

Autoimagem de idosos com fístula arteriovenosa submetidos à hemodiálise

Seniors self image with arteriovenous fistula on hemodialytic treatment

Autoimagem de personas mayores con fístula arteriovenosa submetidos a hemodiálisis

Fabricia Silvino Machado
Conrado Carvalho Horta Barbosa
Patrícia Galdino de Andrade Wollmann
Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa
Lucy Gomes

RESUMO: O envelhecimento traz consigo, comumente, a Doença Renal Crônica e o estabelecimento de Fístula Arteriovenosa, possibilitando o tratamento hemodialítico, acarretando potencial comprometimento de autoimagem. O objetivo deste estudo observacional, descritivo e transversal foi a avaliação da autoimagem dos portadores de Fístulas Arteriovenosas. Constatou-se não haver repercussões negativas significativas quanto à percepção da imagem corporal de idosos.

Palavras-chave: Autoimagem; Envelhecimento; Fístula Arteriovenosa.

ABSTRACT: *As the aging leaves, and usually, the Chronic Kidney Disease, the arteriovenous fistula (AVF) establishment comes, making possible hemodialytic treatment, but carrying potential commitment on self image. This cross sectional, observational and transversal study, have the goal to evaluate self image on seniors who carry a arteriovenous fistula (AVF). We verified not to have negative repercussions as a perception on self image.*

Keywords: *Self image; Aging; Arteriovenous Fistula.*

RESUMEN: *El envejecimiento trae consigo, comúnmente, la Enfermedad Renal Crónica y el establecimiento de Fístula Arteriovenosa, posibilitando el tratamiento hemodialítico, acarreado potencial comprometimiento de autoimagen. El objetivo de este estudio observacional, descriptivo y transversal fue la evaluación de la autoimagen de los portadores de Fístulas Arteriovenosas. Se constató que no había repercusiones negativas significativas en la percepción de la imagen corporal de los ancianos.*

Palabras clave: *Autoimagen; Envejecimiento; Fístula Arteriovenosa.*

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos que mais se evidencia nas sociedades atuais, figurando, entre os fatores contribuintes, o decréscimo progressivo das taxas de natalidade e fecundidade e a diminuição da mortalidade infantil, levando ao aumento gradual da esperança média de vida. Assim sendo, este escalão etário reflete, atualmente, uma categoria que não pode ser ignorada (Bastos, 2009).

Essas alterações no perfil de morbimortalidade da população mundial evidenciam um aumento das doenças crônicas, e projetam a doença renal crônica (DRC) no cenário mundial como um dos grandes desafios à saúde pública deste século, com todas as suas implicações econômicas e sociais (Besarab, 2003; Cabral, 2013).

A perda progressiva da reserva fisiológica renal, conseqüente às alterações anatômicas e funcionais ocorridas com o envelhecimento, está associada a doenças de alta prevalência nesta faixa etária, tais como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), que são as principais causas de falência renal. Conseqüentemente, o idoso terá maior risco de desenvolver DRC, fazendo com que este grupo etário represente atualmente o maior número de indivíduos em diálise e, também, o que mais cresce quando consideramos a incidência de diálise por faixa etária (Cabral, 2013).

Conceitualmente, a DRC é descrita como perda gradual e irreversível da função renal, sendo um processo que ocorre de forma insidiosa e que, na maior parte das vezes, apresenta evolução assintomática (Carpenito, 2003). É uma condição patológica na qual os rins não realizam as funções reguladoras, não removendo os resíduos metabólicos do organismo (Dini, 2001). Por ter característica lenta, progressiva e irreversível, exige a prática de processos adaptativos que, até certo ponto, permitem ao paciente que permaneça um período com poucos sintomas, embora com restrições e limitações (Diniz, 2006). Entretanto, quando diagnosticada a doença renal crônica (DRC), deve ser estabelecido tratamento conservador e, em seu estágio final, terapias que substituam a função renal, isto é, terapias dialíticas, entre elas a hemodiálise, a diálise renal ou o transplante renal, o mais precocemente possível, pois, caso contrário, acarretará ocorrência de complicações que podem levar à morte (Fermi, 2010).

Para que o sangue possa ser removido, depurado e devolvido ao corpo no processo estabelecido na hemodiálise, é necessário o estabelecimento de um acesso à circulação do paciente, com a Fístula Arteriovenosa (FAV) que é a melhor opção de acesso vascular para realizar a hemodiálise, tanto em adultos como em idosos. A FAV é a maneira mais segura e duradoura de acesso vascular permanente, tendo as seguintes vantagens sobre outros acessos: excelente potência, baixa morbidade associada à sua confecção e baixo índice de complicações. Entre as desvantagens estão: longo tempo de maturação e falência em desenvolver fluxo adequado para realização da hemodiálise. Em alguns casos, a criação de FAV adequada pode não ser possível, como em pacientes muito obesos, idosos (com fragilidade vascular), com doença arterial (devido à diabetes ou aterosclerose grave) e naqueles com vasos lesados por múltiplas punções (Fechine, & Trompieri, 2012; Franco, & Fernandes, 2013).

