

## Características sociodemográficas e clínicas de pacientes em terapia hemodialítica

### Sociodemographic and clinical characteristics of patients in hemodialysis therapy

Clarice Santana Milagres<sup>1</sup> 

Juliana Furlan Ravagnani<sup>2</sup> 

Aline Scharr Rodrigues<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Autora para correspondência. Universidade Estadual de Campinas (Campinas). São Paulo, Brasil. claricemilagres01@gmail.com

<sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Campinas). São Paulo, Brasil. jravagnani@hc.unicamp.br

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. aline\_scharr@hotmail.com

**RESUMO | OBJETIVO:** Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em terapia hemodialítica e analisar a dor na aplicação da técnica de *Buttonhole*. **MÉTODO:** estudo descritivo quantitativo, realizado em um serviço de nefrologia privado, utilizando uma entrevista semiestruturada para a caracterização sociodemográfica de saúde e autopercepção de saúde em relação à DRC, tratamento hemodialítico e técnica de *Buttonhole*, com amostra selecionada por conveniência. **RESULTADOS:** a média de idade dos 26 participantes do estudo era 60 anos ( $\pm 13,5$ ), predominando o sexo masculino (73,1%). Com relação às doenças prévias, 84,6% tinha hipertensão arterial e 38,5% diabetes. Quanto à avaliação do estado de saúde, 54,4% referiam boa ou muito boa, entretanto, 69,2% e 65,4% referiam como pior ou muito pior quando equiparado com pessoas da mesma faixa etária e em relação ao ano anterior, respectivamente. Entre os participantes, 23 (88,5%) possuíam fístula arteriovenosa e, dentre estes, 9 (39,1%) foram submetidos a técnica de *Buttonhole* e 55,6% apresentaram escore para dor relacionada à punção da FAV de até 2. **CONCLUSÃO:** este estudo apresentou amostra prevalentemente masculina, hipertensa e diabética. Os pacientes submetidos à técnica de *Buttonhole* apresentaram escore de até 2 para dor na punção, demonstrando que a implementação da técnica nesta população pode contribuir para melhorias no tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise. Fístula Arteriovenosa.

**ABSTRACT | OBJECTIVE:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) undergoing hemodialysis and to analyze pain in the application of the *Buttonhole* technique. **METHOD:** A quantitative descriptive study, carried out in a private nephrology service, using a semi-structured interview for sociodemographic health characterization and self-perception of health about CKD, hemodialysis treatment, and the *Buttonhole* technique, with a sample selected by convenience. **RESULTS:** The mean age of the 26 study participants was 60 years ( $\pm 13.5$ ), with a predominance of males (73.1%). Regarding previous diseases, 84.6% had arterial hypertension, and 38.5% had diabetes. As for the assessment of health status, 54.4% reported good or very good, however, 69.2% and 65.4% reported it as worse or much worse when compared to people of the same age group and concerning the previous year, respectively. Among the participants, 23 (88.5%) had an arteriovenous fistula and, among these, 9 (39.1%) underwent the *Buttonhole* technique, and 55.6% had a score for pain related to AVF puncture of up to 2. **CONCLUSION:** This study presented a predominantly male, hypertensive, and diabetic sample. Patients undergoing the *Buttonhole* technique had a score of up to 2 for puncture pain, demonstrating that the implementation of the technique in this population can contribute to improvements in treatment.

**KEYWORDS:** Chronic Kidney Failure. Hemodialysis. Arteriovenous fistula.

Submetido 23/05/2022, Aceito 28/09/2022, Publicado 30/11/22

Rev. Enferm. Contemp., Salvador, 2022;11:e4639

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4639>

ISSN: 2317-3378

Editoras responsáveis: Cátia Palmeira e Tássia Macêdo

Como citar este artigo: Milagres CS, Ravagnani JF, Rodrigues AS.

