

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Kelen Patricia Mayer Machado

ELABORAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL

Porto Alegre/RS

2019

Catálogo na Publicação

Mayer Machado, Kelen Patricia
ELABORAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE
ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL / Kelen
Patricia Mayer Machado. -- 2019.
124 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientador(a): Carine Raquel Blatt ; coorientador(a):
Rita Catalina Aquino Caregnato.

1. Transplante . 2. Transplante renal. 3. Assistência
de enfermagem. 4. Modelo técnico-assistencial. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Kelen Patricia Mayer Machado

**ELABORAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para o título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carine Raquel Blatt

Co-Orientadora: Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato

Linha de Pesquisa: Práticas inovadoras e tecnologias de enfermagem na atenção à saúde.

Porto Alegre/RS

2019

KELEN PATRICIA MAYER MACHADO

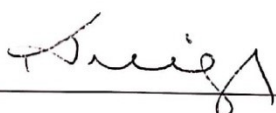
**ELABORAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de
Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito
para o título de Mestre em Enfermagem.

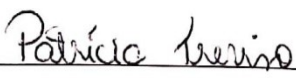
Data: 29 / 07 / 2019

Parecer: APROVADO

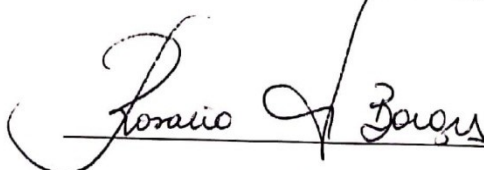
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Karin Viegas



Prof. Dr. Patricia Treviso



Prof. Dr. Rosália Figueiró Borges

Dedico esta dissertação ao meu esposo Sandro,
que sempre me encoraja a buscar conhecimento
e ser uma profissional melhor, sem o seu apoio e
compreensão seria impossível realizar esse sonho.
Para você, meu amor e gratidão.

Para minha linda filha Laura, amor e razão da minha
vida, luz do meu caminho, que me dá forças para seguir
e mesmo tão pequena entende minha ausência.
Sem vocês ao meu lado nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Obrigada meu Deus, por tudo que estou vivendo, sim, tenho muito a agradecer.

Quando sinto saudade olho para o céu, e fixo o olhar na estrela mais brilhante, assim nos conectamos, quando fico triste, desanimada, contemplo o sol e penso o quanto ele gostaria de me ver realizando esse sonho. Meu pai amado, sua presença é constante na minha vida.

Minha mãe, batalhadora, determinada, uma leoa quando o assunto é filho. Com todas as dificuldades que a vida apresentou, nunca mediu esforços para me ver bem. Ensinou-me a nunca desistir dos meus sonhos. Essa conquista também é sua. Minha eterna gratidão.

Tia Selma, segunda mãe, exemplo de ser humano. Minha infância foi muito feliz com teus ensinamentos, carinho e amor, refletindo hoje na pessoa que me tornei. Como é bom saber que vai ver mais essa conquista minha.

Minhas irmãs de coração, que estão sempre me apoiando e incentivando, mesmo não estando tão perto como gostaria, mas sempre presente de coração. Obrigada por todo amor, compreensão e torcida. Amo vocês!

Minha família, meu porto seguro, onde encontro os melhores abraços, obrigada me apoiar e comemorar minhas conquistas.

A Professora Dra. Patrícia Treviso, que, em 2005, me aceitou em sua equipe e assim despertou em mim a paixão pela área de Doação e Transplante de Órgãos, me inspirando a ser uma enfermeira comprometida, dedica e não acomodada, buscando sempre melhorar. Minha gratidão será eterna. Obrigada por fazer parte da minha vida.

A super vó Dadá Rosane, que com todo amor e carinho cuidou da minha princesa, sendo uma super mãe quando eu tive que me ausentar para trabalhar e estudar. Obrigada de coração, és muito especial para nós.

Meus amigos, alguns a mais de 25 anos, outros um pouco menos, todos especiais na minha vida. Obrigada pelo apoio e por entender minha ausência. Como é bom poder contar com amizades verdadeiras. Em especial as minhas *best* Camila, Gracieli, Aline, Juliane e Roberta.

Minhas colegas de mestrado, mulheres espetaculares, cada uma com sua personalidade, tornando nossa turma especial. Como foi bom conviver com vocês.

Ao grupo de mulheres com conteúdo, cada uma com seu jeito de ser, o que tornou esse grupo especial, encontrando apoio e parceria para as risadas e para as frustrações. Marielli, Nathalia, Flavia, Aline Michelle e Caroline. Nós vencemos gurias!

A colega e amiga Simone Lysakowski, obrigada pelo incentivo, auxílio e parceria,

transmitindo tranquilidade nos momentos de aflição. Exemplo de profissional e pessoa, como é bom te ter por perto.

A ISCMPA por me oportunizar crescer como profissional e pessoa, acreditando no meu trabalho e me incentivando a sempre buscar melhorar.

Aos meus coordenadores Dra. Fernanda Bonow e Dr. Valter Garcia, por sempre me incentivar e apoiar na busca de conhecimentos. É inspirador trabalhar ao lado de vocês.

Aos meus colegas da Coordenadoria de Transplantes, pela compreensão e apoio e amizade. Formamos uma bela equipe.

Aos pacientes e familiares, com quem muito aprendi, possibilitando me tornando uma pessoa melhor, entendendo o verdadeiro significado de empatia. Acredito que estou no caminho certo, como profissional e ser humano, me dedicando para que mais pessoas consigam o tão sonhado transplante.

A UFCSPA, em especial aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por todo o ensinamento e troca de experiência. Sinto-me orgulhosa de realizar Mestrado em uma universidade público, referência em educação de qualidade, sendo acolhida por profissionais dedicados. A vocês meu carinho e respeito.

E, por último, as responsáveis por tudo isso. Minhas amadas orientadoras!

Profa. Dra. Carine Raquel Blatt, agradeço por ter me aceitado, pela paciência, por todos os ensinamentos e trocas, nos momentos de desespero transmitia tranquilidade e carinho com um abraço verdadeiro. Como foi bom conviver e aprender com você, estará para sempre no meu coração.

Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato, agradeço por tantos anos de parceria e amizade. Uma “mãezona” com sua rede de apoio fantástica, me fazendo amar cada dia mais minha profissão, incentivando a busca por conhecimento com dedicação e profissionalismo. Obrigada por todos os ensinamentos e incentivo, me mostrando que sou capaz.

Sigo com o compromisso de exercer uma enfermagem de qualidade, responsabilidade e conhecimento, desenvolvendo a pesquisa no país, valorizando nossa profissão. Buscando sempre a melhoria com respeito empatia e amor.

A vocês minha gratidão!

*Nada te turbe, nada te espante,
Todo se pasa. Dios no se muda,
La paciencia, todo lo alcanza
Quien a Dios tiene, nada le falta
Solo Dios basta.*

Santa Teresa D'Ávila

RESUMO

Introdução: A equipe de enfermagem tem importante participação na assistência ao paciente de transplante renal, exigindo do enfermeiro, no desempenho de suas funções, a elaboração de um cuidado individualizado e integral, baseado em um modelo assistencial que permita a qualificação e padronização do atendimento. A escolha de um modelo assistencial de cuidado ao paciente está diretamente relacionada às necessidades dos pacientes, o conhecimento e habilidades dos profissionais, bem como à disponibilidade de recursos humanos e econômicos da instituição. **Objetivo:** Elaborar um modelo técnico-assistencial de enfermagem para acompanhamento dos pacientes de transplante renal. **Metodologia:** O estudo foi realizado na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Utilizou-se a pesquisa convergente assistencial (PCA), que envolve cinco fases: Concepção, Instrumentação, Perscrutação, Análise e Interpretação. A coleta de dados foi realizada seguindo as etapas: (1) diagnóstico do serviço de transplante renal; (2) entrevista semiestruturada com pacientes pré, trans e pós-transplante renal; (3) Grupo Focal (GF) com os enfermeiros assistenciais que atuam no pré, trans e pós-transplante renal, (4) experiência vivenciada na Organização Nacional de Transplantes da Espanha. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA. **Resultados:** O modelo assistencial de enfermagem para o atendimento do paciente de transplante renal foi fundamentado nas teorias de Watson e Orem, uma vez que as mesmas são orientadas pela integralidade do cuidado e pelo autocuidado. No ano de 2018, o hospital realizou 282 transplantes renais, 382 pacientes aguardavam em fila de espera e 2.643 pacientes estavam em acompanhamento. As categorias que emergiram da entrevista com nove pacientes, foram: Expectativas do transplante renal; Informação sobre o tratamento após o transplante; Mudança no estilo de vida após o adoecimento; Importância do autocuidado; Sentimentos envolvidos no transplante renal e Melhorias do centro transplantador sob a ótica do paciente. Foram realizados três GF com presença de dez, oito e nove enfermeiros. Ficou evidente o desconhecimento dos participantes sobre as atividades desenvolvidas pelos colegas nas diferentes áreas. Identificou-se as informações que devem ser apresentadas e discutidas com o paciente nos momentos pré, trans e pós-transplante. A vivência na Organização Nacional de Transplantes da Espanha, modelo mundial, permitiu conhecer o programa de transplante renal daquele país, contribuindo com construção dos produtos de pesquisa a ser implantado na instituição da pesquisa. **Conclusão:** A elaboração do modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal permitiu olhar sob o ponto de vista e necessidades do serviço, do paciente e dos enfermeiros assistenciais. Além disso, fomentou a troca de experiência e a maior integração entre a equipe. Contribuindo para o planejamento e a padronização da assistência de enfermagem, podendo gerar benefícios a médio e longo prazo para os pacientes de transplante renal e para o serviço. **Produtos:** 1. Fluxo de atendimento de enfermagem ao paciente de transplante renal; 2. Checklist de orientações de enfermagem ao paciente de transplante renal; 3. Guia de orientações de enfermagem ao paciente de transplante renal; 4. Modelo Técnico-Assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal.

Descritores: Transplante de rim. Cuidados de Enfermagem. Modelos de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The nursing team has an important participation in the renal transplant patient care, requiring the nurse, in the performance of his duties, to prepare an individualized and systematized care, based on a care model that allows the qualification and standardization of care. The choice of a care model for patient care is directly related to the knowledge and skills of the professionals in the care provided, as well as the availability of human and economic resources of the institution. **Objective:** To elaborate a nursing care technical model for follow-up of renal transplant patients. **Method:** The study was carried out at the Santa Casa de Misericórdia (Porto Alegre) Family Center (ISCMPA). Convergent care research (PCA) was used, involving five phases: Conception, Instrumentation, Perscrutation, Analysis and Interpretation. The data collection is performed in the following steps: diagnosis of renal transplant service; semi-structured interview with pre, intra and post-renal transplant patients; Focal Group (GF) with nursing assistants who work in the pre, intra and post-renal transplantation, experience lived in the National Transplant Organization of Spain. The study was approved by the research ethics committee of UFCSPA. **Results:** The nursing care model for renal transplant patient care was based on Watson and Oren's theories, since they are guided by integral care and self care. In the year 2018, the hospital performed 282 kidney transplants, 300 patients were waiting in queue and 2,643 patients were being followed up by the service. The categories that emerged from the interview with 9 patients were: renal transplantation expectations, information on post-transplant treatment, lifestyle change after illness, importance of self-care, feelings involved in renal transplantation, and improvements in the transplant center from the standpoint of the patient. Three GF were performed, with presence of 10, 8 and 9 nurses. The participants' lack of knowledge about the activities developed by their colleagues in the different areas was evident. We identified the information that should be presented and discussed with the patient at the pre, trans and post-transplant moments. The experience in the National Organization of Transplants of Spain, a worldwide model, allowed to know the kidney transplant program of that country, contributing with the construction of the research products to be implanted in the research institution. **Conclusion:** The elaboration of the nursing care technical model for renal transplant patients allowed to look under the point of view and necessities of the service, the patient and the care nurses. In addition, it fostered the exchange of experience and greater integration among the team. Contributing to the planning and standardization of nursing care, which can generate benefits in the medium and long term for renal transplant patients and for the service. 1. Nursing care flow to the renal transplant patient; 2. Checklist of nursing orientations to the renal transplant patient; 3. Guide to nursing guidelines for renal transplant patients; 4 Technical-Assistance model of nursing for renal transplant patients.