Diante da FAV, as cicatrizes e, por vezes, os aneurismas provocados por ela causam comprometimento da autoimagem (AI) dos pacientes, podendo causar sofrimentos que, na maioria das vezes, não são verbalizados (Fechine, & Trompieri, 2012).

A AI expressa a percepção que a pessoa tem de si, sendo definida em termos de uma constelação de pensamentos, sentimentos e ações acerca do relacionamento do indivíduo com outras pessoas, bem como acerca do eu como uma entidade distinta dos outros (Furtado, & Lima, 2006).

O paciente com DRCT apresenta riscos de apresentar a AI prejudicada, enfrentamento e padrão de sexualidade ineficazes, medo, entre outros problemas. Estas alterações se devem à dependência de tratamento altamente desgastante para sua sobrevivência. Além disso, devido às alterações fisiológicas do processo patológico os indivíduos com DRCT, no geral, apresentam um envelhecimento precoce em função da deterioração músculo-esquelética, descoloração da pele, emagrecimento e edema, mudanças essas que podem fazer esses indivíduos se sentirem diferentes de outras pessoas consideradas saudáveis. Quando há uma doença crônica, sua imagem pode apresentar mudanças imediatas, uma vez que toda a estrutura motriz dos instintos de vida do sujeito passa a ser focada no órgão doente, e tais alterações orgânicas ativam suas emoções, reestruturando sua imagem corporal. A formação da imagem corporal é o núcleo, a partir do qual o ser humano realiza suas escolhas e projetos no mundo. A percepção do corpo e de suas capacidades contribui para que o homem possa atingir o controle da própria vida (Gouveia, Singelis, & Coelho, 2002; Madeiro, 2010).

Apesar de a FAV ser a opção mais adequada para a realização da hemodiálise, há autores que apontam que a FAV é motivo de diminuição da autoestima, incapacidades, série de restrições e alterações no humor, deixando o paciente deprimido e não cooperativo com o tratamento. Apesar de a FAV ser vista como um fator limitante no dia a dia dos indivíduos com DRCT em função das dificuldades com o trabalho, além do autocuidado impor limitações e prejudicar a AI, ela também é percebida como necessária para a sobrevivência, por ser o acesso venoso mais indicado para realização da terapia (MS, 2012; Pinheiro, 2004).

Quando a percepção da imagem corporal é modificada, ocorre sensação de estranheza do próprio corpo e, este estigma impede a desconexão entre a doença e a pessoa (MS, 2012).

Dessa forma, são criados rótulos, estigmatizando e anulando a individualidade dos indivíduos, considerando as pessoas como portadoras de doenças e classificando-as segundo sua patologia (Ramos, Jorge, Queiroz, & Santos, 2008). A partir dessas evidências, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos usuários sobre a FAV, avaliar a autoimagem dos idosos com FAV submetidos à hemodiálise.

Material e Método

Trata-se de estudo observacional, descritivo e transversal, quali-quantitativo (Silveira, Canineu, & Reis, 2011). O estudo foi realizado no período de junho a julho de 2014, na Clínica de Doenças Renais de Taguatinga (CDRT), que realiza atendimento particular e convênios, recebendo pacientes de todas as idades, além de realizar serviço de terapia renal substitutiva, localizado no Centro Hospitalar Anchieta, na região administrativa de Taguatinga, Distrito Federal.

A amostra foi por conveniência e participaram da pesquisa 39 idosos com média de idade igual a $68,3 \pm 6,92$ anos (60 a 84 anos), sendo 26 homens e 13 mulheres. A amostra foi por conveniência, em conformidade com a demanda atendida pela CDRT.

Foram critérios de inclusão: idosos com ≥ 60 anos; diagnóstico de DRCT em estágio 5, com TFG $< 15 \text{ ml/kg/1.73m}^2$, inscritos no programa de hemodiálise cronicamente com tempo superior a três meses de terapia; com fístula arteriovenosa (FAV) nativa como acesso vascular; FAV com tempo de maturação pós-cirúrgico superior a 30 dias em idosos não diabéticos e 45 dias em idosos diabéticos; e responder aos questionários aplicados.

Foram critérios de exclusão: diagnóstico de demência; pacientes em tratamento na unidade que estivessem internados em outros serviços, e indivíduos portadores dos demais acessos vasculares destinados a pacientes submetidos à hemodiálise, como cateter de duplo-lúmen temporário ou permanente (CDL) tipo Shiley® ou Permcath® e prótese (PTFE – Politetrafluoretileno).

Para a coleta de dados, foi utilizado como modelo a Escala de Autoestima de Rosenberg, instrumento composto por questões referentes aos sentimentos e aceitação de si mesmo, elencados em escala numérica dos graus de aceitação e percepção elencados de 1 a 5, com o fim de obter dados descritivos e quantitativos da amostra; contudo, sendo adaptado às variáveis relativas ao tema das FAV, entre eles, níveis de aceitação da fístula, limitações de atividades diárias decorrentes da mesma e percepção da imagem frente aos outros.

Assim sendo, foi confeccionado um caderno, contendo dois instrumentos aplicados, um com os dados socioeconômicos e demográficos e outro sobre a percepção da autoimagem, sendo identificados como instrumentos A e B, respectivamente.