Características sociodemográficas e clínicas de pacientes em terapia hemodialítica. Rev Enferm Contemp. 2022;11:e4639. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4639>

org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4639



## Introdução

As estatísticas apontam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e as Doenças Crônicas Incapacitantes (DCI) têm ganhado proporção significativa mundialmente e tornando-se problemas de saúde pública. Entre as DCNT, destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC), que desponta entre uma das mais incidentes neste cenário de mudanças epidemiológicas. A DRC exige dos profissionais da área da saúde uma constante busca de conhecimento para realizar um atendimento com qualidade devido ao aumento da morbimortalidade dessa população.<sup>1,2</sup>

No Brasil, aproximadamente 12 milhões de pessoas apresentam algum grau de Insuficiência Renal (IR), podendo ser crônica ou aguda, e, deste total, aproximadamente 130 mil pessoas são renais crônicos e dependem de diálise para sobreviverem.<sup>3,4</sup> A DRC apresenta alterações glomerulares, tubulares e endócrinas, dessa forma sendo denominada como uma variedade de nefropatias, levando à perda da função renal de forma progressiva e irreversível, tornando os rins incapazes de realizarem suas funções adequadamente. Dentre os tratamentos para a DRC está a Terapia Renal Substitutiva (TRS), que engloba a Diálise Peritoneal (DP) e a Hemodiálise (HD), sendo esta última considerada nos dias atuais como a terapêutica de maior alcance e rapidez, capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as alterações do meio interno por meio de um dialisador denominado capilar.<sup>4-6</sup>

Segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2020, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), há uma tendência de crescimento do número de pacientes com DRC em cerca de aproximadamente 3,6%, enquanto a prevalência desta doença está em torno de 2,9%; nesse sentido, observando-se um aumento do número de pacientes em terapia dialítica, sendo a taxa de prevalência de 684 por milhão da população, sugerindo uma maior facilidade de acesso à TRS para pacientes com DRC.<sup>7</sup>

Para o tratamento hemodialítico, faz-se necessário um acesso definitivo ou temporário, sendo a Fístula Arteriovenosa (FAV) o preferencial, uma vez que fornece fluxo sanguíneo adequado, meia-vida longa apresentando maior durabilidade e menor índice de infecções e complicações. Apesar das vantagens apresentadas, diversos fatores podem influenciar na sobrevida do acesso vascular em hemodiálise, tais

como características inerentes aos pacientes, tipo de terapia dialítica e técnica cirúrgica, além do procedimento de canulação. Logo, a técnica de punção da FAV deve ser segura para manter o acesso vascular pérvio pelo maior tempo possível.<sup>8</sup>

Existem três métodos distintos de punção de FAV: regional, Rope Ladder (RL) e *Buttonhole*. No método regional, as agulhas são inseridas na mesma região; no método RL ocorre a rotação do sítio de punção definindo uma distância a partir da punção anterior ao longo do acesso vascular; e, no *Buttonhole*, as agulhas são inseridas no mesmo local, ângulo e profundidade, formando um túnel subcutâneo que será puncionado posteriormente com agulha romba.<sup>8</sup>

As recomendações para a realização da técnica de *Buttonhole* ainda têm recebido reduzida atenção e, conseqüentemente, uma falta de conhecimento para ser aplicado junto aos responsáveis pelas punções. Ressalta-se que falhas de punção podem contribuir para o aumento da morbimortalidade em diálise. Vê-se que tal técnica apresenta potencial de reduzir a sensibilidade à dor dos pacientes nas punções de FAV, uma vez que a agulha utilizada apresenta ponta arredondada e sem corte, além de não serem utilizados novos sítios de punção, devido ao túnel já formado.<sup>9,10</sup>

Os profissionais envolvidos em diálise apresentam um papel de fundamental importância junto ao paciente renal crônico em tratamento, uma vez que realizam cuidados diversos, sendo agentes facilitadores da adaptação do indivíduo a este tratamento, auxiliando e realizando a educação em saúde tão necessária à terapia hemodialítica.<sup>9</sup>

Diante disso, o presente estudo buscou descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com Doença Renal Crônica em terapia hemodialítica e analisar a dor na aplicação da técnica de *Buttonhole*.

## Método

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um serviço privado de nefrologia, localizado no interior do Estado de São Paulo, com capacidade de atendimento de 34 pacientes.

Como critérios de inclusão, aplicou-se: participantes com DRC em hemodiálise há no mínimo seis meses

de tratamento, maiores de 18 anos e submetidos à técnica de punção *Buttonhole* em FAV. Foram excluídos pacientes que utilizavam outros tipos de acesso vascular (temporário ou permanente) para realizar o tratamento hemodialítico.