Keywords: Kidney transplantation. Nursing care. Health Care Models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma do Sistema Nacional de Transplantes no Brasil.....	23
Figura 2: Etapas do Processo de Doação e Transplantes no Brasil.....	24
Figura 3: Sistemas de enfermagem segundo Teoria de Orem.	30
Figura 4: Conceitos básicos e elementos de cuidado propostos por Watson.	31
Figura 5: Fases da pesquisa convergente assistencial.	32
Figura 6: Desenvolvimento da fase de instrumentação.....	33
Figura 7: Etapas de estruturação dos resultados da pesquisa.....	41
Figura 8: Etapas para inclusão do paciente em lista de espera para transplante renal.	43
Figura 9: Locais na instituição onde o paciente de transplante renal deve receber informações da enfermagem.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estágios de evolução da doença renal crônica.....	26
Quadro 2.	Números de transplantes realizados no Brasil, RS e ISCMPA no ano de 2018. .	27
Quadro 3.	Perfil dos pacientes pré-operatório, transoperatório e pós-operatório de transplante de rim entrevistados na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (n=9), novembro a dezembro de 2018.....	47
Quadro 4.	Categorias identificadas na entrevista com os pacientes pré, trans e pós-transplante de rim atendidos na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (n=9), novembro a dezembro de 2018.....	48
Quadro 5.	Agrupamento das categorias iniciais por semelhanças e categorias finais identificadas na entrevista com os pacientes pré-operatório, transoperatório e pós-operatório de transplante de rim atendidos na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (n=9), novembro a dezembro de 2018.....	48
Quadro 6.	Área de atuação dos enfermeiros assistenciais que participaram do Grupo Focal e acompanham o paciente de transplante renal na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.	57
Quadro 7.	Duração e número de participantes do Grupo Focal com enfermeiro.	58
Quadro 8.	Primeiras sugestões realizadas pelo Grupo Focal.....	60
Quadro 9.	Sugestões de melhorias para o serviço de transplante renal, propostas pelo Grupo Focal de enfermeiros que assiste os pacientes de transplante renal.....	62
Quadro 10.	Principais diferenças em relação ao processo de doação e transplante entre Espanha e Brasil	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CET	Central Estadual de Transplantes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CMV	Citomegalovírus
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
FAB	Força Aérea Brasileira
GF	Grupo Focal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDVS	Hospital Dom Vicente Scherer
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HLA	<i>HumanLeukocyteAntigen</i>
HSC	Hospital Santa Clara
IRODaT	<i>International Registry In Organ Donation and Transplantation</i>
ISCOMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
ITNS	<i>InternationalTransplant Nurses Society</i>
M²	Metro quadrado
ME	Morte encefálica
MIN	Minutos
ML	Mililitro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONT	Organização Nacional de Transplantes
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPO	Organização de Procura de Órgãos
OPTN	<i>Organ Procurement and Transplantation Network</i>
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PMP	Por Milhão de População
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSA	Antígeno Prostático Específico
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes

RG	Registro Geral
RS	Rio Grande do Sul
RTSNT	Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SET	Sistema Estadual de Transplantes
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
USRDS	<i>United States Renal Data System</i>
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA	18
2	OBJETIVOS	20
2.1	GERAL	20
2.2	ESPECÍFICOS	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	21
3.2	TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS	25
3.3	DOENÇA RENAL CRÔNICA E O TRANSPLANTE RENAL	26
3.4	A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	27
3.5	TEORIAS DE ENFERMAGEM: DOROTHEA ELIZABETH OREM E MARGARETJEAN WATSON	28
4	MÉTODO	32
4.1	TIPO DE ESTUDO	32
4.2	FASES DA PESQUISA	32
4.2.1	Fase de Concepção	33
4.2.2	Fase de Instrumentação	33
4.2.2.1	Campo de ação	33
4.2.2.2	Participantes da pesquisa	34
4.2.2.3	Técnicas para obtenção das informações	34
4.2.3	Fase de Perscrutação	35
4.2.4	Fase de Análise	39
4.2.5	Fase de Interpretação	39
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6	MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL NA ISCMPA E PRODUTOS DE PESQUISA	70
7	CONCLUSÃO	101
	LIMITAÇÕES	101
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento para Pacientes	111
	APÊNDICE B - Entrevista Semiestruturada	113

APÊNDICE C - Convite via e-mail aos Profissionais Participantes da Pesquisa	114
APÊNDICE D - Termo de Consentimento para Profissionais	115
APÊNDICE E - Apresentação do Produto para a Comunidade	117
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	118
ANEXO B - Artigos Científicos	122
ANEXO C - Resumos Científicos	123

1 INTRODUÇÃO

Os transplantes de órgãos e tecidos vêm se destacando de forma positiva ao longo dos anos, sendo considerados mais efetivos como terapia para pacientes portadores de doenças crônicas terminais^(1,2). Esse sucesso levou a um aumento do número de pacientes em lista de espera por um órgão, contudo, infelizmente, o número de doadores não aumenta na mesma proporção^(3,4). Tal fato, é considerado o principal obstáculo para o desenvolvimento dos transplantes resultando em elevadas taxas de mortalidade de pacientes que aguardam na lista de espera⁽⁵⁻⁷⁾.

O objetivo da cirurgia pode ser diferente, de acordo com o tipo de órgão transplantado. Para transplante de fígado, pulmão, coração, medula óssea e pele o objetivo é salvar vidas. Entretanto, para os rins, pâncreas, córneas, válvulas cardíacas e ossos é melhorar a qualidade de vida do paciente^(7,8).

Quando o tratamento escolhido é o transplante, o paciente é referenciado a um centro transplantador, iniciando seu acompanhamento com uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, além de profissionais que trabalham em todos os serviços de apoio, como banco de sangue, laboratório, entre outros⁽⁸⁾. A partir desse momento, a equipe médica verifica a indicação e faz a inclusão na lista de espera do Sistema Estadual de Transplante (SET)⁽⁹⁾.

O transplante de órgãos é considerado uma área complexa e específica com muitas peculiaridades, o conhecimento técnico e científico de todos os profissionais envolvidos na assistência é imprescindível, exige atualização constante da equipe, a fim de favorecer o aumento do número de doadores e, consequentemente, o número de procedimentos realizados, além de prestar cuidado especializado de forma mais eficaz, viabilizando as melhores condições para os pacientes^(10,11).

Mundialmente, o transplante de órgãos com maior número de pacientes em lista de espera e também o mais realizado é o de rim. Assim sendo, torna-se uma alternativa na sobrevida e melhoria da qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), doença reconhecida como um problema de saúde pública no mundo, com alto custo econômico e social⁽¹²⁾.

O transplante de rim é um procedimento de substituição cirúrgica, que consiste em remover um rim funcionante de um doador vivo ou falecido e implantá-lo em um paciente com doença renal em fase final^(13,14). Considerado uma forma de tratamento, uma vez que o paciente precisa estar em constante acompanhamento e fazendo uso de medicamentos de

forma contínua.

Além disso, o autocuidado é imprescindível para evitar a rejeição do órgão e demais complicações com a saúde. Assim, a prática assistencial de enfermagem constitui um desafio, pois sua atuação deve permitir a avaliação da assistência e a possibilidade de realizar metas terapêuticas eficientes prestadas aos pacientes^(15,16).

A equipe de enfermagem tem importante participação na assistência em todas as etapas envolvidas no perioperatório, exigindo do enfermeiro, no desempenho de suas funções, a elaboração de um cuidado detalhado e sistematizado, utilizando elementos da literatura específica em transplantes e metodologia científica, atuando em todas as etapas do processo^(17,18).

Para exercer o processo de enfermagem é imprescindível a utilização de modelos de cuidados elaborados com coerência e rigor científico, a partir das necessidades da população atendida, desta forma, se faz necessária a identificação de um referencial teórico que permita orientar essa prática, através da teorização é possível embasar, guiar e evidenciar as ações prestadas^(5,19).

A sistematização dos processos de trabalho é um obstáculo a ser enfrentado para a melhoria dos serviços de saúde, pois amplia-se a necessidade de entender a sua funcionalidade na atribuição e execução de tarefas, bem como da organização de recursos para que sejam alcançados os objetivos propostos. A escolha de um modelo assistencial de cuidado ao paciente está diretamente relacionada ao conhecimento e habilidades dos profissionais na assistência prestada, bem como à disponibilidade de recursos humanos e econômicos da instituição envolvida⁽²⁰⁾.

Partindo dessas premissas, ao estruturar o fundamento conceitual desta pesquisa, privilegiou-se a abordagem proposta por estudiosas como Dorothea Orem e Jean Watson. A opção por Dorothea Orem se deu pelo fato de incentivar o autocuidado, imprescindível para o paciente transplantado, que deverá permanecer em acompanhamento por toda a vida. Enquanto a teoria de Jean Watson foi escolhida por já ser preconizada na instituição onde o estudo foi realizado⁽²¹⁾.

Assim, é preciso reforçar a importância de permitir mudanças no contexto da atenção em saúde, deixando o enfoque voltado somente para o tratamento da doença e abrangendo o paciente como um ser humano completo que se encontra doente no momento e que retornará para sua vida social após a recuperação⁽²¹⁾.

1.1 JUSTIFICATIVA

Ao longo dos anos, o transplante evoluiu consideravelmente no Brasil, ocupando posição de destaque mundial em relação à realização desse procedimento. O país possui um dos maiores sistemas públicos de transplante do mundo. Segundo o Ministério da Saúde (MS), cerca de 95% dos procedimentos são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²²⁻²⁴⁾.

Os pacientes recebem assistência integral e gratuita, bem com exames, medicações, cirurgias e acompanhamento pós-cirurgia⁽²⁴⁾. Em relação aos imunossuppressores, o MS duplicou o orçamento na área desde 2008, passando de R\$ 453,3 milhões para R\$ 942,2 milhões em 2016⁽²⁴⁾. O SUS também possui acordo de cooperação voluntária e solidária com todas as companhias de aviação e a Força Aérea Brasileira (FAB) para transporte de órgãos e equipes⁽²⁵⁾.

Em 2018, o Brasil realizou mais de 23 mil transplantes, consolidando-se no cenário. A Região Sul do país, se destaca das demais, por possuir um número de doadores por milhão de população (pmp) muito acima da média nacional, obteve 35,9 doadores pmp. O país terminou o ano de 2018 com 17 doadores pmp, quase alcançando o estipulado pela Associação Brasileira de Transplantes (ABTO), que era alcançar 18 doadores pmp⁽²⁶⁾.

O Brasil se destaca mundialmente, por ser o segundo país em números absolutos de transplante renal, ficando atrás somente dos Estados Unidos⁽²⁶⁾. Em 2018, foram realizados 5.923 procedimentos, 1.018 com doador vivo e 4.905 com doador falecido. No Rio Grande do Sul (RS), foram realizados 489 transplantes de rim, 282 realizados na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA), complexo hospitalar referência em transplantes na América Latina^(26,27).

No âmbito mundial, o rim é o órgão com maior número de pacientes em lista de espera. No Brasil, no ano de 2018, aproximadamente 23.000 pessoas aguardavam por um transplante de rim. No RS, a lista de espera é de 3.000 pessoas e na ISCMPA próximo de 400 pacientes^(26,27).

O Programa de transplantes renal na ISCMPA iniciou suas atividades no ano de 1977 ao realizar um transplante em uma menina de 16 anos. A equipe teve importante papel, junto ao governo estadual e federal, no estabelecimento de uma política de transplantes, sugerindo as melhorias nas áreas de legislação, financiamento, organização e educação⁽²⁸⁾.

A ISCMPA ao longo dos anos vem se consolidando como equipe transplantadora, considerada de referência no país, recebendo pacientes de vários estados brasileiros,

contabilizando até dezembro de 2018, 4.900 procedimentos realizados^(26,27). No ano de 2018, 52,7% (258) dos transplantes renais do estado do RS, foram realizados na ISCMPA⁽²⁷⁾.

Há 14 anos iniciei minha trajetória profissional atuando no processo de Doação e Transplantes de Órgãos, inicialmente como técnica de enfermagem e, em 2011, como Enfermeira. Introduzi esse tema em minha pesquisa ao realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Retirada de múltiplos órgãos para transplante: olhar do enfermeiro”⁽²⁹⁾.

Atuo no Hospital Dom Vicente Scherer (HDVS) da ISCMPA, considerado referência em transplantes na América Latina, desde 2011, onde iniciei minhas atividades no Centro Cirúrgico (CC) de transplante, acompanhando o trans e pós-operatório imediato. Em 2013, passei a atuar na Organização de Procura de Órgãos (OPO), responsável pela busca de doadores de órgãos e entrevista familiar. Além disso, atuo na educação de profissionais, comunidade e pacientes sobre Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos, bem como na Comissão Intra-Hospital de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), realizando, entre outras atividades, a consulta de enfermagem dos pacientes que aguardam na fila de espera para receber um órgão. Faz parte do meu trabalho, avaliar e orientar pacientes e seus familiares sobre doação e transplante.

A escolha pelo transplante renal se deu pelo fato de ser esse o tipo com maior número de pacientes em lista de espera e também o transplante mais realizado mundialmente e na instituição onde aconteceu a pesquisa. Desta forma, é fundamental que a equipe assistencial esteja qualificada e preparada para assistir esses pacientes, provenientes de vários estados brasileiros. O enfermeiro, como membro da equipe, precisa estar capacitado para prestar uma assistência de forma padronizada e qualificada aos pacientes.

Com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente que realiza o transplante, de forma sistematizada, desenvolveu-se nesta dissertação um modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes pré-transplantes, transoperatório e pós-transplante de rim.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Elaborar um modelo técnico-assistencial de enfermagem para acompanhamento de pacientes de transplante de rim.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o serviço de transplante renal da ISCMPA.
- Identificar as necessidades dos pacientes de transplante renal referentes ao processo de cuidado nas fases pré, trans e pós transplante de rim.
- Identificar fragilidades da assistência aos pacientes de transplante renal sob a ótica do enfermeiro.
- Conhecer o trabalho desenvolvido na Organização Nacional de Transplantes da Espanha.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão abordados os referenciais teóricos que fundamentaram a elaboração desta pesquisa.

3.1 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O processo de doação e transplantes é de grande importância para a sociedade, pois viabiliza o retorno do paciente às atividades pessoais e ao mercado de trabalho e, conseqüentemente, aumenta a sobrevivência dos que possuem alguma doença crônica que comprometa o funcionamento do organismo^(30,31).

Com o intuito de estabelecer uma nomenclatura padrão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *The Transplantation Society*, no ano de 2008, reuniram um grupo de especialistas no assunto com o objetivo de unificar os termos em todo o mundo, o que anteriormente tinham significados diferentes, dificultando os dados estatísticos mundiais⁽³²⁾.