O instrumento A apresenta a identificação dos sujeitos, com um inventário socioeconômico e demográfico, abordando perguntas com referência à idade, escolaridade, religião, transporte utilizado para deslocamento até a unidade de diálise, moradia, estado civil, atividade atual e renda familiar.

O instrumento B apresenta questões relacionadas à imagem corporal percebida pelo indivíduo com FAV, o seu enfrentamento diário, remetendo às seguintes questões sobre a FAV: tempo de terapia hemodialítica, importância da FAV, imagem e percepção da FAV na imagem corporal, além de uma pergunta aberta sobre o significado da FAV para o idoso.

Os pacientes foram entrevistados durante a sessão de hemodiálise, com tempo de entrevista de cerca de 60 minutos. A coleta de dados foi realizada nos períodos da manhã, tarde ou noite, dependendo do horário de terapia de cada participante. Foi assegurada proteção, confidencialidade e privacidade, e foram orientados que, caso não se sentissem à vontade, poderiam deixar de responder a qualquer questão. Quando necessário, os idosos foram encaminhados para suporte psicológico na própria unidade.

Optou-se pela coleta de dados do tipo entrevista, considerando-se a possibilidade de os sujeitos apresentarem dificuldade visual, baixo nível instrucional e dificuldade para escrever, devido à imobilização do membro durante a sessão de hemodiálise.

Contudo, quando o entrevistado não compreendia alguma das perguntas dos questionários, a mesma era relida de forma pausada, evitando-se mencionar sinônimo ou explicação às palavras, assim como a escala de respostas.

Na questão aberta, para se conseguir maior fidelidade, procurou-se registrar na íntegra, por meio de escrita, as declarações dos participantes a respeito de suas expectativas sobre o tema, tomando-se o cuidado de não induzir suas respostas.

Os dados obtidos no instrumento foram submetidos à análise baseadas na teoria das representações sociais, envolvendo a análise de aspectos da vida particular dos sujeitos envolvidos, seguida dos fenômenos sociais vivenciados que interferem nos mesmos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília sendo aprovado mediante CAAE 31944314.6.0000.0029 e com número de parecer 681.487 em 09 de junho de 2014. Foram cumpridos os princípios éticos dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS (Spinola, & Gonçalves, 2013).

Resultados

Caracterização dos participantes

Dos 141 pacientes atendidos na Unidade, 54 (38,3%) eram idosos e, destes, 39 (72,2%) atenderam os critérios de inclusão e exclusão. Portanto, a amostra estudada foi composta de 39 pacientes.

As características sócio-demográficas da amostra estudada estão apresentadas na Tabela 1 a seguir.

A idade média foi de $68,3 \pm 6,92$ anos (60 a 84 anos), com predomínio da faixa etária entre 60 e 64 anos, que agregou 35,9% da amostra.

Foram analisados 66,7% da amostra do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino. Houve predomínio em 69,2% da cor da pele parda.

Gráfico 1 – Dados sócio-econômico-demográficos de 39 idosos em tratamento por hemodiálise, Taguatinga, DF, 2014

	Porcentagem	Total
Sexo		
Masculino	66,7	26
Feminino	33,3	13
	100	39
Faixa etária (anos)		
60-64	35,9	14
65-69	25,6	10
70-74	20,6	8
75-79	5,1	2
80 e +	12,8	5
	100	39
Escolaridade	6,36±4,5	(0-16)
Religião		
Católica	71,8	28
Evangélica	20,5	8
Não tem	5,1	2
Outras	2,6	1
	100	39
Ativo na religião		
Sim	66,7	26
Não	33,3	13
	100	39
Transporte		
Privado	59,0	23
Ônibus/Metro/Táxi	23,1	9
Público (SUS)	17,9	7
	100	39
Tipo de Residência		
Própria	79,5	31
Alugada	20,5	8
	100	39
Pessoas que moram na casa	3,54±1,68	(1-9)
Cor		
Parda	69,2	27
Negra	23,1	9
Branca	7,7	3
	100	39
Estado Civil		
Solteiro	7,7	3
Casado	69,2	27
Viúvo	17,9	7
Separado	5,2	2
	100	39

Atividade atual		
Aposentado	64,1	25
Auxílio doença	15,4	6
Pensionista	12,8	5
Ativo	5,1	2
Não tem	2,6	1
	100	39
Renda Familiar		
1 a 3 SM	46,2	18
4 a 6 SM	30,8	12
7 a 9 SM	10,3	4
0 a 12 SM	0	0
13 e acima	12,7	5
	100	39