A seleção da amostra foi por conveniência, sendo realizado o convite de participação a todos os integrantes do programa de tratamento de substituição renal do local de pesquisa. Dentre os 34 pacientes que realizaram tratamento hemodialítico no referido serviço de nefrologia, 26 participaram deste estudo, representando 76,5% do total. Contudo, entre os 26 participantes, apenas 9 (39,1%) foram submetidos à punção de FAV pela técnica de *Buttonhole*.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e novembro de 2018, por uma das pesquisadoras e também enfermeira deste serviço de nefrologia, no qual foi devidamente habilitada para realizar a técnica corretamente durante a sessão de hemodiálise com o procedimento dialítico estável. Os questionários, também aplicados por ela, foram distribuídos em um local restrito do serviço, anteriormente à sessão de hemodiálise, e apresentou um tempo de aplicação de aproximadamente 20 minutos.

Foi realizado um contato prévio junto aos pacientes nas sessões que antecederam as coletas de informações, no qual foram apresentadas a pesquisa e esclarecidas eventuais dúvidas que por ventura surgissem, além da obtenção da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desta forma, foi solicitado aos participantes da pesquisa que estivessem no serviço cerca de 60 minutos antes da sessão de hemodiálise, a fim de receberem as instruções necessárias, assinarem o TCLE e serem coletadas as informações inerentes à pesquisa, sendo realizado apenas um encontro neste formato.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com a aplicação de um questionário semiestruturado para a caracterização sociodemográfica, clínica, saúde e autopercepção de saúde em relação à DRC, variáveis de tratamento hemodialítico e da técnica de *Buttonhole*. As variáveis sociodemográficas foram: faixa etária (até 59 anos e 60 anos ou mais), sexo (masculino e feminino), etnia (caucasiana, negra e parda), escolaridade (até 3 anos, 4 anos ou mais e possui graduação), estado civil (casado, separado/divorciado, solteiro e viúvo), trabalha atualmente (não e sim) e religião (católica e evangélica).

A caracterização de saúde incluiu problemas de saúde autorrelatados já com diagnóstico médico prévio no último ano anterior à entrevista, como: presença de hipertensão arterial (não e sim), presença de diabetes mellitus (não e sim), presença de depressão (não e sim), presença de dislipidemia (não e sim), presença de cardiopatias (não e sim), presença de neoplasias (não e sim); número de doenças autorrelatadas (até 2 e, 3 ou mais). A autoavaliação da saúde geral se deu por meio das três respostas padronizadas (muito ruim ou ruim, regular e boa ou muito boa), a avaliação de saúde geral comparada aos demais pacientes com DRC em tratamento hemodialítico (muito pior ou pior, regular e melhor ou muito melhor) e avaliação de saúde geral comparada há 1 ano (muito pior ou pior, regular e melhor ou muito melhor).

As variáveis relacionadas ao tratamento hemodialítico e técnica de *Buttonhole* foram: diagnóstico inicial (nefroesclerose hipertensiva, nefropatia diabética e outras), entrada no serviço de TRS (Insuficiência Renal Aguda - IRA e DRC), tipo de acesso vascular (FAV, permcath e cateter duplo lúmen - CDL), apresenta aneurisma de FAV (não e sim), aplica a técnica de *Buttonhole* (não e sim) e mensuração da intensidade de dor usando a Escala Visual Analógica (EVA) (até 3, 3 a 5, 6 a 8).<sup>11</sup> A avaliação da dor no momento da punção foi verificada durante a fase de tunelização com agulha cortante e de punção em *Buttonhole* com agulha romba. Para melhor entendimento e padronização da resposta era explicado ao paciente que uma nota entre 0 e < 2 indicava ausência de dor até muito pouca dor; entre > 3 e < 5 dores leve; entre > 6 e < 8 dores moderada a forte. Na fase de tunelização, a escala para avaliação da intensidade da dor foi aplicada a cada três sessões de HD e na fase de casa de botão a cada cinco sessões de HD.<sup>9</sup>