A partir de 2010, de acordo com a recomendação dos especialistas, os seguintes termos passaram a ser utilizados: **Possível doador**: paciente com lesão encefálica grave, em uso de ventilação mecânica; **Potencial doador**: após a abertura do protocolo de diagnóstico de morte encefálica; **Paciente elegível para doação**: com confirmação do diagnóstico de morte encefálica; **Doador efetivo**: quando iniciada a cirurgia para remoção de órgãos; **Doador com órgãos transplantados**: quando pelo menos um dos órgãos foi removido e transplantado no receptor⁽³⁰⁾.

No Brasil, além das recomendações de nomenclaturas propostas, outros termos também devem ser empregados, evitando erros de interpretação e garantindo a confiança tanto por parte dos profissionais como da população nesse processo, a saber⁽⁸⁾:

- a) **Doador vivo**: Paciente vivo que pode doar um dos rins, um fragmento de fígado ou um lóbulo de pulmão. No Brasil, esta doação só é permitida entre familiares de até quarto grau;
- b) **Doador em morte encefálica**: paciente com diagnóstico de morte encefálica comprovada através de exames clínicos e de imagem, conforme determinado pela Resolução nº 2.173/17⁽³³⁾;
- c) **Doador com coração parado**: paciente falecido, com coração parado, quando autorizado pela família pode ser doador de tecidos como córneas e pele;
- d) **Doador limítrofe ou com critérios liberalizados**: doadores que estão fora ou

próximo do limite dos critérios estabelecidos pelas equipes transplantadoras;

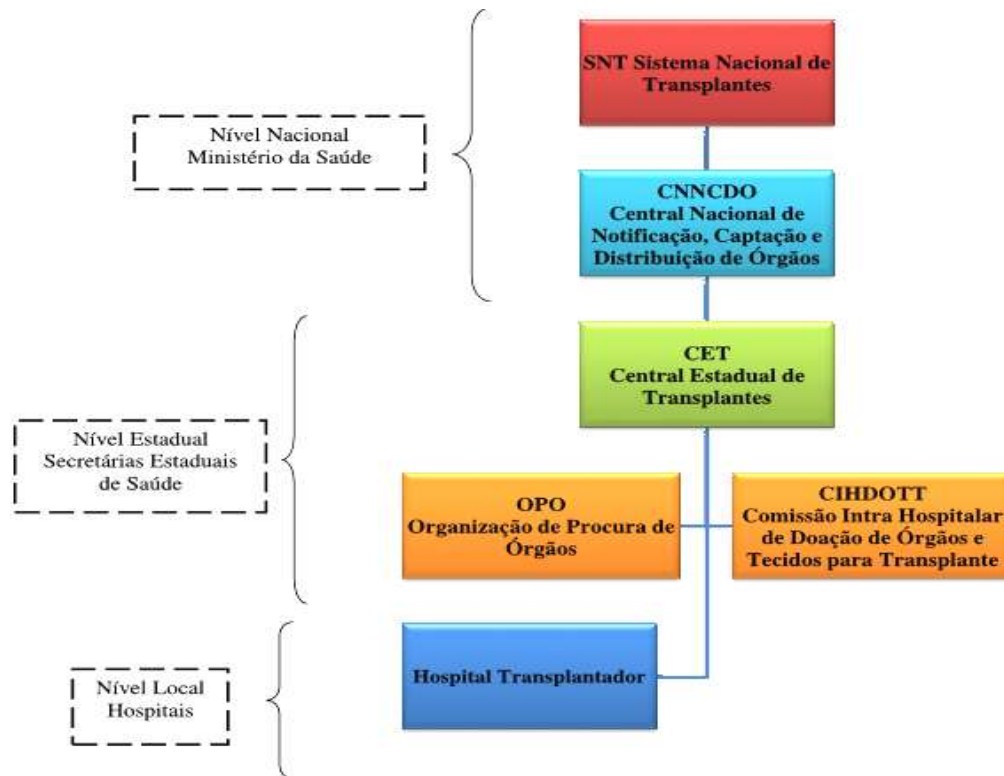
- e) **Entrevista familiar:** conversa realizada com familiares para autorização da doação dos órgãos do falecido;
- f) **Autorização familiar:** termo utilizado para a concordância da família em relação à doação de órgãos e tecidos;
- g) **Remoção ou retirada de órgãos:** usado para descrever o momento da cirurgia no Centro Cirúrgico, onde os órgãos do doador são removidos para serem implantados no receptor.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é responsável pelo processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos em todo o território brasileiro. Esse sistema conta com o apoio da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) que exercem atividades pertinentes às unidades federadas e as Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CETs), que atuam em nível estadual sendo vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde⁽³⁴⁾.

No Brasil, há as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), que tem o papel de coordenação supra-hospitalar, sendo responsável por organizar e apoiar no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (RTSNT), as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, ao desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos⁽⁹⁾. As Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs), responsáveis por organizar o hospital para que seja possível detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos, viabilizando o diagnóstico de morte encefálica e articulando-se com a Central Estadual de Transplantes (CET) para organizar o processo⁽³⁵⁾; e os hospitais transplantadores, responsáveis pela realização dos transplantes, devendo estar cadastrados à Secretaria Estadual de Saúde e CET, conforme Figura 1.

Considera-se como processo de doação em transplantes, as etapas sequenciais que têm por objetivo implantar os órgãos de uma pessoa viva ou falecida em um paciente que está aguardando em lista de espera. O processo de doação e transplantes no Brasil envolve várias etapas e vai depender do tipo de doador⁽³¹⁾.

Figura 1: Organograma do Sistema Nacional de Transplantes no Brasil.



Fonte: Adaptado de Brasil⁽³⁴⁾.

A doação entre vivos no Brasil é autorizada entre familiares de até quarto grau (filhos, pais, irmãos, tios, sobrinhos, avós, primos, netos) ou cônjuge, em que o doador deve ser maior de idade, estar em perfeitas condições de saúde e ser compatível com o receptor. Os órgãos que podem ser doados em vida são: um dos rins, um fragmento do fígado ou um lóbulo do pulmão⁽³⁶⁾.

A doação em vida deve cumprir os seguintes requisitos: o doador deve ser maior de idade, gozar de plenas faculdades mentais, ter uma saúde adequada e tipo sanguíneo compatível com o receptor, além de realizar uma avaliação minuciosa, que inclui exames laboratoriais, exames de imagem, avaliação psicológica e social⁽³⁶⁾.

Com um doador vivo é possível planejar quando o transplante será realizado. Isso permite que a equipe realize a cirurgia nas melhores condições dos pacientes, reduzindo o tempo de isquemia do órgão, pois as cirurgias do doador e a do receptor são realizadas concomitantes.

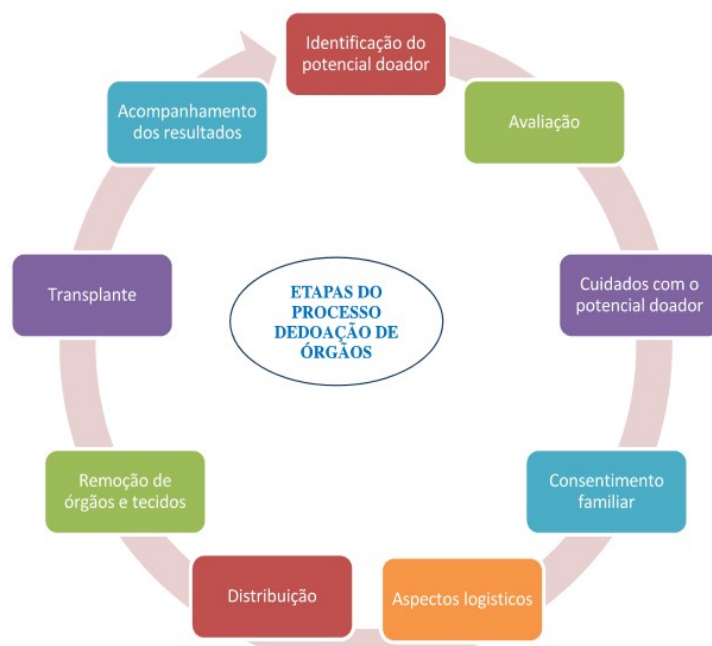
Quando se trata de medula óssea, pode ser entre familiares ou doador desconhecido através do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea⁽³⁶⁾. Quando for possível, a equipe médica que atende o paciente sugere a possibilidade da doação entre familiares, quando são

realizados exames de compatibilidade entre o receptor e os possíveis doadores.

No Brasil, a doação de órgãos de pessoas falecidas é realizada através de consentimento informado dos familiares. Podem autorizar a doação o cônjuge ou familiares de primeiro ou segundo grau, na presença de duas testemunhas⁽³⁷⁾, sendo um ato voluntário, não havendo nenhum tipo de pagamento ou recompensa. Desta forma, é considerado um gesto de solidariedade e altruísmo, a família enlutada permite a continuação da vida de outra pessoa que aguarda na fila de espera por um órgão^(8,31).

Quando se trata de doador falecido, este processo segue etapas específicas bem definidas sendo: identificação do possível doador, realização dos testes clínicos para diagnóstico de Morte Encefálica (ME), comunicação da morte aos familiares, realização da entrevista familiar, manutenção da viabilidade dos órgãos, investigação laboratorial e procedimentos legais, alocação dos órgãos através da CET, remoção dos órgãos no centro cirúrgico, entrega do corpo do doador aos familiares, realização do transplante dos órgãos captados e acompanhamento dos resultados⁽³¹⁾ (Figura 2).

Figura 2: Etapas do Processo de Doação e Transplantes no Brasil.



Fonte: Adaptado de Garcia, Pereira e Garcia⁽³¹⁾.

Concomitante às etapas do processo está o paciente que aguarda por um transplante, cadastrado em uma lista de espera de caráter nacional, formada pelo conjunto de listas estaduais. Quando ocorre a disponibilidade de um órgão, a CET, através de sistema informatizado, verifica quem é o paciente compatível com o doador, comunica a equipe

transplantadora, que entra em contato com o paciente⁽³⁸⁾.

Independente do órgão ou tecido que necessita receber, o paciente precisa de cuidados e orientações para poder realizar o procedimento, bem como manter seu tratamento, permanecendo em acompanhamento nas fases pré, trans e pós-transplante.

3.2 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Em 1954, foi realizado nos Estados Unidos o primeiro transplante de rim com resultados positivos, possibilitado pelo fato de ter sido, entre irmãos gêmeos com carga genética idêntica, o que evitou a rejeição do órgão⁽³⁹⁾.

Em 1967, na África do Sul, o cirurgião Christian Barnard foi o pioneiro no mundo a realizar um transplante cardíaco com sucesso. Este acontecimento gerou novos questionamentos no mundo da Ciência, pois até o momento eram realizados com doadores vivos ou falecidos com o coração parado. Desta forma, o governo americano organizou um comitê de especialistas com o objetivo de possibilitar a realização de transplantes com doadores em morte encefálica. Em 1968, o Comitê da Universidade de Medicina de Harvard, apresentou o consenso de Harvard, estabelecendo os critérios para diagnóstico de morte encefálica^(40,41).

Apartir de 1980, a história dos transplantes obteve um dos principais avanços com a descoberta da ciclosporina, medicamento utilizado para imunossupressão, que permitiu maior sobrevida aos pacientes por meio do controle da rejeição dos órgãos transplantados. Essa descoberta juntamente com o avanço das técnicas cirúrgicas e maior segurança sobre o diagnóstico de morte encefálica levou a um aumento no número de transplantes em todo o mundo⁽⁸⁾. O diagnóstico de morte encefálica torna o paciente um potencial doador de órgãos, como o coração, pulmão, fígado, pâncreas, intestino, rim, córnea, esclera, osso, cartilagens, tendão, menisco, fáscia, valva cardíaca e membrana amniótica⁽³⁷⁾.

Atualmente, o país com o maior número de doadores de órgãos e tecidos per capita é a Espanha, com 48,0 doadores pmp, ostentando há 30 anos o recorde mundial, sendo eleito pela OMS, como referência mundial em doação e transplantes de órgãos e tecidos⁽⁴²⁾. Ressalta-se que um dos pontos fortes do modelo Espanhol é a sensibilização da população sobre a importância da doação de órgãos, tornando o assunto comum entre a comunidade, bem como acapacitação constante dos profissionais que atuam no processo. Alguns países como o Brasil, buscam seguir o modelo espanhol adaptando para as realidades diversas⁽⁴³⁾.

No Brasil, os transplantes foram iniciados nos anos de 1960, de forma ainda

experimental e sem uma legislação que regulamentasse a atividade no país⁽⁴⁴⁾. A primeira lei de transplantes foi criada em 1968, Lei nº 5.479, dispondo sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica⁽⁴⁵⁾.

O aprimoramento e evolução exigiu uma legislação brasileira que abordasse critérios mais específicos, sendo implementado a Lei nº 9.434/1997⁽³⁶⁾, e o Decreto nº 2.268/1997⁽⁴⁶⁾, que regulamentaram as atividades de transplantes no Brasil. Além disso, foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT)⁽³⁴⁾, sendo descritas todas as etapas do processo de doação e transplantes, bem como as sanções penais e administrativas. Em dezembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.173/17, alterando os critérios para realização do diagnóstico de morte encefálica⁽³³⁾.

No Brasil, muitas pessoas seguem aguardando por um órgão. Em 2018, 34.000 pessoas aguardavam na fila por um transplante. Essa desproporção dos números pode estar relacionada vários fatores, sendo o que mais chama a atenção é a alta taxa de negativa familiar. Estima-se que 43% das famílias entrevistadas negam a autorização da doação de órgãos e tecidos do familiar que faleceu. Tais dados demonstram que ainda há muito por fazer para modificar essa realidade^(26,47).