SM = salário mínimo valor vigente em junho/julho - 2014 R\$ 724,00

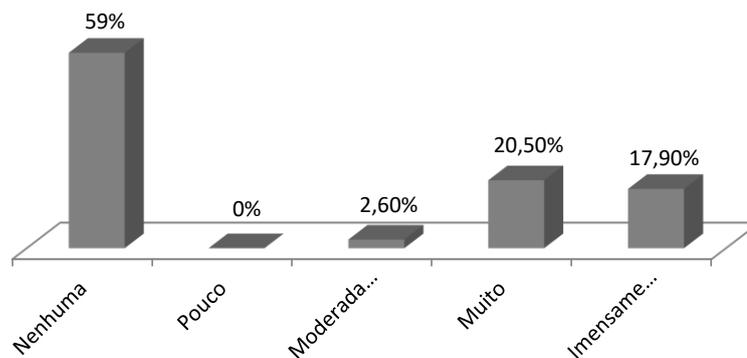
Quando questionados se conhecem a causa real da doença, evidenciou-se que 11 (28,2%) desconhecem e 28 (71,8%) idosos referiram ter conhecimento sobre a causa etiológica da doença, sendo as principais causas: hipertensão, em 14 (35,9%); diabetes, em 11 (28,2%); e 3 (7,8%) relataram outras causas, como: uso abusivo de anti-inflamatórios, contaminação por fungo e glomerulonefrite, em 1 (2,6%) cada um deles.

Quanto aos dados referentes ao tratamento, observou-se que os pacientes têm em média $53,56 \pm 53,15$ meses (1-240 meses) de tempo de terapia hemodialítica, com a frequência semanal média de diálise de $3,26 \pm 0,88$, variando de 2 a 6 sessões. A grande maioria (87,2%) dos idosos fazia três sessões por semana. O tempo médio de confecção da FAV foi de $45,59 \pm 45,66$, variando de 3 a 216 meses, sendo que em 21 (53,8%) não foi o primeiro acesso vascular e nos restantes 18 (46,2%) tratava-se do primeiro procedimento cirúrgico, ou seja, primeira FAV realizada para o tratamento hemodialítico.

No momento, 30 (76,9%) relataram que não apresentavam complicações com o acesso, enquanto 9 (23,1%) referiram já ter apresentado ou estar apresentando complicações sendo as mais comuns: hipofluxo 2 (22,2%), edema 2 (22,2%), trombose 2 (22,2%), descamação da pele 1 (11,1%) e 2 (22,2%) sangramentos excessivo pós-retirada das agulhas, foi possível observar que apesar de não haver relatos pelos idosos do aneurisma e pseudoaneurisma como uma complicação referida, até pelo desconhecimento desse sinal como uma complicação, muitos apresentam na sua FAV.

Quanto à limitação das atividades de vida diárias (gráfico 3), 23 (59%) informaram que o fato de possuírem uma FAV não trazia nenhuma limitação para o dia a dia, 8 (20,5%) que apresentavam muita limitação, 7 (17,9%) limitação intensa, 1 (2,6%) limitação moderada, e ninguém relatou ter pouca limitação.

Gráfico 2 – Limitação das atividades diárias de 39 idosos com FAV submetidos à hemodiálise, Taguatinga, DF, 2014



Percepção da autoimagem

Baseadas na escala de autoestima de Rosemberg e adaptadas à realidade do grupo de estudo em questão, ao questionarem percepções relacionadas à existência da fístula, foram feitas, inicialmente, perguntas referentes à própria percepção e autoestima pessoal com a coexistência da FAV, quantificando essa percepção em escalas numéricas.

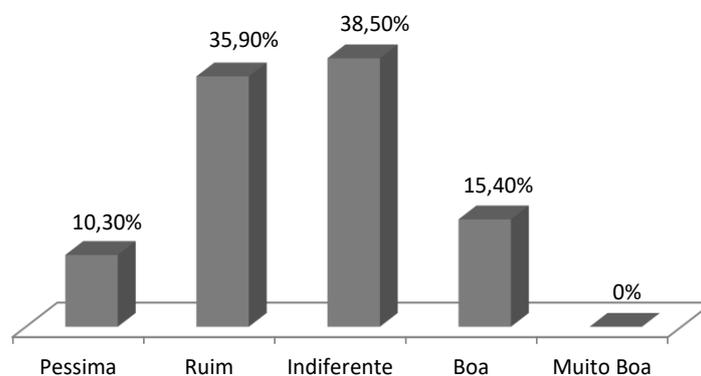
Obtivemos 37 participantes (94,9%) que disseram não se incomodarem com a FAV, uma vez que ela significava a possibilidade de suas sobrevivências.

Todos os (100%) idosos informaram que participavam de eventos sociais sem problemas ou constrangimentos.

Quando questionados se concordavam que a presença da FAV era motivo de vergonha do próprio corpo, 35 (87,4%) disseram que discordavam totalmente, 3 (7,7%) concordavam plenamente e 1 (2,6%) respondeu que lhe era indiferente.

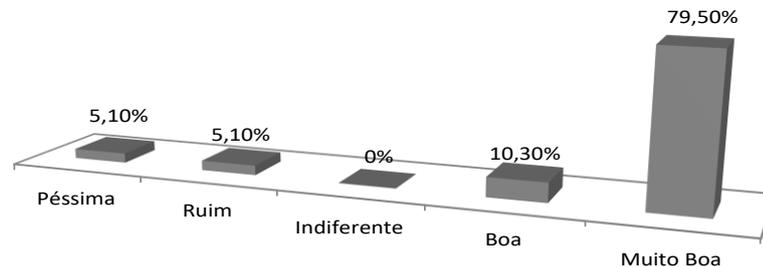
O gráfico 3 apresenta a percepção que os idosos tiveram em relação à imagem que os outros têm, quando veem o aspecto da FAV.