Aplicação da técnica de *Buttonhole*: durante a fase de tunelização, as punções foram realizadas pela mesma enfermeira e idealizadora deste estudo, utilizando uma agulha cortante 16G. Os locais da FAV com dilatações aneurismáticas não foram selecionados para tunelização. Após rigorosa antissepsia da fístula com clorexidina aquosa a 0,5%, se necessário, a crosta da punção anterior era removida com a ponta da agulha que, a seguir, era introduzida na fístula obedecendo sempre a mesma angulação. O tempo médio previsto no protocolo para criação do túnel foi de dez a quinze sessões de hemodiálise, entretanto, a punção poderia reduzir ou aumentar esse prazo de acordo com sua impressão pessoal.<sup>12</sup>

Após a tunelização, os pacientes inseridos neste estudo passaram a ser puncionados com agulha romba 16G seguindo as mesmas orientações da fase de tunelização. Durante a fase de punção foi permitido à puncionadora executar a punção da FAV com agulha cortante, de acordo com a resistência observada na punção da fístula na diálise anterior. Essas punções com agulha cortante foram realizadas com o objetivo de reavivar o túnel com o menor trauma possível. O tempo estabelecido no protocolo para utilização e avaliação da técnica de punção em casa de botão foi de dez sessões consecutivas de HD. Todos os participantes eram submetidos a três sessões de hemodiálise por semana com duração de quatro horas. Durante as sessões de diálise, o fluxo de sangue foi de 400 ml/min e o fluxo de dialisato de 500 ml/min. As concentrações de sódio, potássio, cálcio e bicarbonato no dialisato eram de 138; 2,0; 3,5 e 36 mEq/L, respectivamente. O filtro de diálise utilizado foi de polissulfona de alto fluxo. Durante o estudo não foi realizada qualquer alteração na prescrição da diálise.

Para o armazenamento dos dados foi utilizado o software Office, Excel versão 2013 e para análise de dados foi utilizado o software Stata versão 9.0. Na estatística dos dados, foi realizada uma análise descritiva para verificar a distribuição das variáveis do estudo, na qual algumas delas foram dicotomizadas de acordo com sua distribuição e foram apresentadas a distribuição de frequências.

Foi solicitada à coordenação do serviço de nefrologia a autorização para a coleta de dados, conforme

determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. A autorização para a coleta de dados e o projeto foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hermínio Ometto (FHO) e à Plataforma Brasil, apresentando CAAE 83217517.0.0000.5385 e aprovação nº 2.541.048.

No momento do convite para participar da pesquisa foi apresentado ao paciente o TCLE, com informações claras, objetivas e simples sobre o intuito da pesquisa, garantia do sigilo e direito de exclusão em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O TCLE foi elaborado em duas vias, no qual uma ficou com a pesquisadora e uma com o participante da pesquisa, com o nome e telefone dos responsáveis pelo estudo.

## Resultados

Dentre os 26 pacientes que aceitaram participar deste estudo, os homens representaram 73,1% da amostra total. A média da idade foi de 60,1 anos ( $\pm 13,5$ ), sendo a mínima de 32 anos e máxima de 81 anos. De acordo com a tabela 1, a amostra dos pacientes pesquisados apresentou maior proporção de caucasianos (92,4%), escolaridade acima de 4 anos de estudo (73,1%), casados (61,5%). Aproximadamente 88% relataram não trabalhar, enquanto todos relataram possuir alguma religião, dos quais 84,6% são católicos.

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas de pessoas em tratamento hemodialítico em um serviço de nefrologia. Araras, São Paulo, Brasil - 2018. (N=26)

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária</b>		
Até 59 anos	13	50
60 anos ou mais	13	50
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	73,1
Feminino	7	26,9
<b>Etnia</b>		
Caucasiana	24	92,4
Negra	2	7,6
<b>Escolaridade</b>		
Até 3 anos	1	3,8
4 anos ou mais	19	73,1
Possui graduação	6	23,1
<b>Estado Civil</b>		
Casado	16	61,5
Separado/Divorciado	3	11,5
Solteiro	3	11,5
Viúvo	4	15,5
<b>Trabalha atualmente</b>		
Não	23	88,5
Sim	3	11,5
<b>Religião</b>		
Católica	22	84,6
Evangélica	4	15,4

Fonte: As autoras (2018).