3.3 DOENÇA RENAL CRÔNICA E O TRANSPLANTE RENAL

A Doença Renal Crônica (DRC) é entendida como a perda progressiva e irreversível da função renal. Considerada mundialmente como um problema de saúde pública cada vez mais frequente e que acomete aproximadamente 10% da população mundial, sua evolução relaciona-se as altas taxas de morbimortalidade^(12,48-50).

A DRC afeta a estrutura e a função renal de forma lenta e progressiva, em um período de três meses ou mais, dificultando o diagnóstico e início de tratamento precoce, podendo ser desencadeada por múltiplos fatores. Os indivíduos sob o risco de desenvolver a doença são: diabéticos, hipertensos, idosos, obesos, pessoas com histórico de doenças circulatórias, histórico de DRC na família, tabagismo e em uso de agentes nefrotóxicos⁽¹²⁾.

A evolução da DRC é classificada em seis estágios (Quadro 1), com base nos níveis de função renal e taxa de filtração glomerular (TFG) e albumina.

Quadro 1. Estágios de evolução da doença renal crônica.

Estágio	TFG (ml/min)	Grau de insuficiência renal
0	> 90	Grupo de Risco para DRC, ausência de lesão renal.
1	> 90	Lesão renal com função renal normal.

2	60-89	Lesão renal com função renal levemente diminuída.
3	30-59	Lesão renal com função renal moderadamente diminuída.
4	15-29	Lesão renal com função renal severamente diminuída.
5	< 15	Falência renal estando ou não em terapia renal substitutiva.

Fonte: Adaptado de Romão Júnior⁽⁵¹⁾.

O tratamento é realizado conforme o estágio da doença, TFG, comorbidades e complicações cardiovasculares, podendo estar incluídos tratamentos medicamentosos e mudanças no estilo de vida^(8,51).

Com a progressão da doença, deve-se optar por medidas extraordinárias para suprir a função dos rins doentes, iniciando um tratamento substitutivo que permita a sobrevivência e a melhora na qualidade de vida do paciente, tendo como opções técnicas de diálise e o transplante renal^(8,52).

O tratamento com técnicas de diálise substituem parcialmente a função dos rins, enquanto que o transplante renal permite alcançar o máximo de normalidade e retorno as atividades rotineiras, suprimidas pela doença^(12,53,54).

Comparando com pacientes que permanecem em diálise, ou sem receber o tratamento adequado para DRC, o transplante renal está associado à diminuição na morbidade, mortalidade e melhora na qualidade de vida⁽⁵⁵⁾.

Considerado atualmente como o melhor método de tratamento, oferecendo maior e melhor qualidade de vida, propiciando mais liberdade para a rotina diária, além de onerar menores custos ao sistema de saúde quando comparado com as demais terapias substitutivas^(16,53).

Em relação aos transplantes renais, pode-se visualizar os números de transplantes realizados em 2018 no país, estado e instituição estudada no Quadro 2.

Quadro 2. Números de transplantes realizados no Brasil, RS e ISCMPA no ano de 2018.

Transplante renal em 2018	Brasil	Rio Grande do Sul	ISCMPA
Transplante com doador vivo	1.018	29	16
Transplante com doador falecido	4.905	460	242
Total	5.923	489	258

Fonte: ABTO⁽²⁶⁾, ISCMPA⁽²⁷⁾.

3.4 A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) menciona o enfermeiro como profissional responsável por planejar, organizar, coordenar e executar a assistência durante o

processo de doação de órgãos, bem como durante o período de internação pós-transplante, estimulando o autocuidado com o receptor de órgãos e colaborando com a equipe multiprofissional no trabalho de reabilitação do paciente^(9,56,57).

A participação do enfermeiro contribui com assistência qualificada para esses pacientes, bem como aos cuidadores e familiares, a fim de dar continuidade ao tratamento fora do ambiente hospitalar^(20,58-60).

A enfermagem está presente em todas as etapas do processo de doação e transplantes, porém um estudo mostrou que os enfermeiros consideram insuficiente o conhecimento sobre o processo de doação e transplantes e seus aspectos legais, não se sentindo confiantes no cuidado a esses pacientes, necessitando de mais informação e conhecimento, visto que se trata de uma área altamente complexa. O que mostra uma enfermagem fragmentada, em que cada enfermeiro domina uma área específica do processo^(44,47).

Estudo realizado com profissionais de enfermagem, que prestam assistência ao paciente de transplante, mostrou que 21% dos profissionais entrevistados, não se sentem seguros para realizar a assistência, reforçando a importância de capacitação na equipe, bem como a possibilidade de momentos de troca de experiências entre os profissionais, favorecendo o aprendizado em uma área complexa e de constante mudança⁽¹⁶⁾.

É importante que o enfermeiro reflita constantemente sobre sua prática profissional, buscando estratégias para melhorar e qualificar a assistência prestada, transmitindo confiabilidade e conhecimento para a equipe de saúde, pacientes e familiares, favorecendo a seriedade e legalidade em todas as etapas^(18,44,61). Atuando no ambulatório, Unidades de Internação (UI), CC e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), estando presente nas fases pré, trans e pós-operatório⁽⁶²⁾.

Corroborando com o contexto, dentre as inúmeras atribuições do enfermeiro, destaca-se a educação e promoção da saúde, a função de educador de promover a geração de atitudes conscientes e resolutivas que envolve, além da valorização e reconhecimento do paciente, o estímulo para o autocuidado, incentivando o desempenho e prática de atividades, em benefício da sua saúde, como forma de adesão ao tratamento e colaborando com a redução da morbimortalidade⁽⁶³⁾.

3.5 TEORIAS DE ENFERMAGEM: DOROTHEA ELIZABETH OREM E MARGARETJEAN WATSON

As teorias de Enfermagem refletem o pensamento que fundamenta o desenvolvimento

do conhecimento, não somente como condutoras da prática profissional, mas levando a refletir e direcionar o agir no processo de cuidado. Aponta a direção, envolve o indivíduo como família, ser social, profissional, comunidade e instituição, direcionando metas, ações na perspectiva e dimensão do cuidar⁽⁶⁴⁾.

A teoriade Oremreferencia o autocuidado como indispensável para a sobrevivência do ser humano, que precisa ser capaz de cuidar de si mesmo. Assim, a enfermagem está presente para atuar quando o indivíduo apresentar déficit do autocuidado, sistematizando o ensino, estimulando o indivíduo a cuidar de si, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A capacidade vai envolver três elementos, tais como: operações de cuidado, que é quando o paciente adquire conhecimento sobre o que deve fazer e como deve realizar o autocuidado, os componentes do poder, que estão relacionados a fatores culturais, experiência de vida, escolaridade, sistema familiar, entre outros, disposição e capacidade fundamental, que estão diretamente ligados ao processo de viver e incorporar e/ou excluir cuidados a partir da compreensão dos seus significados⁽⁶⁵⁾.

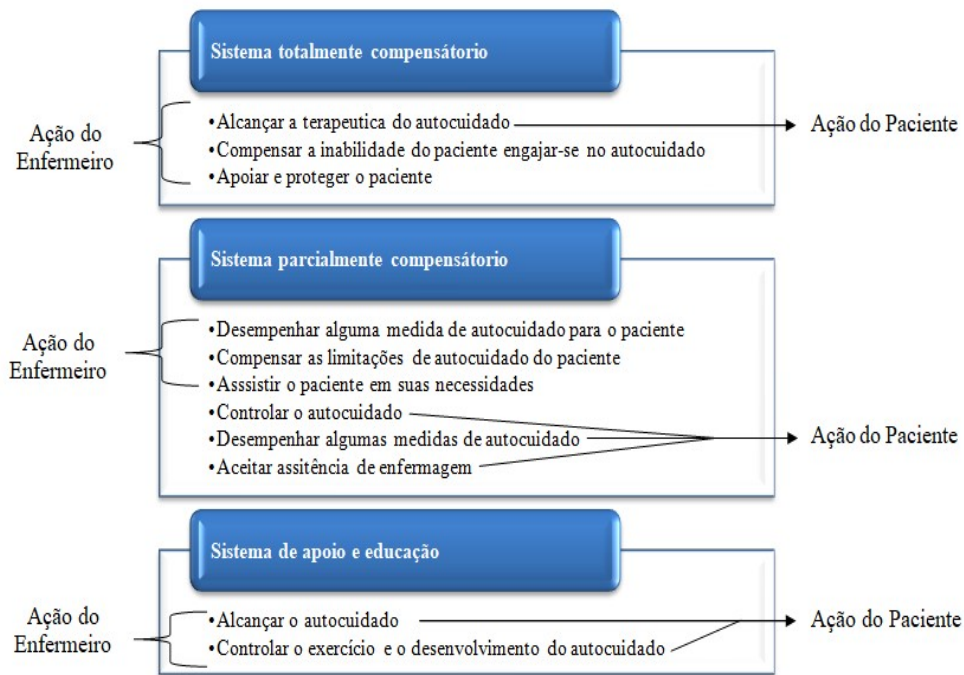
Orem define a enfermagem como um serviço de saúde especializado, distinguindo-se de outros serviços humanos por ter seu foco de atenção nas pessoas com incapacidades para a continua provisão de quantidade e qualidade de cuidados em um momento específico, sendo eles reguladores do seu próprio funcionamento e desenvolvimento⁽⁶⁶⁾.Expandindo a prática da enfermagem como ciência, em que a melhoria do cuidado deve ser o principal objetivo⁽⁶⁵⁾.

Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do déficit do autocuidado, composta de três teorias interrelacionadas⁽⁶⁷⁾:

- a) Teoria do autocuidado: compreende os conceitos do autocuidado, é a execução de atividades que o paciente desempenha em sua vida, saúde e bem-estar, mantendo a integridade e o desenvolvimento humano;
- b) Teoria do déficit do autocuidado: aponta quando a enfermagem é necessária, quando o paciente tem limitações ou incapacidade de realizar de forma efetiva e continuada o seu autocuidado;
- c) Teoria dos sistemas de enfermagem: é conduzido pelo enfermeiro baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente em desenvolver suas atividades, avaliando quando deve acontecer a interferência do profissional.

A fim de compor os requisitos de autocuidado do paciente, está classificada da seguinte forma: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação, exemplificada na Figura 3.

Figura 3: Sistemas de enfermagem segundo Teoria de Orem.



Fonte: Adaptado pela autora⁽⁶⁷⁾.

Essa teoria foi escolhida por ser aplicada em estudos envolvendo pacientes crônicos, incluindo os transplantados⁽⁶⁸⁾, partindo da premissa que esse tipo de paciente necessita constantemente promover seu autocuidado, pois permanece em acompanhamento por toda a vida, fazendo uso de medicações contínuas e cuidados diários para evitar a rejeição do órgão.

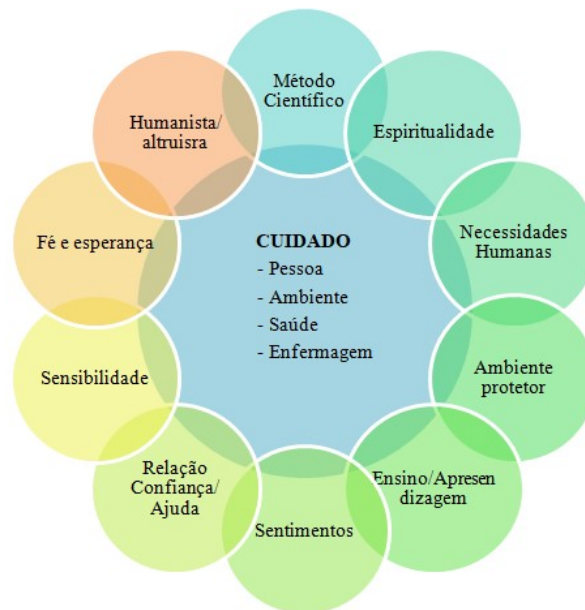
A segunda teoria trabalhada é a Teoria do Cuidado Transpessoal de Margaret Jean Watson, utilizada mundialmente⁽⁶⁹⁾, tem como foco o ser humano em sua integralidade: corpo, mente e espírito, a ciência do cuidado como ciência sagrada, que é considerada uma das mais novas teorias de enfermagem, ampliada no ano de 2005⁽⁷⁰⁾.

Watson enfatiza que, além da busca pela cura, o indivíduo necessita de cuidados de enfermagem voltados para uma filosofia humanística, dando significado à vida, definindo como conceitos básicos para nortear a teoria: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Levando à busca constante por um melhor atendimento, atrelando o respeito, o carinho e o amor, demonstrando na atenção dispensada ao paciente através do olhar atento, expressão facial, de forma empática, mostrando preocupação com o paciente e fazendo diferença no processo de cuidar^(64,65,69).

Para a construção do modelo de cuidado, Watson propõe dez elementos, conhecido como “processo clinical caritas” (Figura 4), que atuam de forma interrelacionados, proporcionando um cuidado humanístico, ampliando o olhar do enfermeiro para uma

profissão em que paciente e profissional sejam co-participantes no processo de cuidar, permitindo novas direções no saber e fazer. Tendo a cura como consequência do cuidado amplo que transcenda as dificuldades físicas, psíquicas e emocionais que acarretam no desequilíbrio do paciente^(69,71).

Figura 4: Conceitos básicos e elementos de cuidado propostos por Watson.



Fonte: Adaptado pela autora⁽⁶⁹⁾.