Gráfico 3 – Imagem do outro sobre a FAV em 39 idosos, Taguatinga, DF, 2014



Variando a nota de 1 a 5, quando foi classificado, no comando do item: 1- péssima; 2- ruim; 3- indiferente; 4- boa e 5- muito boa, questionados sobre a nota que dariam hoje para sua AI (gráfico 5), 31 dos entrevistados (79,5%) têm uma imagem corporal muito boa; 4 (10,3%) boa; 2 (5,1%) ruim; e 2 (5,1%) péssima.

Gráfico 4 – Percepção da imagem corporal sobre a FAV em 39 idosos, Taguatinga, DF, 2014



Na sequência, os idosos foram questionados sobre a utilização de vestimentas com o intuito de tampar a FAV, bem como questões se havia incômodo com relação à própria percepção e a dos outros sobre a fístula, e a participação em eventos sociais. Afirmaram não se preocuparem em tampar a fístula com roupas de manga longa ou outros acessórios 34 (87,2%), e estes mesmos idosos afirmaram que a fístula não atrapalhava sua percepção corporal. Todavia, 5 (12,8%) cobrem a fístula com roupas de manga longa.

Na pergunta aberta e final utilizada na investigação do significado da FAV na vida destes pacientes, foram encontradas respostas com diferentes significados. Foram avaliados, em sua maioria, como positivos, ou seja, 15 (38,5%) dos idosos afirmaram que a FAV significava tudo; 10 (26%) que era uma forma de sobrevivência; 9 (23%) que ela era importante; 3 (8%) a percebiam como boa; e 1 (2,6%) a definiu como saúde; apenas 1 (2,6%) paciente considerou a FAV horrível.

Discussão

O procedimento de hemodiálise só é possível com a confecção de um acesso vascular adequado (MS, 2012). Pela alta indicação de um procedimento

relevante na realização da terapia, a FAV é um instrumento fundamental para uma sobrevida com mais qualidade.

Entretanto, autores relatam que a FAV pode ser vista como um fator limitante no dia a dia dos indivíduos com DRCT, em função das dificuldades com o trabalho, além do autocuidado e impor limitações e prejudicar a AI, mas ela também é vista como necessária para a sobrevivência, por ser o acesso venoso mais indicado para realização da hemodiálise (Pinheiro, 2004).

Neste estudo, 59% dos idosos afirmaram que o fato de possuírem uma FAV não trazia nenhuma limitação para o seu dia a dia; enquanto 20,5% referiram que trazia muita limitação; e 17,9% que os limitava imensamente. Entre as maiores limitações referidas, estava em pegar peso com o membro com a FAV, recomendação dada pelo profissional de saúde para evitar a perda do acesso. Assim, a sensibilidade de um cuidado não deve ser confundida com limitação.

Para favorecer a qualidade da hemodiálise do indivíduo, se faz necessária a expressiva aceitação do doente quanto à presença da FAV, uma vez que se trata de acesso de primeira escolha e o mais efetivo na manutenção da qualidade de vida. Assim, para manutenção e preservação deste, é primordial a aplicação de cuidados no cotidiano desses idosos, como relatado no trabalho atual por esses idosos, por depender dela para sua sobrevivência, expresso na verbalização de alguns pacientes como o relato de P2 que evidencia o valor da FAV na preservação da sua vida e a classifica como uma joia.

O paciente desempenha importante papel para o sucesso do acesso vascular, desde sua indicação até a sua preservação. Quando este for indicado, torna-se essencial que seja merecedor de todos os cuidados, mesmo antes de sua realização. Assim, o paciente deve preservar o membro escolhido para o procedimento de FAV, com cuidados como lavagem antes de punções, compressões, tricotomia, exercícios, avaliar sangramentos e presença de frêmitos, observar o local da FAV, não permitir punção venosa, não permitir administração de medicamentos e não aferir pressão arterial no membro. Estes são cuidados importantes para a preservação de um acesso pérvio e duradouro (Carpenito, 2003).

Entre os idosos amostrais, 76,9% referiram não apresentar no momento complicações com o acesso; enquanto 28,2% referiram já ter apresentado ou estar apresentando complicações.

Sabe-se que a FAV, além de problemas associados às alterações estéticas e limitações de atividades diárias, pode ser acometida por outras complicações como: hipofluxo, sangramentos excessivos pós-retirada das agulhas, edema, aneurismas e pseudoaneurismas, o que foi evidenciado em alguns indivíduos. Estes dados estão em concordância com a literatura, que apontou como as principais complicações da FAV as seguintes: mau funcionamento, baixo fluxo, estenose, trombose, isquemia da mão, infecção, aneurisma e pseudoaneurisma. Estas situações deverão ser acompanhadas, pois são fatores intimamente relacionados à mortalidade desses pacientes (Carpenito, 2003).