Na amostra, 84,6% apresentaram hipertensão arterial e 19 (26,9%) relataram possuir cardiopatias. Houve maior número de pacientes que autorrelataram até duas doenças. Os dados referentes à avaliação da saúde quando comparada a outros com DRC em tratamento hemodialítico na mesma idade e avaliação da saúde quando comparada a um ano atrás, foi autopercebida pela amostra como muito pior ou pior, correspondendo à 69,2 % e 65,4%, respectivamente. No entanto, a avaliação de saúde geral autopercebida foi considerada boa ou muito boa em 54,4% dos pesquisados (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis clínicas e percepção de saúde de pessoas em tratamento hemodialítico em um serviço de nefrologia. Araras, São Paulo, Brasil - 2018. (N=26)

Variáveis	N	%
<b>Presença de hipertensão arterial</b>		
Não	4	15,4
Sim	22	84,6
<b>Presença de Diabetes Mellitus</b>		
Não	16	61,5
Sim	10	38,5
<b>Presença de Depressão</b>		
Não	21	80,8
Sim	5	19,2
<b>Presença de Dislipidemia</b>		
Não	24	92,3
Sim	2	7,7
<b>Presença de Cardiopatias</b>		
Não	19	73,1
Sim	7	26,9
<b>Presença de Neoplasias</b>		
Não	22	84,6
Sim	4	15,4
<b>Número de doenças autorrelatadas</b>		
Até 2	17	65,4
3 ou mais	9	34,6
<b>Avaliação da saúde em geral</b>		
Muito ruim ou ruim	2	7,7
Regular	7	26,9
Boa ou muito boa	17	54,4
<b>Avaliação da saúde comparada com outros da mesma idade</b>		
Muito pior ou pior	18	69,2
Igual	3	11,5
Melhor ou muito melhor	5	19,3
<b>Avaliação da saúde comparada com 1 ano atrás</b>		
Muito pior e pior	17	65,4
Igual	1	3,8
Melhor e muito melhor	8	30,8

Fonte: As autoras (2018).

A nefrosclerose hipertensiva é a doença de base existente em metade da amostra da pesquisa (50% n= 13), seguida pela nefropatia diabética (42,4% n=11). Por se tratar de uma clínica voltada para o tratamento hemodialítico, a maioria dos pacientes (65,4%) iniciou o tratamento com o quadro instalado de cronicidade da doença renal. A FAV era usada como acesso vascular para o tratamento hemodialítico em 88,5% dos pacientes, e deste total 30,4% das FAVs já apresentavam aneurisma. Quanto à aplicação da técnica de *Buttonhole*, apenas 39,1% foram submetidos a ela, sendo a mensuração até 2 pontos do score de dor mais prevalente pela escala visual, demonstrando ausência de dor ou muito pouca dor (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização do tratamento hemodialítico e técnica de *Buttonhole* de pessoas em tratamento hemodialítico em um serviço de nefrologia. Araras, São Paulo, Brasil - 2018. (N=26)

Variáveis	N	%
<b>Diagnóstico inicial</b>		
Nefrosclerose Hipertensiva	13	50,0
Nefropatia Diabética	11	42,4
Outras	2	7,6
<b>Entrada no serviço de TRS</b>		
Insuficiência Renal Aguda	9	34,6
Doença Renal Crônica	17	65,4
<b>Tipo de acesso vascular</b>		
FAV	23	88,5
Permcath	2	7,7
CDL	1	3,8
<b>Apresenta Aneurisma de FAV</b>		
Não	16	69,6
Sim	7	30,4
<b>Aplica a Técnica de Buttonhole</b>		
Não	14	60,9
Sim	9	39,1
<b>Mensuração da escala de dor</b>		
Até 2	5	55,6
3 a 5	3	33,3
6 a 8	1	11,1

Fonte: As autoras (2018).