A teoria de Watson, não determina as ações de enfermagem, mas sim norteia a aplicabilidade e tomada de decisões. Cabendo ao enfermeiro, detentor do conhecimento e da técnica, atender as necessidades humanas contribuindo para o resultado do paciente e equipe que assiste se tornando um agente transformador na busca da qualidade do cuidado.

Essa teoria foi escolhida por estar sendo aplicada na instituição onde o estudo foi realizado, permitindo um maior aprofundamento na proposta de construção de modelo assistência de enfermagem^(69,72).

Assim, as teorias apresentam importante participação no cuidado ao paciente, pois as mesmas oportunizam o referencial teórico ao trabalho do profissional de enfermagem, proporcionando a organização e prestação de cuidados aos pacientes e familiares⁽⁷³⁾.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada no modelo convergente assistencial. A pesquisa convergente assistencial (PCA) tem como objetivo principal unir a prática assistencial com métodos de pesquisa, possibilitando cuidar, ensinar e pesquisar de modo associado, com a intenção de solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações, comprometida com a melhoria no contexto da prática em que ocorre a pesquisa⁽⁷⁴⁾. Optou-se por essa fundamentação por permitir a articulação da prática profissional com o conhecimento teórico, sendo seus resultados construídos progressivamente durante todo o processo de pesquisa⁽⁷⁵⁾.

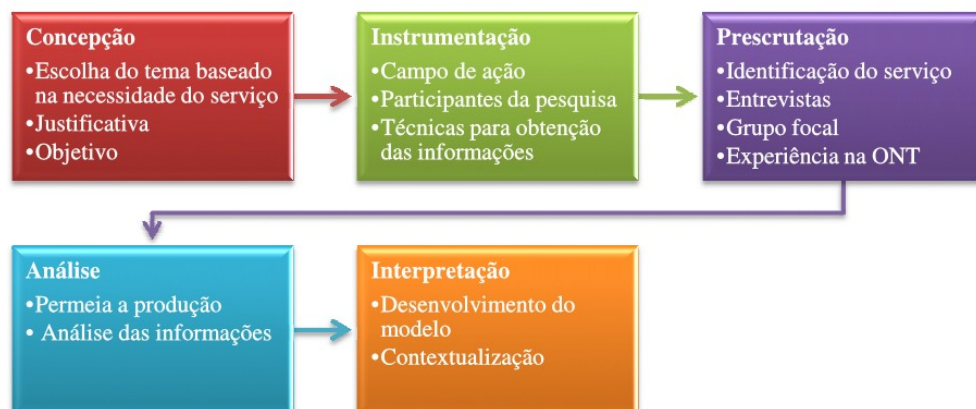
A PCA se caracteriza como abordagem qualitativa por incluir, necessariamente, variáveis subjetivas na interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa⁽⁷⁶⁾.

O profissional de enfermagem encontra um instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando implicações teóricas e práticas do seu fazer. O processo de investigação da PCA envolve cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação⁽⁷⁶⁾.

4.2 FASES DA PESQUISA

A seguir é apresentada cada fase da pesquisa, conforme preconiza a PCA, correlacionando ao que foi realizado nesta pesquisa.

Figura 5: Fases da pesquisa convergente assistencial.



Fonte: Adaptado de Trentini, Paim⁽⁷⁵⁾.

4.2.1 Fase de Concepção

A primeira fase contemplou a escolha da área de interesse, seleção do tema de pesquisa e objetivos, que na PCA deve estar relacionada com a prática diária do pesquisador, a partir de questionamentos sobre o processo assistencial, as dificuldades enfrentadas e as modificações que podem ser realizadas, bem como as inovações e melhorias a ser implementadas no serviço⁽⁷⁷⁾.

Nesta pesquisa, a fase está descrita nos capítulos introdução, objetivos e revisão de literatura.

4.2.2 Fase de Instrumentação

Tem como finalidade guiar os procedimentos metodológicos, incluindo: a escolha do campo de ação, escolha da população envolvida e técnicas para obtenção das informações. Na PCA o cenário da pesquisa envolve a ação prática dos envolvidos no mesmo espaço físico, identificando as necessidades de melhorias^(76,77). A seguir a ilustração do processo de desenvolvimento da fase de instrumentação (Figura 6) com a descrição dos procedimentos metodológicos na sequência.

Figura 6: Desenvolvimento da fase de instrumentação.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4.2.2.1 Campo de ação

O campo de ação deste estudo foi o ambulatório de transplantes SUS do Hospital

Santa Clara (HSC) e as Unidades de Internação (UI), Centro Cirúrgico (CC), Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e ambulatório de transplantes convênio do Hospital Dom Vicente Scherer (HDVS), localizados na ISCMPA. Estes serviços prestam atendimento multiprofissional aos pacientes que irão ingressar em lista de espera e realizar seu acompanhamento durante todo o processo de espera e transplante renal.

O ambulatório SUS do HSC é responsável por realizar consultas de diversas especialidades relacionadas ao transplantes que acontecem na instituição, para pacientes referenciados do SUS, procedentes de diversas cidades do RS e de outros estados do Brasil. Realizando aproximadamente 2.000 consultas/mês, o ambulatório também realiza outros procedimentos médicos e de enfermagem.

No HDVS são realizadas as consultas de convênio e particular dos pacientes que aguardam por um transplante, realizando cerca de 800 consultas/mês. O hospital possui duas UIs com capacidade para 50 pacientes, uma UTI com 11 leitos e um CC de transplantes com quatro salas de cirurgia⁽²⁷⁾.

Os planos de saúde, em sua maioria, não possuem cobertura para o procedimento de transplante. Pacientes que possuem convênio podem realizar as consultas ambulatoriais e exames, porém o procedimento do transplante é custeado pelo SUS.

4.2.2.2 Participantes da pesquisa

Os participantes envolvidos neste estudo foram dois grupos: pacientes atendidos pelo serviço de transplante renal da ISCMPA e enfermeiros que prestam assistência aos pacientes de transplante renal. Como critérios de exclusão foram adotados: pacientes que não tiveram condições de responder às perguntas da entrevista; pacientes menores de 18 anos; enfermeiros afastados das atividades por licença saúde ou férias no momento da coleta dos dados.

4.2.2.3 Técnicas para obtenção das informações

APCA permite a utilização de diferentes métodos, técnicas e análise de dados para obter as informações, desde que os envolvidos, pesquisador e participantes, estejam inseridos na prática assistencial, mantendo continuamente a dinâmica entre pesquisa e assistência^(75,76,78).

As técnicas para seguimento das atividades de pesquisa foram organizadas através do diagnóstico das atividades e serviço prestado aos pacientes de transplante renal, entrevistas

semi-estruturadas e Grupo Focal (GF). Além disso, foi possível outro campo para fomentar a pesquisa, que fora uma imersão realizada pela mestranda em um centro transplantador espanhol, parte da especialização, “Master Alianza”, realizado na Organização Nacional de Transplantes da Espanha. As técnicas utilizadas contribuíram para a construção do modelo assistencial na ISCMPA, permitindo assim a relação entre pesquisa e prática, descritas de forma detalhada nas etapas a seguir.

4.2.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase foram definidas as estratégias para obtenção das informações necessárias para elaboração do modelo técnico-assistencial de enfermagem. Com essas informações construiu-se o conhecimento, sem deixar de manter os rigores de técnicas e procedimentos que a PCA exige. As estratégias permitiram a convergência da pesquisa para a assistência de forma integrada, descritas a seguir através das etapas 1, 2, 3 e 4⁽⁷⁵⁾.

Etapa 1. Diagnóstico do serviço

Foi realizada uma avaliação contemplando o levantamento de informações relativas ao perfil dos pacientes, serviço e especialidades atendidas nos ambulatórios e hospital transplantador, compreendendo a descrição dos processos e rotinas assistenciais do setor e a identificação de fatores que facilitam e/ou dificultam a execução dos mesmos, com a finalidade de entender o funcionamento do serviço e identificar as principais barreiras enfrentadas pelos pacientes. Estas informações foram obtidas por meio da observação em campo da execução dos processos e rotinas.

Etapa 2. Entrevista com os pacientes

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pacientes de transplante renal atendidos na ISCMPA. As entrevistas aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2018, a mestranda escolheu intencionalmente as terças e quintas-feiras para realização das entrevistas, sendo realizada uma entrevista por dia, a fim de compreender o entendimento dos mesmos sobre o tratamento proposto, principais dúvidas e temores em relação ao tratamento. Os pacientes foram incluídos por conveniência de acordo com o grupo pré-definido pelas pesquisadoras:

- a) Pré-transplante: pacientes que estão em lista de espera;
- b) Transoperatório: pacientes que foram chamados ao transplante e estão realizando o preparo no hospital dia ou aguardando para ir ao Centro Cirúrgico;
- c) Pós-transplante: pacientes que já realizaram o transplante e estão se recuperando na unidade de internação.

Para identificar os participantes da pesquisa, optou-se pela nomenclatura PRÉ, TRANS, e PÓS, significando PRÉ - paciente que está em lista de espera, TRANS - paciente que está aguardando o momento da cirurgia e PÓS - paciente que já realizou o transplante, seguido da numeração correspondente a ordem da realização das entrevistas de cada grupo.

As entrevistas foram realizadas pela mestrandia, individualmente, em locais distintos. Com os pacientes PRÉ a entrevista foi realizada na antessala da hemodiálise e/ou no ambulatório de transplantes, para esse grupo de pacientes foi solicitado o auxílio da assistente social responsável pela hemodiálise e transplante renal, que forneceu a lista de pacientes que se encontravam aguardando consulta ou hemodiálise no dia. Com a lista em mãos, a mestrandia chamou individualmente os pacientes em local reservado, convidando-os a participar da pesquisa.

Com os pacientes trans, a mestrandia realizou contato com a enfermeira do hospital dia, verificando os pacientes que aguardavam o momento da cirurgia, realizando o convite conforme a ordem da lista, sendo a entrevista realizada em uma sala reservada do hospital dia.

Com os pacientes pós, a mestrandia realizou contato telefônico com a enfermeira da UI verificando os pacientes que estavam em preparo para alta hospitalar, o convite foi realizado aos pacientes seguindo a ordem da lista fornecida pela enfermeira, e as entrevistas foram realizadas no quarto do paciente na unidade de internação.

Para todos os pacientes a mestrandia se apresentou como aluna do mestrado e não como enfermeira da instituição, para que os mesmos não se sentissem constrangidos em responder as perguntas. Em todas as entrevistas foi mantida a privacidade do paciente. Os pacientes convidados não se negaram a realizar a entrevista. O tempo se deu conforme o interesse do participante em responder as questões, não excedendo 30 minutos para cada entrevista. No dia da realização da entrevista os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

O roteiro da entrevista (APÊNDICE B) foi formado de questões norteadoras abertas que permitiram ao participante discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à pergunta, organizadas em duas partes. A primeira, com os dados sociodemográficos dos participantes, enquanto que a segunda incluiu questões relativas ao objeto do estudo que abordou: expectativa

em relação ao transplante, cuidados que o paciente deve ter antes, durante e após o transplante, principais dúvidas em relação à assistência prestada na ISCMPA e sugestão para melhoria no atendimento ao paciente de transplante.

A entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada pela iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, deve obedecer a um roteiro utilizado pelo pesquisador a fim de facilitar a abordagem⁽⁷⁹⁾. O roteiro deve conter indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos, funcionando como lembretes, que contemplem as informações esperadas, servindo de orientação e guia para o andamento da entrevista. Sua construção deve permitir a flexibilidade, levando em consideração a forma de distribuição dos itens, com a intenção de absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor, ampliação e aprofundamento da comunicação, através da experiência, contemplando os itens indispensáveis para o delineamento do objeto⁽⁷⁹⁾.

Todos os dados coletados com as entrevistas foram gravados em arquivos de áudio no formato mp4, com a autorização prévia dos participantes entrevistados, conforme disposto no TCLE. A transcrição do material foi realizada pela mestranda com o auxílio de uma acadêmica de enfermagem, bolsista voluntária. Depois de finalizada as entrevistas, a mestranda fez a revisão detalhada de todas as gravações e transcrições para melhor compreensão e leitura das informações.

Etapas 3. Grupo focal com enfermeiros

A técnica de GF é utilizada em estudos em que há diferenças de poder entre os participantes, interesses pelo uso cotidiano da linguagem ou da cultura de um grupo em particular, quando se quer explorar o grau de consenso sobre certo assunto, ou ainda, compreender diferenças, divergências, contraposições e contradições⁽⁸⁰⁾.

Para o convite aos enfermeiros, primeiramente realizou contato com a gerente de enfermagem do HDVS e coordenadora de enfermagem do ambulatório do HSC, informando sobre o funcionamento do GF e explicando detalhadamente a pesquisa. Em um segundo momento foram encaminhados os objetivos da pesquisa via e-mail, para registro e ciência das mesmas, obtendo-se a resposta de autorização para iniciar os GP. Após foi realizado contato com as lideranças dos setores responsáveis pelo atendimento do paciente de transplante renal, explicando o propósito da pesquisa, convidando-os para participar do GF e solicitando a indicação de um ou dois enfermeiros de sua equipe para compor o grupo. A indicação dos enfermeiros participantes se deu por escolha da liderança, sendo encaminhado e-mail

formalizando o convite (APÊNDICE C).

Foram realizados três encontros em semanas consecutivas entre os meses de novembro e dezembro de 2018. Os encontros aconteceram na sala de reuniões do 6º andar do HDVS. Para identificar os enfermeiros participantes da pesquisa, optou-se pela nomenclatura ENF, seguido da numeração correspondente a ordem de fala do primeiro grupo focal.