Em estudo realizado, questionando-se pacientes com DRCT, sobre as vantagens e desvantagens da FAV, observou-se relação positiva quanto à substituição do cateter na veia jugular por uma FAV, pois esta mudança acarretou melhor qualidade de vida e estética corporal, assim como restabelecimento de algumas necessidades humanas básicas, tranquilidade e liberdade (Smeltzer, & Bare, 2002). No trabalho atual, foi percebido, nos diálogos, que os idosos compartilham da mesma experiência na substituição do cateter pela FAV, afirmando, quando questionados quanto ao significado da FAV, que esta era fundamental, melhor que o cateter, conforme expressões apresentadas nos resultados acima.

A FAV trouxe alguma limitação nas atividades diárias em 41% dos idosos estudados. Estes dados estão em concordância com outro estudo, nos quais os pacientes atribuíram como malefícios da FAV: abandono das atividades de lazer; punções sucessivas; e alterações na aparência física devido às cicatrizes e aos aneurismas, ocasionando olhar preconceituoso e curioso das pessoas e, muitas vezes, discriminatório, o que gerava, em algumas situações, constrangimento e vergonha. Entretanto, quando comparados, a FAV e o cateter, os pacientes mostram preferência pela FAV, pois o cateter é dispositivo implantado na veia ficando exteriorizado, o que compromete ainda mais a imagem corporal (Smeltzer, & Bare, 2002).

Diante da FAV, as cicatrizes e, por vezes, os aneurismas provocados por ela causam comprometimento da AI dos pacientes, podendo causar sofrimento o que, na maioria das vezes, não é verbalizado.

Ao investigarmos o significado da FAV para esses idosos, foi expresso, por meio de relatos, os sentimentos de valorização desse acesso. As definições expressas pelos pacientes pela FAV foram: “*é tudo*”, “*é importante*”, “*é boa*”, e “*é saúde que impacta sobre a maneira de alcançar a sobrevivência*”. Relatos que corroboram outros estudos que apontam que, em muitas situações, sentimentos demonstrados pelos pacientes como amor, esperança, e necessidade da FAV, surgem devido à conscientização da importância desta para o tratamento que prolonga suas vidas (Fechine, & Trompieri, 2012).

Quanto ao significado, por meio dos vários relatos com valores de um ponto positivo a um negativo, dois foram essencialmente marcantes; em seu diálogo a esse respeito, uma idosa afirma: “*quando eu tomo banho, a primeira coisa que eu lavo é ela, faço massagens nela, quando eu oro, eu falo: Jesus, a fístula não é minha, é tua, e finaliza: eu já consagrei ela.*” (P25). Chama a atenção principalmente por se tratar de uma idosa com deficiência visual, há sete anos em terapia hemodialítica, e que representou com palavras repletas de emoção os seus cuidados com a FAV, em uma situação rotineira como o banho. Nota-se visivelmente a importância que ela dá a este instrumento, bem como o valor para sua vida.

Por outro lado, tivemos um idoso que afirmou ser a FAV horrorosa, expressando um sentimento de revolta em suas palavras, estando apenas por quatro meses em terapia.

Não obstante, podemos inferir que o tempo de terapia pode estar diretamente associado à aceitação/conformação do indivíduo a esse tratamento. Estas são posições contrárias evidenciadas no cotidiano dos profissionais de saúde que atendem a esses clientes, em que, de um extremo a outro, encontramos pacientes, sendo que uns se adaptam facilmente, outros apenas se conformam diante daquele irremediável, e outros que se revoltam por terem que se submeter à terapia. Daí, sentimos a necessidade de atenção, por parte da equipe de saúde, com o objetivo de identificar as necessidades de cada indivíduo na sua integralidade,

uma vez que cada um possui características particulares, diferentes, quanto ao enfrentamento, à aceitação, e ao suporte social e familiar, encarando, entretanto, a mesma necessidade, a hemodiálise.

Em uma pesquisa, os autores procuraram identificar as mudanças ocasionadas pela FAV em relação à percepção da AI em pacientes com DRCT com tratamento hemodialítico e, assim, entender as suas preocupações. Em suas falas, os pacientes estudados mencionaram sua insatisfação por mudanças físicas causadas pela FAV como: aneurisma, edema, frêmito e hematomas, destacando o incômodo por parte dos pacientes que têm a sua estrutura normal do “membro deformada”, o que repercute em sua AI. Quando a percepção da imagem corporal é modificada, ocorre sensação de estranheza do próprio corpo e, este estigma impede a desconexão entre a doença e a pessoa. Estes autores identificaram o incômodo advindo do estigma social frente à FAV, pois essa postura tem grande influência no cotidiano desses indivíduos e eles têm incômodo com o fato de conter uma FAV, sentindo-se inferiorizados e vítimas de preconceito, comparados às pessoas saudáveis, o que lhes acarreta sentimentos negativos, levando ao comprometimento das relações sociais, em consequência da tristeza, da tentativa de isolamento e da vergonha (MSW, 2012).

O perceber diferente e curioso do outro pode ser criação do imaginário do doente, que elabora uma AI, a partir de como ele se percebe, e de como observa a percepção do outro acerca de si. O sentimento de vergonha, muitas vezes, ocorre porque a identidade da pessoa constrói-se a partir de um corpo íntegro e completo, e quando esse corpo se modifica, surgem profundas modificações na identidade pessoal, gerando conflitos emocionais (Smeltzer, & Bare, 2002).