## Discussão

Analisando a amostra deste estudo evidenciou-se uma população marcadamente masculina, sem predomínio de faixas etárias, que demonstraram pouca ou nenhuma dor quando submetidos à técnica de punção de *Buttonhole*. Segundo a literatura, homens adultos são a população que mais apresenta comportamentos negligenciáveis em relação aos cuidados com a saúde. A baixa procura por serviços de saúde por esta população, em especial pela Atenção Básica, relaciona-se à crença e valores associados à fragilidade. Culturalmente, os homens como o “sexo forte” não demonstram medo, sinais de fraqueza e insegurança, assim como não são acometidos por problemas

rotineiros de saúde pelos quais deveriam ser atendidos em Unidades Básicas de Saúde.<sup>13,14</sup>

Vale ressaltar que grande parte da etiologia da DRC pode ser prevenida por ações relacionadas aos hábitos de vida modificáveis, como reduzir o consumo de sódio, gorduras e tabaco, possuir maior ingestão de água, realizar atividades físicas três vezes por semana em torno de trinta minutos, reduzir o consumo nocivo de álcool e, por fim, aderir a tais hábitos de vida rotineiramente.<sup>14,15</sup>

Ademais, a procura por cuidados voltados à prevenção de doenças, promoção de saúde, reabilitação das condições do indivíduo em família e comunidade são essenciais atividades praticadas na Atenção Primária em Saúde (APS), as quais podem contribuir para o cuidado e educação em saúde àqueles com maiores chances de desenvolverem a DRC. Apesar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) buscar a inserção do homem nos mais diversos serviços de saúde, a literatura ainda tem relatado a invisibilidade dos homens na APS, uma vez que estes serviços, historicamente, têm desenvolvido mais ações destinadas à saúde das mulheres, crianças e idosos.<sup>16</sup>

A ausência dos homens nesses serviços pode ser explicada pela reduzida atividade e agenda de atendimento disponibilizados a eles, que, por sua vez, acabam por utilizar serviços que respondem mais rápida e objetivamente às suas demandas, como farmácia e pronto atendimento. Além disso, a baixa procura dos homens por cuidados básicos de saúde também está relacionada à carga horária de trabalho e/ou com os horários de funcionamento dos serviços públicos, que muitas vezes funcionam apenas em horários comerciais. Portanto, a menor compreensão em relação à perda da função renal em progressão e a negligência em realizar cuidados básicos de saúde, em especial prevenção de doenças e promoção de saúde, levando o público masculino a manterem hábitos de vida que podem ser responsáveis pela contínua progressão da doença renal e estabelecimento da DRC.<sup>13-15</sup>

A Nefrosclerose Hipertensiva foi o diagnóstico inicial no tratamento hemodialítico mais prevalente encontrado neste estudo, o que corrobora a literatura já consolidada, na qual a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a principal doença de base nos pacientes renais crônicos. Esses dados também são complementados por um crescente nú-

mero de homens que possuem tal comorbidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Censo de Diálise de 2020, houve predomínio da faixa etária entre 45 e 64 anos, sexo masculino com aproximadamente 58%, e a HAS e a diabetes mellitus (DM) como principais etiologias da doença renal.<sup>7</sup> No entanto, Picolli et al.<sup>17</sup> ao analisarem a prevalência da DRC através da taxa de filtração glomerular estimada (TFGE) e níveis de albuminúria em uma população urbana selecionada aleatoriamente no sul do Brasil, verificaram que a maioria da amostra com a DRC era do sexo feminino e que a hipertensão arterial, assim como a diabetes, a idade avançada e a obesidade foram associadas a maior prevalência de DRC.

Em relação à diabetes, esta é a segunda maior causa de DRC, levando indivíduos ao tratamento hemodialítico. Responsável pela nefropatia diabética, essa doença tem apresentado, ao longo dos anos, crescente preocupação entre os pesquisadores da área, uma vez que a manutenção de elevados índices glicêmicos devido à terapia nutricional inadequada nos portadores de DRC dificultam o tratamento dialítico. O presente estudo é fortalecido pelo trabalho de Santana Dantas et al.<sup>18</sup> que encontraram cerca de 91,7% da amostra com glicemia capilar acima de 99 mg/dl, dos quais 18,5% apresentaram glicosúria. Em relação ao risco de DRC, verificaram que aproximadamente 25% dos indivíduos apresentaram proteinúria, que é um indicador precoce de lesão renal. O estudo demonstrou, portanto, que o aumento relatado na prevalência de diabetes interfere diretamente no curso e progressão da DRC.