O primeiro grupo focal foi realizado no dia 23 de novembro de 2018, às 9 horas, acontecendo o contato dos participantes com a pesquisa. Para esse momento, foi preparada exposição oral, em formato *PowerPoint* com 20 *slides*, através do computador portátil, tendo os seguintes objetivos: apresentar a proposta de pesquisa e suas finalidades; apresentar as etapas da pesquisa, apresentar as teorias de enfermagem utilizadas, reforçar o envolvimento e a participação ativa dos sujeitos durante os encontros do GF, de forma que se sintam parte da pesquisa e possam dar sua opinião e em conjunto buscar as melhores alternativas para o alcance dos objetivos propostos. Neste dia foi feita a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE D).

O segundo grupo focal foi realizado no dia 30 de novembro de 2018, às 9 horas. Para este encontro foi preparado uma apresentação de *PowerPoint*, composto por 10 *slides* com a síntese do primeiro encontro e apresentação de alguns trechos das entrevistas realizadas com os pacientes do transplante renal atendidos na ISCMPA.

O terceiro e último encontro foi realizado no dia 7 de dezembro de 2018, às 9 horas. Para este encontro foi preparado uma apresentação do *PowerPoint* com seis *slides*, realizando-se a síntese do segundo encontro, retomando algumas falas das entrevistas realizadas com os pacientes, visto que dois enfermeiros não puderam participar do segundo encontro por demandas das unidades onde trabalham, sendo assim, se considerou importante retomar este momento.

Todos os dados coletados com o GF foram gravados em arquivos de áudio no formato mp4, com a autorização prévia dos participantes. Foi realizada a transcrição detalhada do material, revisão e análise de todas as gravações e transcrições para melhor compreensão e leitura das informações.

Etapas 4. Experiência na Organização Nacional de Transplantes da Espanha – Programa Master Alianza

A etapa 4 foi a imersão da mestranda em um centro transplantador espanhol, parte da especialização, “Master Alianza”, realizado pela Organização Nacional de Transplantes

(ONT) da Espanha⁽⁸¹⁾. O Master Alianza em Doação e Transplante de Órgãos, Tecidos e Células é uma das mais completas e prestigiadas especializações internacionais neste campo. Tem como principal objetivo transferir o Modelo Espanhol de coordenação de transplante para países da América Latina através da formação de profissionais em centros espanhóis e cursos especializados. A formação faz parte do “Programa de Alianza” e visa o desenvolvimento e fortalecimento de uma rede de coordenação de transplantes em toda a América Latina^(43,81).

Por ser a Espanha referência mundial na capacitação profissional nas áreas de doação e transplantes, existe uma grande procura por parte dos profissionais que buscam o aperfeiçoamento, passo que as vagas são limitadas e distribuídas para todos os países. Desta forma, a ONT realiza uma rigorosa seleção entre os candidatos⁽⁴³⁾.

Com o intuito de aprimorar a qualidade dos serviços prestados na ISCMPA e aperfeiçoar a pesquisa desenvolvida no mestrado profissional em enfermagem na UFCSPA, a mestranda participou da seleção de um Edital concorrendo a uma vaga para o “Programa de Alianza” da edição de 2019. O resultado da seleção foi divulgado em novembro de 2018, sendo a mestranda selecionada para participar da XV turma desse importante e inestimável curso, sendo a única brasileira selecionada nesta edição.

Juntamente com a mestranda, participaram 27 profissionais, médicos e enfermeiros de 10 países ibero-americanos, selecionados entre os melhores de seus respectivos países. Os selecionados no período intensivo de 70 dias (entre janeiro e abril 2019) vivenciaram e atuaram em todos os aspectos relacionados à coordenação, doação e transplante de órgãos e tecidos na Espanha.

No final da especialização, esses profissionais transferem sua experiência, portanto, o modelo espanhol de transplantes, para seus respectivos países de origem⁽⁸¹⁾.

4.2.4 Fase de Análise

A fase de análise permeou todo o processo de produção de dados. Como a PCA une a pesquisa com a prática, à análise dos dados aconteceu juntamente com a descrição da fase de perscrutação (demonstrado pelas etapas 1, 2, 3 e 4), ou seja, da maneira como foi acontecendo as etapas, os dados foram sendo analisados. Desta forma o pesquisador pode intervir ou não nas etapas ao longo da construção dos resultados⁽⁷⁶⁾.

4.2.5 Fase de Interpretação

Esta fase final caracterizou-se pelo processo de transferência das informações, associada aos resultados e achados da pesquisa, teorização e construção das considerações finais^(75,76). A fase final está representada pelos capítulos 5, 6 e 7 desta pesquisa.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os princípios éticos em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº 466/12⁽⁸²⁾, e a Resolução nº 510/16⁽⁸³⁾, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMPA, e aprovada sob Parecer de número 2.830.483. Sendo ISCMPA proponente e UFCSPA participante (ANEXO A).

Os convidados, pacientes e enfermeiros tiveram total liberdade de aceitar ou recusar a colaborar com a pesquisa. Todos aqueles que aceitaram colaborar com a pesquisa foram informados dos objetivos de maneira clara e detalhada, sendo sanadas todas as dúvidas. O TCLE foi elaborado em duas vias, assinado pelo pesquisador e pelos participantes, sendo que uma via permaneceu com o pesquisador e a outra com participante.

Esta pesquisa pode apresentar risco de intensidade mínimo. Caso algum participante manifestasse desconforto, poderia se retirar da pesquisa em qualquer momento sem que isso representasse prejuízo no seu atendimento na instituição e ou local de trabalho.

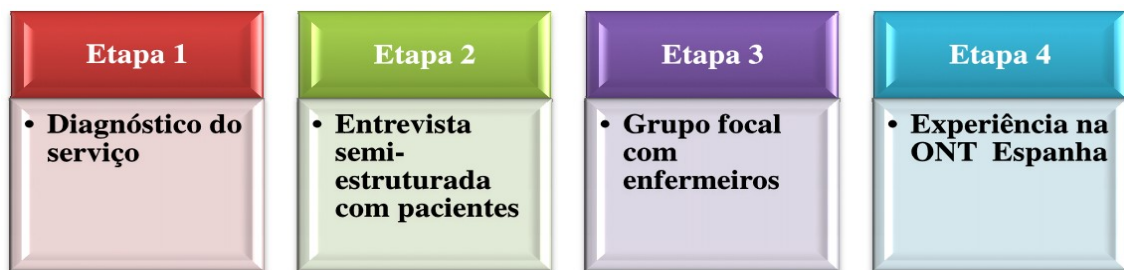
Todos os dados provenientes dessa pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos, sendo divulgados posteriormente por meio de publicações de artigos científicos em revistas indexadas e de nota de apresentação dos produtos para a comunidade (APÊNDICE E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na PCA, a descrição dos resultados da investigação é caracterizada pelo próprio processo de pesquisa utilizado para obtenção dos dados, que foi realizado com o objetivo de sistematizar e padronizar a prática assistencial, por meio de reflexões sobre o fazer profissional⁽⁷⁵⁾.

Os resultados são apresentados de acordo com os objetivos propostos no presente estudo. Sendo a etapa 1 caracterizada pelo diagnóstico do serviço de transplante renal, etapa 2 entrevista semiestruturada com pacientes de transplante renal, etapa 3 a realização de GF com os enfermeiros, e a etapa 4 a experiência vivenciada na ONT da Espanha, conforme pode ser visualizado na Figura 7.

Figura 7: Etapas de estruturação dos resultados da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Etapa 1. Diagnóstico do serviço

Conforme estabelecido nesta etapa, foi realizado o diagnóstico do serviço, sendo possível identificar o fluxo de atendimento do paciente no momento que chega ao serviço até a alta para o domicílio, os profissionais que realizam a assistência nos ambulatorios e a atuação do enfermeiro em todas as fases que envolvem o transplante. Identificando fatores que facilitem e/ou dificultem a execução do cuidado ou que possam comprometer a qualidade assistencial.

Na data de 31 de dezembro de 2018, o serviço de transplante renal contabilizou 2.643 pacientes em acompanhamento, entre eles, pacientes em lista de espera e que já realizaram o transplante.

Dos pacientes em lista de espera, 51% (n=196) são do sexo masculino; a idade varia entre 22 e 80 anos, sendo que a faixa etária predominante é entre 31 a 50 anos, 43% (n=166), do total de pacientes em lista, um número importante é o quantitativo de pacientes que

aguardam um retransplante, 29% (n=113); entre as principais doenças que levaram ao transplante estão diabetes mellitus, hipertensão arterial, seguida de glomerulonefrite.

Ambulatórios de Transplante. O ambulatório do HSC atende pacientes de transplante de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas, medula óssea e córneas. Os profissionais estão divididos por especialidade, cada equipe de transplante é composta por médico, assistente social, psicólogo ou psiquiatra, enquanto o enfermeiro, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo atendem todas as especialidades.

O ambulatório dispõe de um enfermeiro com carga horária de 8 horas por dia para assistir todos os pacientes do ambulatório e que também presta assistência para outros ambulatórios do complexo, os técnicos de enfermagem realizam as atividades de verificação de sinais vitais, medicamentos e curativos em uma sala ao lado ambulatório de transplantes.

A equipe de transplante renal é composta por profissionais com dedicação exclusiva, sendo eles: 2 médicos coordenadores, 10 nefrologistas que se dividem para atender os pacientes pré e pós-transplante renal, 1 psiquiatra, 1 assistente social, 1 farmacêutico, sendo a única equipe de transplante que contempla este profissional. Com dedicação parcial: 1 enfermeira de ambulatório e 10 técnicos de enfermagem.

No ambulatório de transplante do HDVS o serviço está dividido da mesma forma, sendo os mesmos profissionais médicos que se deslocam para fazer o atendimento, porém não tem enfermeira disponível em turno integral. Quando há consultas de enfermagem, a enfermeira da Coordenadoria de Transplantes é acionada para realizar o atendimento. Em junho de 2019, foi disponibilizado um técnico de enfermagem para este ambulatório para realização de verificação de sinais vitais, medicamentos e curativos.

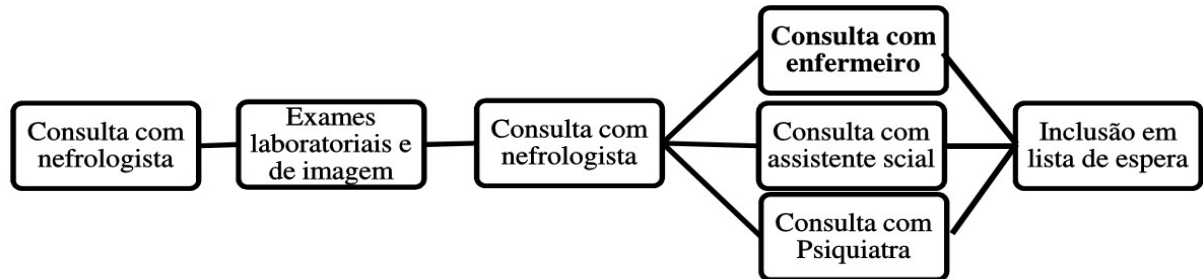
O serviço de transplante renal conta com uma enfermeira responsável por fazer a inclusão e exclusão em lista de espera, bem como o acompanhamento dos exames de rotina. Esta enfermeira também realiza as consultas de enfermagem dos pacientes de transplante pulmonar.

Não se evidenciou em ambos ambulatórios os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) atualizados. Em algum momento foram construídos, porém não mais revisados. Desde o segundo semestre de 2018, a instituição tem passado por reestruturação dos processos, sendo que os POPs serão atualizados e inseridos no sistema informatizado, de acordo com o estabelecido pelo serviço de qualidade em conformidade com o planejamento estratégico da instituição.

Quando o paciente é referenciado para o programa de transplante renal da ISCMPA, se faz necessário uma avaliação minuciosa para estabelecer a inclusão ou não na lista de espera.

Conforme ilustrado na Figura 8.

Figura 8: Etapas para inclusão do paciente em lista de espera para transplante renal.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Conforme regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes⁽⁹⁾, a equipe de transplante renal deverá ter no mínimo dois nefrologistas com residência ou título de especialista, com experiência mínima de seis meses comprovada em serviço de transplante renal, dois urologistas, ou um urologista e um cirurgião geral com residência ou título de especialista, com treinamento mínimo de seis meses em serviço de transplante renal. Não está contemplado no regulamento técnico, os demais profissionais da equipe multiprofissional, que contribuem ativamente para avaliação e tratamento do paciente. A instituição por entender essa importância, possui uma equipe multiprofissional, além de avaliação laboratorial e de imagem.

O primeiro contato do paciente com o hospital ocorre através da consulta com o nefrologista. Esse profissional é responsável por iniciar o acompanhamento do paciente, realizando a avaliação clínica, exame físico e solicitação dos exames preconizados, a saber: uréia, creatinina, eletrólitos, hemograma completo, tipagem sanguínea, glicemia de jejum, ácido úrico, proteínas totais e frações, cálcio, fósforo, enzimas hepáticas, lipidograma, coagulograma, PSA (antígeno prostático específico – para pacientes do sexo masculino com idade superior a 40 anos), parasitológico de fezes. Sorologias para doença de Chagas, citomegalovírus, síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV), hepatite B e C, toxoplasmose, sífilis e vírus Epstein-Barr, radiografia de tórax, ecocardiograma e ecografia abdominal. A instituição segue a solicitação de exames e avaliações conforme preconizado pelo MS⁽⁹⁾.