Contudo, no presente estudo, foi observado que 87,4% dos idosos entrevistados não sentiam vergonha do corpo pela presença da FAV, o que é significativamente positivo, pois favorece a manutenção das relações interpessoais, remetendo-se ao conceito de resiliência, na qual o indivíduo tem a capacidade de se adaptar às adversidades. Infere-se que a resiliência é definida pela capacidade de o indivíduo ou da família enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las (Trentini, Corradi, Raposo, & Camila (2004).

Apesar do grande número de idosos que não sentem vergonha do corpo, alguns deles dizem se deparar com situações de constrangimento e dúvidas, com expressões apresentadas não só por desconhecidos, mas até por familiares.

Por conseguinte, é necessário o apoio profissional a estes idosos, para que saibam enfrentar estas situações que podem gerar angústias e conflitos, e que devem ser trabalhadas com muito cuidado, para não acarretar traumas e prejuízos nas relações sociais e, até mesmo, um reflexo negativo na adesão ao tratamento. Vale ressaltar que as relações sociais, com uma rede de apoio consolidada, são essenciais para a qualidade de vida desses indivíduos, fortalecendo os vínculos e impactando positivamente no seu dia a dia.

Encontraram-se 87,2% dos pacientes não preocupados com a aparência com que a FAV é percebida pelo outro, afirmando estes que a FAV não refletia negativamente em sua percepção corporal. A aparência transmitida, ou mesmo a forma como as pessoas a olhavam, não tinha grande relevância, uma vez que a FAV era vista por eles como instrumento essencialmente necessário para sua sobrevivência. Por isso, esses indivíduos não utilizavam qualquer estratégia para esconder a FAV de outras pessoas. Por outro lado, dos 12,8% que se preocupam com essa imagem, ao relacionarmos o fator tempo, parece refletir o sentimento de constrangimento, pela presença da fístula; 60% dos pacientes que referiram usar roupas para escondê-la tem menos de 24 meses de terapia; e os demais 40% têm, além do dobro do tempo de tratamento, ou seja, esses pacientes com mais tempo suas FAV eram mais antigas e, desse modo, maiores eram as chances da presença de aneurismas. Em contrapartida os que tinham por menos tempo as FAV, eram mais jovens, e era menor a chance da presença de aneurismas, do que podemos inferir que a aceitação da FAV no corpo tem uma relação mais direta do que o tempo de terapia com a mesma.

Os resultados da pesquisa atual mostraram que nenhum idoso deixava de participar de eventos sociais por ter uma FAV, fossem eles, religiosos, confraternizações, familiares ou viagens.

Dos idosos, 79,5% referiram uma autoimagem muito boa e apenas 5,1% referiram uma imagem péssima. Quando questionados quanto à importância dessa percepção vista por outras pessoas, para 38,5% desses idosos é indiferente à

percepção das pessoas que os rodeiam quanto à FAV, pois o mais importante neste processo é ter um bom acesso. Contudo, nenhum deles acredita que as outras pessoas tenham uma visão boa da FAV no seu corpo, embora demonstrem não estarem preocupados com essa presença.

No estudo atual, percebeu-se que os idosos não tinham a autoimagem influenciada pela presença da FAV, o que refletiu positivamente nas relações pessoais, no estabelecimento de vínculos e na sua qualidade de vida.

No nosso meio, são criados rótulos, estigmatizando e anulando a individualidade das pessoas, considerando-as como portadoras de doenças e classificando-as segundo sua patologia (Ramos, Jorge, Queiroz, & Santos, 2008). Os discursos dos pacientes são importantes, sendo imprescindível que os profissionais de saúde percebam os seus significados e procurem entender o sentido das narrações, apreendendo-as como meios que facilitam a discussão e a reflexão profissional para uma melhor assistência a estes pacientes e, assim, amenizar seu sofrimento (Turra, 2001). É necessário que os profissionais de saúde voltem a atenção a essa população com o objetivo de minimizar os riscos, uma vez que a FAV é intitulada como a melhor opção de acesso.

Considerações Finais

A FAV é um instrumento necessário para a manutenção de um efetivo tratamento hemodialítico, sendo percebida pela maioria dos idosos amostrais como o veículo de sobrevivência necessário para manutenção de suas vidas.

O idoso com FAV submetido à hemodiálise não apresentou repercussões negativas significativas, quanto à percepção de sua imagem corporal, o que favorece suas relações interpessoais e a manutenção de uma rede de apoio, contribuindo para sua melhor qualidade de vida.

A idade e o tempo de terapia parecem ter representatividade importante na aceitação do indivíduo ao tratamento hemodialítico. Por meio de diálogos, percebeu-se a relação de dependência dos pacientes com a FAV. Os sentimentos expressos pela maioria foram de amor, carinho, cuidado, necessidade e medo de

perdê-la, sentimentos que somente podem ser compartilhados por indivíduos que vivenciam a mesma situação, porque, apesar de muitos desses pacientes acharem que ter uma FAV é ruim, para eles, terem um catéter é muito pior.

Percebeu-se que os idosos não se deixavam influenciar por opiniões, preconceitos ou visões de outras pessoas com relação à formação do seu autoconceito de imagem corporal, pois, para eles, o essencial é a manutenção de um bom acesso vascular para otimização do tratamento, o que os impacta positivamente na forma de enfrentamento das adversidades vivenciadas por eles.