Considerando os acessos vasculares para HD existentes, a maioria dos portadores de DRC que estava em tratamento hemodialítico neste estudo tinha como acesso de diálise a FAV. Segundo a literatura, este tipo de acesso é o mais indicado, uma vez que proporciona melhor mobilidade ao paciente e tem menores índices de infecções quando comparado aos cateteres temporários para HD. A FAV apresenta potencial de desenvolver aneurismas, o surgimento dessa complicação está associado às inúmeras punções em um mesmo sítio com agulhas cortantes, ou seja, com a agressão física e mecânica que a pele sofre a cada sessão, ocasionando ferimentos que induzem a pele a formar barreiras protetivas ao organismo.<sup>9</sup>

Diante disso, a realização da técnica de *Buttonhole* proporciona a formação de um túnel na FAV, impedindo que ocorram lesões formativas de aneurisma,

além de permitir uma longevidade ao acesso por ser uma técnica na qual é utilizada agulha do tipo romba, ou seja, sem corte, diminuindo chances de hematomas e edemas.<sup>9,10</sup> Conforme score de dor apontado neste estudo, pode-se observar que o grau de dor está classificado como pequeno, uma vez que se retira apenas uma proteção que o próprio organismo faz e introduz a agulha no túnel já formado.

A realização da técnica de *Buttonhole* pode trazer diversos benefícios, como menor sensação de dor durante a canulação; maior facilidade na inserção das agulhas no sítio de canulação; possibilidade de autopunção; e menor probabilidade de desenvolvimento de hematoma.<sup>19,20</sup> A equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, são os profissionais que possuem maior contato e vivência com o paciente hemodialítico, reconhecendo suas necessidades de saúde e no tratamento da doença. São também responsáveis por promover ações de educação em saúde junto ao paciente, as quais envolve o cuidado do acesso vascular. Assim, o enfermeiro capacitado na técnica de *Buttonhole* promove um ambiente de mudança comportamental e prevenção de complicações.<sup>21</sup>

Como pontos positivos desse trabalho se tem que, além da resposta positiva da diminuição do estímulo doloroso, a técnica de *Buttonhole* pode ser funcional e segura. Uma vez que exista um caminho formado, sendo capaz de realizar a introdução da agulha em única punção, se diminui os índices de hematomas ou edemas, se promove longevidade do acesso, proporcionando, assim, ao paciente mais conforto e segurança durante a terapia dialítica. O paciente submetido à TRS e devidamente acompanhado por sua equipe vivencia em seu cotidiano de tratamento hemodialítico inúmeras situações que influenciam em sua qualidade de vida psicossocial, ficando exposto ao estresse. Desta forma, nota-se que quanto maior conforto/acolhimento oferecido ao paciente, maior será a confiança dele em aderir aos cuidados propostos pela equipe que o assiste.<sup>21</sup>

Como limitações do estudo, ressalta-se o número reduzido de participantes submetidos à técnica de *Buttonhole*, e a intervenção da técnica por um período reduzido de apenas duas semanas nas três sessões de hemodálises semanais. Tal limitação não o torna menos relevante, uma vez que contribui para a divulgação e publicação das técnicas de punção

possíveis e aplicáveis em acessos vasculares nos tratamentos hemodialíticos.

## Conclusão

Entre a população em terapia dialítica analisada, este estudo demonstrou a prevalência da população masculina, sem predomínio de faixa etária, a qual apresenta a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus como principais patologias de base. A percepção de saúde destes, apesar de referir-se como boa ou muito boa, quando julgada quanto a de outros pacientes e a período anterior, tem se tornado depreciativa. Com isso, salienta-se que o emprego de cuidados com o acesso vascular, prevenção de formação de aneurismas e a aplicação da Técnica de *Buttonhole* podem contribuir para melhora no tratamento, evidenciado pela diminuição do escore de dor na punção quando empregada tal técnica.