A partir dos resultados dos exames o médico consegue avaliar se o paciente segue com a investigação para possível transplante renal ou se há necessidade de exames complementares mais específicos como ecodoppler, ecocardiograma, tomografia ou até

mesmo intervenção cirúrgica. A qualquer momento o médico nefrologista pode solicitar outros exames, assim como avaliações por outros especialistas⁽⁸⁾.

A estimativa do programa é que pelo menos metade dos pacientes que realizam os exames preconizados pelo MS, já possa ser incluído em lista. Esses podem ser realizados na ISCMPA ou na cidade onde o paciente reside. Uma dificuldade do serviço é que os exames são agendados em dias distintos, fazendo com que o paciente retorne a instituição para a realização dos exames e, conseqüentemente, realizando mais de uma consulta médica. Preconiza-se que o paciente possa agendar os exames todos para o mesmo dia, agilizando o andamento da inclusão em lista e evitando os diversos retornos a instituição.

Após a avaliação da equipe multiprofissional (médico nefrologista, enfermeiro, assistente social, psiquiatra e demais profissionais) o paciente poderá ser incluído em lista de espera para transplante, retornando ao ambulatório de transplante de 6 em 6 meses para consulta com nefrologista e de 2 em 2 meses no laboratório de análises clínicas da instituição para a realização de exames de prova cruzada de compatibilidade.

Descreve-se a seguir os momentos em que o enfermeiro realiza atendimento ao paciente de transplante renal na instituição.

Consulta com enfermeiro nos ambulatórios de transplante SUS. O enfermeiro realiza a consulta e orienta o paciente em relação ao transplante, não tendo disponível um manual ou modelo de consulta a seguir. A consulta é evoluída no sistema informatizado.

Considerando à falta de enfermeiro exclusivo para o transplante renal, as consultas de enfermagem são realizadas uma vez por semana, sendo necessário organizar a agenda conforme a demanda de solicitações. O ambulatório não dispõe de consultas de enfermagem após o transplante, dificultando o vínculo do paciente com o serviço.

Uma pesquisa realizada na Região Sudeste do Brasil, com profissionais de enfermagem e pacientes transplantados, destaca o importante papel do enfermeiro nas fases que envolvem o transplante, reforçando sua participação na assistência aos pacientes e familiares, evidenciando que na fase pré-transplante é o momento primordial para trabalhar ações educativas, sanando dúvidas, reduzindo a ansiedade e fortalecendo o comprometimento com a adesão ao tratamento, sendo este profissional essencial para assegurar a eficácia do tratamento⁽⁸⁵⁾.

Consulta com enfermeiro nos ambulatórios de transplante convênio. Para realização de consulta de enfermagem é disponibilizado um dia da semana, visto que o enfermeiro realiza atividades na coordenadoria de transplantes da instituição. O ambulatório dispõe de um modelo de consulta de enfermagem manual, realizando a avaliação do paciente e após

transcreve em formato de evolução para o sistema informatizado. Mostrando a diferença na forma de atendimento na mesma instituição. Assim como no ambulatório SUS, não há material disponível ou guia com orientações para padronizar o atendimento do enfermeiro.

Atuação do enfermeiro na internação do paciente no hospital dia do HDVS. Quando o paciente é contatado para a realização do transplante, o preparo para o a cirurgia inicia no hospital dia, sendo o enfermeiro responsável por realizar a avaliação do paciente, exame físico, prescrição de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) preconizado na instituição e também fornece informações e orientações aos pacientes e familiares, porém sem uma padronização nas informações e orientações.

Atuação do enfermeiro no Centro Cirúrgico (CC) de Transplantes. O paciente é recebido no CC pelo enfermeiro, que realiza a conferência dos documentos, identificação do paciente e procedimento a ser realizado, bem como avaliação do estado de saúde, presença de acessos para medicações, fístula arteriovenosa, tempo de jejum. É responsabilidade desse profissional realizar ou auxiliar a realização do checklist de cirurgia segura (time out), organizar a logística das salas cirúrgicas e contato direto com equipes transplantadoras e CET. A instituição está em fase inicial de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP). Atualmente não é registrado avaliação de enfermagem no sistema informatizado durante a passagem do paciente pelo CC. Quando existe intercorrências, alteração de rotina ou não conformidade o enfermeiro registra no sistema. O CC dispõe de um enfermeiro por turno de trabalho.

Atuação do enfermeiro na UTI. O enfermeiro é responsável por receber o paciente na UTI juntamente com o médico e técnico de enfermagem. É responsabilidade do profissional realizar a avaliação do paciente, exame físico, prescrição de enfermagem através SAE e todos os procedimentos de enfermagem necessários. O enfermeiro realiza a orientação dos familiares em relação à entrada na UTI, reforçando o cuidado com a transmissão de infecções. Da mesma forma que as demais unidades, a UTI não contempla uma uniformização das orientações aos pacientes e familiares. A UTI dispõe de dois enfermeiros por turno de trabalho para realizar a assistência de 11 pacientes.

Atuação de enfermeiro na UI. O HDVS possui duas unidades de internação, dívidas entre convênio e SUS. O enfermeiro é responsável por avaliar diariamente o paciente, realizando exame físico, prescrição de enfermagem e procedimentos necessários através da SAE. Durante todo o período de internação, o enfermeiro é o profissional de referência na assistência ao paciente, realizando orientações sobre o pós-operatório e preparando os familiares para a alta. As unidades trabalham com dois enfermeiros por turno.

Quando existe a presença de um órgão compatível com o receptor, verifica-se a possibilidade do transplante e o médico nefrologista entra em contato com o paciente solicitando que compareça ao hospital. Na presença do paciente é realizado o exame da prova cruzada, crucial para o encaminhamento do paciente para o transplante. Em caso de probabilidade de rejeição elevada, o paciente retorna para casa e segue aguardando novo chamado para o transplante.

Quando o órgão for compatível com o paciente, a cirurgia é realizada no Centro Cirúrgico de transplantes do HDVS e a recuperação acontece na UTI e Unidade de Internação do mesmo hospital, permanecendo em acompanhamento por uma equipe multiprofissional, onde o enfermeiro desempenha importante papel na recuperação do paciente.

Durante o período de internação o paciente é avaliado por diversos profissionais, incluindo, além dos já mencionados no atendimento do ambulatório, está o nutricionista, fisioterapeuta, entre outros.

Após a recuperação na Unidade de internação, o paciente recebe as orientações em relação ao retorno no ambulatório e passa a realizar consultas com o médico nefrologista e o farmacêutico, que revezam os atendimentos, conforme segue:

- a) 1º mês pós-transplante: consulta 2 vezes por semana;
- b) 2º mês pós-transplante: consulta 1 vez por semana;
- c) 3º ao 6º mês pós-transplante: consulta 2 vezes por mês;
- d) 6º ao 9º mês pós-transplante: consulta de 20 em 20 dias;
- e) 9º ao 12º mês pós-transplante: consulta 1 vez por mês;
- f) 12º ao 24º mês pós-transplante: consulta 2 em 2 meses;
- g) Após o 24º mês pós-transplante: consulta de 6 em 6 meses.

Após o 3º ano, o médico avalia o tempo para retorno de consultas, bem como na presença de intercorrências as consultas podem ser mais frequentes.

Consultas com enfermeiro, assistente social, psiquiatra ou outro profissional são realizadas quando necessário, não tendo uma rotina estabelecida pelo serviço.

Foi possível observar uma fragilidade na assistência realizada nos ambulatórios, o que pode estar relacionado com a falta de enfermeiro com dedicação exclusiva nesses locais. No ambulatório do HSC, em muitos casos, os pacientes não realizam consulta pré e pós-transplante com o enfermeiro, por falta de horário disponível na agenda do profissional, uma vez que o enfermeiro também presta assistência em outros ambulatórios da instituição, prejudicando, muitas vezes, uma avaliação detalhada do paciente de transplante renal por esse profissional.

Etapa 2. Entrevista semiestruturada com pacientes

O objetivo das entrevistas foi compreender o entendimento dos pacientes sobre o tratamento proposto, principais dúvidas e temores em relação ao transplante, desta forma optou-se por realizar a entrevista com nove pacientes, distribuídos em três grupos de três pacientes: pré-transplante, transoperatório e pós-transplante.

Quanto ao perfil dos sujeitos participantes da pesquisa, evidenciou-se: sexo feminino (n=4) e masculino (n=5); faixa etária entre 44 e 65 anos; grau de escolaridade entre ensino fundamental incompleto e superior completo; tempo que permanecem ou permaneceram em lista entre 1 mês a 2 anos e 6 meses; em relação a procedência, quatro pacientes de Porto Alegre e cinco pacientes da região metropolitana. Entre as doenças prévias que levaram a ingressar em lista de espera destacam-se: hipertensão arterial sistêmica (n=6), diabetes mellitus (n=3) e rim policístico (n=3), conforme Quadro 3.

Quadro 3. Perfil dos pacientes pré-operatório, transoperatório e pós-operatório de transplante de rim entrevistados na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (n=9), novembro a dezembro de 2018.

Categorias	Idade	Sexo	Grau de escolaridade	Procedência	Tempo em lista	Doenças prévias
Pré-transplante	45	F	Superiorincompleto	Porto Alegre	2 meses	Rim policístico HAS/Aneurisma cerebral
	59	M	Fundamental incompleto	Barão do Triunfo	2 anos e 6 meses	Rim policístico
	65	M	Fundamental completo	Porto Alegre	1 mês	HAS/ Hepatite B
Transoperatório	60	F	Fundamental incompleto	Porto Alegre	1 ano e 6 meses	HAS/ Cálculo renal
	47	M	Médio completo	Cachoeirinha	2 anos e 5 meses	Rim policístico/ HAS
	50	F	Médio completo	Gravataí	2 anos	DM
Pós-transplante	44	M	Médio completo	Viamão	1 ano	Glomerulonefrite
	58	F	Superior	Porto Alegre	5 meses	HAS/ DM
	65	M	Médio completo	Canoas	2 anos	HAS/DM

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora(2019).

Após transcrição das entrevistas, iniciou-se a análise fazendo a leitura e releitura do conteúdo transcrito, identificando-se 270 unidades de informações. Agrupadas por

semelhanças temáticas, resultaram na categorização inicial, com dez categorias, conforme apresenta o Quadro 4.

Quadro 4. Categorias identificadas na entrevista com os pacientes pré, trans e pós-transplante de rim atendidos na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (n=9), novembro a dezembro de 2018.

1- Expectativas
2- Conhecimento
3- Informação
4- Cuidados antes e após transplante
5 - Comprometimento com o tratamento
6- Medo e insegurança
7- Mudanças após o adoecimento
8- Resultados esperado com o transplante
9- Equipe assistencial
10- Sugestões para melhoria do serviço
11- Dificuldades enfrentadas

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora (2019).

Finalizada a análise da categorização inicial, reagruparam-se as semelhanças, construindo um segundo mapa e resultando em seis categorias finais. O Quadro 5 apresenta as categorias iniciais, com as numerações correspondentes do Quadro 4, permitindo identificar as categorias que foram agrupadas, conforme semelhanças, resultando a categoria final.

Quadro 5. Agrupamento das categorias iniciais por semelhanças e categorias finais identificadas na entrevista com os pacientes pré-operatório, transoperatório e pós-operatório de transplante de rim atendidos na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (n=9), novembro a dezembro de 2018.

Categorias Iniciais	Categorias Finais
1 – Expectativas 8-Resultado esperado com o transplante	Expectativas do transplante renal
2 – Conhecimento 3 – Informação	Informação sobre o tratamento após o transplante
7 - Mudanças após o adoecimento 11 - Dificuldades enfrentadas	Mudança no estilo de vida após o adoecimento
4 – Cuidados antes e após o transplante 5-Comprometimento com o tratamento	Importância do autocuidado
6 - Medo e insegurança 9 - Equipe Assistencial	Sentimentos envolvidos no transplante renal
10 - Sugestões para melhoria	Melhorias do centro transplantador sob a ótica do paciente

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora (2019).

A seguir apresentam-se as seis categorias finais emergidas na pesquisa.

1. Expectativas do transplante renal

Esta categoria evidencia as expectativas em relação ao transplante renal, destacando a espera pelo órgão, possibilidade de sair da máquina de diálise e retornar a fazer planos com a família. A DRC, geralmente está associada a muitas expectativas, o paciente projeta no transplante o retorno à vida que possuía antes da doença. O fato de não precisar mais realizar hemodiálise, o retorno as atividades rotineiras, bem como a possibilidade de reorganizar a vida ao lado da família é relatado pelos pacientes como o início de uma nova vida.

Um estudo com pacientes que realizaram transplante renal, evidenciou que o retorno as suas atividades rotineiras, profissionais e pessoais está diretamente relacionada à melhora na qualidade de vida⁽⁸⁶⁾. O paciente nesta fase consegue perceber o quão difícil é a espera e que após o transplante renal recebe uma nova oportunidade de vida e, consequentemente, liberdade para retomar os planos, suprimidos pela doença, reforçando a necessidade de mudanças em relação à alimentação, convívio social e atividades laborais⁽⁸⁷⁾. Apresenta-se a seguir alguns recortes que representam esta categoria.

Melhora de vida e retomar as rédeas da minha vida, trabalho, faculdade, estudo, família, é meu sonho, é minha meta de vida, né, retomar as rédeas da minha vida, exatamente (PRÉ-3).

[...] que tudo dê certo, que saia da máquina [hemodiálise]. Fazendo o transplante vai melhorar, ele tem que me ver [neto que está em Santa Catarina] (TRANS-1).