Os dados encontrados permitirão que os profissionais de saúde que atuam nessa área tenham a capacidade de identificar os problemas nos doentes e conduzi-los da forma mais harmônica possível, a fim de minimizar os danos aos indivíduos que, desta ferramenta, necessitam para manutenção de suas vidas, assim como favorecendo a redução dos estereótipos construídos acerca das pessoas envolvidas. Esperamos que, com a realização deste estudo, tenhamos contribuído com a comunidade científica, e vale lembrar que se fazem necessárias mais pesquisas com essa temática, inclusive comparando a percepção entre adultos e idosos no mesmo contexto terapêutico.

Referências

- Bastos, R. M. R. (2009). Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(1), 40-44. Recuperado em 1 abril, 2009, de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n1/v55n1a13>.
- Besarab, A., & Raja, R. M. (2003). Acesso vascular para hemodiálise. *Manual de diálise* (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Medsi.
- Cabral, L. C. (2013). A percepção dos pacientes hemodialíticos frente à fístula arteriovenosa. *Revista Interdisciplinar*, 6(2), 15-25. Recuperado em 1 abril, 2013, de: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/43/>.
- Carpenito, L. J. (2003). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. (9ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dini, G. M. (2001). Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do questionário de autoestima de Rosenberg. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- Diniz, D. P. (2006). Aspectos psicológicos envolvidos nos pacientes com patologias renais. *Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento*. (3ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fermi, M. R. V. (2010). *Diálise para enfermagem: guia prático*. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20), 106-132. Recuperado em 1 janeiro, 2012, de: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>
- Franco, M. R. G., & Fernandes, N. M. S. (2013). Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI - revisão narrativa. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 35(2), 132-141. Recuperado em 1 fevereiro, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a09>.
- Furtado, A. M., & Lima, F. E. T. (2006). Conhecimento dos clientes em tratamento de hemodiálise sobre a fístula arteriovenosa. *Revista Rene*, 7(3), 15-25. Recuperado em 1 setembro, 2006, de: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5418/3950>.
- Gouveia, V. V., Singelis, T., & Coelho, J. A. P. (2002) Escala de autoimagem: comprovação da sua estrutura fatorial. *Revista de avaliação psicológica*, 1(1), 49-59. Recuperado em 1 junho, 2002, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000100006.
- Lima, A. F. C., & Gualda, D. M. R. (2001). História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Revista Escola Enfermagem USP*, 35(3), 235-241. Recuperado em 1 agosto, 2001, de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/595>.
- Koepe, G. B., & Araújo, S. T. C. (2008). A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula arteriovenosa em seu corpo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 147-151. Recuperado em 1 agosto, 2008, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a02v21ns>.
- Madeiro, C. A. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 546-551. Recuperado em 1 abril, 2010, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16>.
- Ministério da Saúde. (2012). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 1 dezembro, 2012, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. Recuperado em 1 abril, 2010, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>.

- Ramos, I. C., Jorge, M. S. B., Queiroz, M. V. O., & Santos, M. L. O. (2008). Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Scientiarum, Health Sciences*, 30(1), 73-79. Recuperado em 1 julho, 2008, de: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099>.
- Silveira, N. D. R., Canineu, P. R., & Reis, A. A. (2011). Vivências e aprendizagens do paciente idoso na rotina da hemodiálise. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós- Gerontologia*, 14(2), 95-110. Recuperado em 1 junho, 2011, de: <https://revistas.pucsp.br/indez.php/kairos/article/download/8209/6109>.
- Spinola, T. D., & Gonçalves, V. M. S. (2013). Percepção de pacientes com insuficiência renal crônica quanto à interferência da fístula arteriovenosa em seu cotidiano. *Revista Enfermagem Integrada*, 5(2), 977-986. Recuperado em 1 abril, 2013, de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/43>.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (9ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Trentini, M., Corradi, E. M., Raposo, M. A. A., & Camila, F. T. (2004). Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(1), 74-82. Recuperado em 1 janeiro, 2014, de: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71413111>.
- Turra, K. (2001). As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida de adultos: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, 6(1), 32-36. Recuperado em 1 janeiro, 2001, de: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/44902/27334>.

Recebido em 23/12/2018

Aceito em 30/03/2019

Fabrcia Silvino Machado – Enfermeira. Mestre em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF.

E-mail: fabriciasilvino16@yahoo.com.br

Conrado Carvalho Horta Barbosa – Médico. Mestrando de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz. Professor assistente do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF.
E-mail: conradochb@yahoo.com.br

Patrícia Galdino de Andrade Wollmann – Enfermeira. Doutoranda de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília.
E-mail: patricia.wollmanndf@gmail.com

Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa - Docente do Curso de Medicina, UNIEURO. Supervisora do Programa Mais Médicos do DF. Médica de Família e Comunidade. CRM-DF 18036. Mestranda, FIOCRUZ.
E-mail: pathymello@gmail.com

Lucy Gomes – Médica. Professora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, da Universidade Católica de Brasília.
E-mail: lucygomes2006@hotmail.com