## Contribuições das autoras

Milagres CS participou da concepção do projeto e pesquisa, delineamento metodológico, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Ravagnani JF participou da coleta, interpretação dos dados e redação do artigo científico. Scharr AR participou do delineamento metodológico, análise estatística dos dados da pesquisa e interpretação dos resultados do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

## Conflito de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [EBSCO](#) e [DOAJ](#).

**EBSCO**

**DOAJ**

## Referências

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>
2. Piccoli C, Zonta FNS, Costa LD, Menetrier JV, Roque MS, Oliveira EM et al. Perfil epidemiológico, clínico e bioquímico de pacientes acompanhados em um modelo de atenção às condições crônicas. *Cienc Cuid Saude*. 2020;19:e50327. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50327>
3. Souza Júnior EV, Costa EL, Matos RA, Cruz JS, Maia TF, Nunes GA, et al. Epidemiologia da morbimortalidade e custos públicos por insuficiência renal. *Rev Enferm UFPE*. 2019;13(3):647-54. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a236395p647-654-2019>
4. Lise F, Santos BP, Neutzling A, Milbrath VM, Schwartz E. Prevalência de internações e mortalidade infantil e por insuficiência renal no Brasil. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017;11(8):3295-302. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110196>
5. Romagnani P, Remuzzi G, Glassock R, Levin A, Jager KJ, Tonelli M, et al. Chronic kidney disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17088. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88>
6. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de Diálise. 5a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 688.
7. Nerbass FB, Lima HN, Thomé FS, Vieira Neto OM, Lugon JR, Sesso R. Censo Brasileiro de Diálise 2020. *J Bras Nefrol*. 2022;44(3):349-357. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0198>
8. Castro MCM, Carlquist FTY, Silva CF, Xagoraris M, Centeno JR, Souza JAC. Canulação do acesso vascular em pacientes em hemodiálise: abordagem técnica. *J Bras Nefrol*. 2020;42(1):38-46. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0031>
9. Fernandes AR, Hartwig SV, Silva EC, Alencar BT. Identificação da fístula arteriovenosa e suas complicações pelos enfermeiros dos serviços de entrada de Cáceres-MT. *Rev. APS*. 2018;21(3):408-417. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16503>
10. Pueyo CG, Navarrete IG, Mejía CM, Blanco MG, García-Ciaño XV, Vaca JR, et al. La punción del acceso vascular em hemodiálises es una necesidad, el método Buttonhole uma opción. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2011;14(1):30-36. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752011000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000100005&lng=es).
11. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev HUPE*. 2013;12(3):110-117. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>
12. Galante NZ, Yamamoto A, Rabelo LL, Monterio DP, Azevedo LSF. Buttonhole, "em casa de botão" ou "botoeira": uma técnica antiga redescoberta. *J Bras Nefrol*. 2011;33(1):115-117. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000100016>
13. Garcia LHC, Cardoso NO, Bernardi CMCN. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. *Revista Psicologia e Saúde*. 2019;11(3):19-33. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>
14. Organização Pan-americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Editorial: a importância de abordar a masculinidade e a saúde dos homens para avançar rumo à saúde universal e à igualdade de gênero [Internet]. OPAS; 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-2-2019-editorial-importancia-abordar-masculinidade-e-saude-dos-homens-para-avancar-rumo>
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)
16. Garcia PRS, Souza EF, Oliveira PJM. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise no Norte de Mato Grosso. *Sci Elec Arch*. 2022;15(8):36-43. <https://doi.org/10.36560/15820221567>
17. Picolli AP, Nascimento MM, Riella MC. Prevalência da doença renal crônica em uma população do Sul do Brasil (estudo Pro-Renal). *J Bras Nefrol*. 2017;39(4):384-390. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170070>
18. Dantas RTS, Silva SG, Ferreira FT, Lima FS, Lima AGT. Avaliação de saúde dos pacientes diabéticos e risco para desenvolvimento de doença renal crônica. *Rev Multi Saúde* [Internet]. 2020;1(2):52. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/234>
19. Fielding C, Bramley L, Stalker C, Brand S, Tolf S, Buchanan H. Patients' experiences of cannulation of arteriovenous access for haemodialysis: A qualitative systematic review. *J Vasc Access*. 2022. <https://doi.org/10.1177/11297298211067630>
20. Duarte MPC, Miranda FAN, Isoldi DMR, Silva GWS, Silva FS, Simpson CA. A técnica de buttonhole em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico. *R. pesq. cuid. fundam. online*. 2018;10(2):358-67. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.358-367>
21. Assis BB, Neves KC, Ribeiro WA, Fassarella BPA, Silva BB, Evangelista DS, et al. Assistência do enfermeiro e sua equipe para a realização de punção de botão em fístula arteriovenosa. *Res Soc Dev*. 2020;9(9):e220996763. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6763>