar as agulhas às linhas venosa e arterial da HD e manter as precauções universais.

A punção da FAV deve ser realizada com cuidados assépticos adequados, lavagem das mãos, evitando-se punções repetidas num mesmo local e respeitando a distância entre as agulhas. Como se faz necessário uma saída de sangue – “arterial” (do paciente para o hemodialisador) e uma entrada de sangue – “venosa” (do hemodialisador para o paciente), a agulha “arterial” deve ser inserida obedecendo uma distância mínima de 03 cm da anastomose vascular e a de 05 cm da agulha “venosa” (Daugirdas, 1996:64).

Para Hayes (2000:11), as orientações de autocuidado ao paciente e a sua família incluem informações sobre: a observação dos sinais de infecção (vermelhidão, calor, edema e/ou febre) e quando detectados procurar imediatamente a Unidade de Diálise; a observação diária do frêmito em sua FAV, principalmente após hipotensão, vertigem ou tonteiras, para que assim não demore

a assistência quando na ausência de frêmito; o cuidado para não dormir sobre o braço da FAV e nem carregar peso sobre o mesmo; o cuidado de não usar roupas apertadas que não garroteiem a FAV e para que não se verifique pressão arterial ou façam punção venosa no braço da FAV.

Pereira (1979:51) afirma que “o enfermeiro deve reconhecer o paciente não como um agente passivo, receptor de cuidados, mas sim, o agente do seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e dele participando, envolvido no desenvolvimento do seu plano de cuidados”. Complementando essa afirmação, Cruz (1993:22) relata que “os estudos sobre autocuidado em doenças crônicas revelam que o grau de adesão à terapêutica varia conforme a complexidade do tratamento”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hemodiálise é um procedimento que necessita de uma assistência de Enfermagem altamente especializada e treinada. O enfermeiro da Unidade de Diálise deve assegurar uma terapia renal substitutiva eficiente intervindo de várias maneiras, dentre estas efetivando a prescrição de enfermagem de inserção de cateter endovenoso em fístula arteriovenosa, seja realizando a punção do acesso seja fornecendo orientações pré-operatórias e de autocuidado para o paciente e família.

Apesar de ser uma prescrição tão importante e rotineira na prática da enfermagem nefrológica, a inserção de cateter endovenoso em FAV não se constitui assunto disseminado na produção científica brasileira de enfermagem. Já na literatura estrangeira, o assunto é muito disseminado em livros e artigos científicos de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Bulechek GM, McCloskey JC. Nursing

Interventions Classification (NIC). 3ed. St Louis: Mosby; 2000 abr p. 408 p.

2. Campbell J. Cateterização intravenosa: complicações potenciais. Nursing. 1997 nov; 116: 19-22.
3. Carpenito LJ. Plano de Cuidados e Documentação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.619-23.
4. Cesarino CB, Casagrande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico: atividade educativa do enfermeiro .Rev. latinoam. Enferm.1998 out; Ribeirão Preto: 6(4):31-40.
5. Cruz ICF. Diagnósticos de Enfermagem: estratégia para sua formulação e validação.[tese]. São Paulo: USP; 1993. Escola de enfermagem, p.106
6. Cruz ICF. Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. Texto e Contexto. 1995 jan-jun. 4(1):160-69.
7. Daugirdas JT, INGTS. Manual de Diálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. p.661.
8. Hayes DD. Caring for you patient with a permanent hemodialysis acess. Nursing. 2000 mar; 30(3).
9. Noronha IL et al. Nephrology, dialysis and transplantation in Brazil. Nephrol. Dial. Transplant: Oxford; 1997 nov; 12:234-43,
10. Pereira MLM. A Função Educativa do Enfermeiro a Pacientes Hospitalizados.[dissertação] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ; 1979. p.91.
11. Ramos OLG et al. Costo beneficio en utilización de catéter Mahukar versus fístula arteiovenosa. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2000 mayo-agosto; 8(2):95-9.
12. Rembold SM. O Trabalho da Enfermeira no Centro de Diálise do Hospital Universitário Antônio Pedro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas da Saúde, UNIRIO. 2000. p.161.
13. Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.607-17.
14. Rodrigues VL. et al. Vias de acesso para hemodiálise crônica. In: Sociedade Brasileira de Nefrologia. Tratamento Dialítico – Guia Prático de Normas e Informações Técnicas. Híplex, [s.d]

---

**Received:** 02/17/2002

**Accepted:** 03/28/2002