Eu vim transplantar mais pela minha esposa e pelo meu filho, por eles [...] insistiram pra entrar na lista. Eu fui chamado 4 vezes, agora era um rim que era perfeito para mim [...] em termos de qualidade de vida vai mudar bastante. Poder programar a vida da gente, poder fazer planos (PÓS-1).

O afastamento do convívio social é algo que afeta o paciente, uma vez que precisa estar no hospital três dias da semana por um período prolongado privando-se de estar com a família, realizar viagens mais longas ou participar do convívio social.

Para alguns, o retorno as atividades profissionais e sociais são primordiais, para outros a retomada da autonomia é fundamental. Dessa forma, é importante entender o que o paciente projeta expectativas em relação ao tratamento, para que a equipe possa traçar o melhor plano de cuidado, esclarecendo dúvidas e auxiliando na adaptação a nova vida.

Ressalta-se, nesta categoria, que as expectativas são geralmente semelhantes e que o diálogo da equipe de saúde com o paciente é fundamental, desmitificando crenças e fantasias, proporcionando uma reflexão sobre o transplante de forma que consiga entender o tratamento, enfatizando a importância da adesão, a fim de evitar rejeições, bem como a necessidade de

consultas e uso dos medicamentos de forma crônica⁽¹⁸⁾.

A fala do “Pós-1” traz o desconhecimento em relação ao transplante, transferindo para a família o desejo de transplantar, conferindo a insegurança sobre seu adoecimento.

Pacientes em diálise, muitas vezes não possuem informação correta sobre o transplante e seus benefícios, gerando mitos e incertezas devido à falta de informações precisas. Ressalta-se a importância do paciente estar informado sobre seu estado de doença e tratamento recomendado, bem como favorecer a autonomia na tomada de decisões^(48,88). Assim a enfermagem deve orientar e incentivar o paciente, transmitindo segurança e possibilitando que o paciente expresse suas expectativas em relação ao tratamento.

2. Informações sobre o tratamento após o transplante

Nesta categoria, é possível verificar a ausência de conhecimentos pelos pacientes, acerca do transplante renal nas etapas pré, trans e pós-transplante. Um dos entrevistados relatou conviver com familiar que já realizou transplante, auxiliando durante sua recuperação, o que tornou mais fácil seu entendimento sobre a doença e cuidados necessários, conforme relato:

Eu vivo isso na minha família, né, duas pessoas já fizeram transplante e estão super bem, têm vida normal, retomaram as suas atividades. Eu cuido da minha mãe, né, agora uma cuida da outra [...] antes então eu cuidei dela em relação ao suporte que ela precisava dos remédios, ajudar a lembrar, organizar e hoje ela tá fazendo o papel que eu já fiz pra ela comigo, né, então a questão dos imunossupressores, os horários, cuidar a questão do jejum, alimentação (PRÉ-3).

Após a realização do transplante, o paciente vislumbra uma nova realidade e, de certa forma, precisa se adaptar a ela, agregando cuidados a sua rotina que serão fundamentais para o sucesso do tratamento, sendo necessária a readequação de cuidados com alimentação, medicamentos, com o corpo e o ambiente onde vive. As orientações fornecidas a esses pacientes e seus familiares, são de grande importância a fim de prepará-los para o transplante e as possíveis intercorrências que podem acontecer ao longo do período⁽⁸⁹⁾.

O paciente em lista de espera, geralmente realiza hemodiálise e, desta forma, acaba conhecendo pacientes na mesma situação permitindo a troca de experiências. Porém, alguns pacientes sofrem com a falta de informação em relação ao cuidado e tratamentos possíveis, gerando de certa forma, medos, insegurança e dificuldade de se adaptar à nova condição de vida.

Conforme mencionado nas falas a seguir:

O maior problema é a desinformação [...] eu não sei nada, infelizmente (PRÉ-1).

Eu tenho conhecidos que já fizeram transplante e tem o medicamento que a gente toma [...] eu

sei que tem o medicamento, é isso (TRANS-2).

[...] não sei, mas ela [médica] disse que quando eu tiver alta ela vai dizer o que preciso cuidar (PÓS-3).

Para que o paciente receba a informação correta é indispensável o conhecimento da equipe de saúde, através de profissionais responsáveis pela assistência, transmitindo de forma objetiva e sistematizada a informação adequada, verificando as necessidades de compreensão de cada paciente e adaptando ao seu entendimento^(90,91).

O uso de teorias e modelos para promoção da saúde pode contribuir para a construção e promoção do conhecimento, possibilitando uma reflexão e autonomia no cuidado, vislumbrando o alcance dos objetivos a fim de promover e estimular a saúde e bem-estar do paciente renal⁽⁶⁵⁾.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido, com pacientes que aguardam por um transplante renal, mostra diferentes opiniões em relação à lista de espera, os pacientes não compreendem claramente os critérios para receber o órgão, demonstrando-se inseguros quanto à precisão de seus conhecimentos. O que remete a importância de orientar o paciente e familiar no momento do ingresso em lista, esclarecendo e informando a fim de favorecer a compreensão dos mesmos⁽⁹²⁾.

Estudos anteriores mostram que o conhecimento sobre o adoecimento e opções de tratamento, bem como informações a respeito do transplante renal, são determinantes para o comportamento do paciente. Associando a educação do paciente com uma melhor sobrevida do enxerto no pós-transplante⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.

3. Mudanças no estilo de vida após o adoecimento

Esta categoria apresenta as mudanças no estilo de vida dos pacientes após o adoecimento. Em geral, o paciente acometido pela DRC apresenta pouco ou nenhum sintoma nos primeiros estágios da doença. Desta forma, pode haver uma demora na realização do diagnóstico, acontecendo somente quando o rim já está comprometido, sendo necessário passar por uma mudança no estilo de vida abruptamente.

Gradativamente surgem os sintomas da doença como náuseas e vômitos, inapetência, acompanhados de cansaço, dificuldades de concentração e insônia, entre outros. Alguns pacientes também se sentem desconfortados com a realização da hemodiálise, enfrentando todas as reações decorrentes da terapia substitutiva.

Destacam-se algumas falas dos pacientes que representam essa categoria:

Acho que esse processo de hemodiálise renova os teus valores de vida, né, mesmo sendo da área e sabendo de tudo eu orientava os meus pacientes, mas eu acabava fazendo errado, porque eu me alimentava errado, eu dormia errado, me automedicava, fazia umas bobagens entendeu (PRÉ-3).

Ah, o corpo fica meio fraco assim, tipo, tu quer fazer as coisas, tu pensa que vai fazer, eu vou acordar e fazer isso e fazer aquilo [...]eu era diarista, eu chegava assim, muito ruim, muito ruim mesmo, aí eu chegava tinha que dormir(TRANS-2).

Sempre fui muito ativo e isso acabou com as minhas forças, eu virei um inútil, então chegou a esse ponto (PÓS-3).

O comportamento e as mudanças são descritos como componentes essenciais de um processo de auto-gestão de doenças crônicas, que é definida como a capacidade do paciente controlar os sintomas, complicações decorrentes da doença, formas de tratamento, bem como problemas físicos e psicossociais, que alteram os padrões de estilo de vida^(94,96).

Watson traz a promoção do ensino e aprendizagem interpessoal como fator de equilíbrio, auxiliando o paciente no enfrentamento da doença, promovendo alternativas para as situações vivenciadas. A atuação do enfermeiro nesta etapa visa à utilização de um cuidado científico e humano, embasando suas atividades de enfermagem nas necessidades do paciente, propiciando a adaptação e enfrentamento da doença⁽⁶⁹⁾.

4. Importância do autocuidado

Conforme o paciente reflete sobre as formas de cuidado consigo, passa a ser também ele, e não somente a equipe de saúde, um condutor no processo do cuidar. Quanto mais o paciente for incentivado a participar e se sentir responsável pelas formas do cuidado em seu tratamento, mais chances de sucesso na recuperação.

A adesão ao tratamento é de suma importância, uma vez que o paciente necessitará usar imunossupressores por toda a vida, e esses com horários rígidos e cuidados constantes. O paciente precisa ser orientado e constantemente informado sobre o uso de medicamentos a fim de evitar a rejeição do órgão⁽⁹⁷⁾.

Um estudo sobre adesão ao tratamento, revelou que de 18 a 68 % dos pacientes que recebem órgão sólido não aderem ao tratamento de imunossupressão de forma correta, sendo essa a principal causa de perda do enxerto⁽⁹⁸⁾.

Da mesma forma, é importante que a equipe prepare o paciente para o transplante, tornando-o peça principal nesse tratamento, incentivando o autocuidado como fator determinante para o sucesso do tratamento. Observado nas falas:

Não adianta fazer o transplante e me atirar agora porque eu tô bom, o rim é uma coisa que depende muito da gente. Tem pessoas que fazem o transplante e dura 1 ano, 2 anos e não dura mais, o cuidado meu é direto, não vou me atirar em nada, sei que é difícil, tem que se cuidar (PRÉ-2).

[...] são coisas que vão ser pra sempre, né, são mudanças de hábitos alimentares e de vida, né, pra você poder se manter bem. Preservar aquilo que no momento de dificuldade, momento de tristeza a família doou pra você ter oportunidade de viver bem uns longos anos [...] to mudando os hábitos porque se faz necessário e eu quero viver, eu tenho um filho de 11 anos e eu quero acompanhá-lo, então essas mudanças se fazem necessárias, né, pra poder se manter bem (PRÉ-3).

A gente sabe que tem que ter uma série de cuidados, com a alimentação, em relação aos primeiros 6 meses, ao contato com as pessoas, essas coisas todas, né? Pra evitar, porque nos primeiros 6 meses pode dar rejeição, então ter esse tipo de cuidado mais extremo (PÓS-1).

O desafio configurado no autocuidado junto ao paciente caracteriza-se pela complexidade do seu tratamento, estado emocional e quadro clínico, necessitando reaprender a viver, buscando constantemente aprender sobre o seu adoecimento e tratamento de forma a ser o protagonista do seu cuidado. Assim, é importante destacar a criação ou manutenção de uma rede de apoio, em que família e equipe de saúde estimulem e proporcionem um seguimento de vida saudável⁽⁹⁹⁾.

O autocuidado é definido pela teoria de Orem, como a promoção de atividades que favorecem o desenvolvimento do indivíduo para a continuação da vida e bem-estar social⁽⁶⁵⁾. Por estar atrelada ao pressuposto que todos possuem capacidades, em diferentes graus, para cuidar de si, identificando o que pode ser realizado sozinho ou as que necessitam de intervenção do outro. A teoria de Orem traz que o autocuidado emerge a fim de impulsionar para as atividades de promoção e prevenção da saúde e responsabilização pelo autocuidado⁽⁹⁹⁾.

5. Sentimentos envolvidos no transplante renal

Esta categoria apresenta os sentimentos manifestados pelos pacientes nas fases que envolvem o tratamento.

Para Watson, os sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, tem forte repercussão e oportuniza que o enfermeiro compreenda o paciente em seu modo de agir, contribuindo para a ascensão e manutenção da saúde⁽⁶⁹⁾.

O paciente que enfrenta a doença renal terminal, convive com sentimentos múltiplos, não sabendo quando será a sua vez de transplantar e se conseguirá um doador compatível, ao mesmo tempo a incerteza do sucesso do transplante, como expressado na fala de alguns pacientes:

Eu tenho medo de ir de novo e não dá, eu fiquei mais de dois meses aqui, cheguei toda faceira achando que ia ganhar um rim, que ia tomar muita água, até no dia que eu cheguei na clínica eu não queria ficar lá, porque tava triste que não deu certo, eu tava lá, mas meu corpo parecia que não tava lá (TRANS-1).

Sabe o que, quando eu entro lá no bloco, assim, fico tão nervosa, Ah, eu não sei, fico muito nervosa, tento falar e não consigo (TRANS-3).

As particularidades das manifestações podem estar relacionadas a: história de vida, vínculos sociais, características pessoais e como vivenciam o enfrentamento da doença⁽¹⁰⁰⁾. A incerteza em relação ao período de espera pode gerar aumento do sofrimento psíquico, desencadeando estresse físico e emocional para pacientes e familiares.

Durante a espera, que pode levar meses ou anos, os pacientes vivenciam um declínio na saúde, incluindo alterações físicas, sociais e psíquicas⁽¹⁰¹⁾. Para tanto necessitam adaptar-se ao tratamento dialítico e complicações que podem ocorrer durante a realização do tratamento, conforme relatado por “Pré-2”, ao se referir a fístula para realização da hemodiálise.

[...]o braço direito praticamente tá condenado e esse daqui praticamente é só essa aqui, o pescoço eu já fiz 3 cateter e é muito difícil, a veia tá trombosada, a minha preocupação é essa aí, que tá zerando, as fístulas não duram pra sempre, mesmo cuidando[...] eu fico assim chateado, então é muito difícil se parar essa aqui, aí é bem complicado[...] a gente tá na fila mas não sabe o que acontece, a minha preocupação é essa, eu não posso ficar muito tempo também e mas fazer o quê, né? (PRÉ-2).

Essa fala vai ao encontro de uma pesquisa realizada com pacientes em hemodiálise que aguardam por um transplante, evidenciando a preocupação dos pacientes estando suas vidas diariamente sob risco, ao conviver com a dependência da hemodiálise e suas complicações, remetendo o paciente ao confronto com a morte⁽¹⁰²⁾.

Outro sentimento manifestado nas falas é o isolamento social e abandono familiar, onde, mediante ao enfrentamento da doença, o paciente se sente desamparado por sua rede, que anteriormente era de apoio, conforme depoimento:

Tenho dez irmãos comigo, quando eu fiquei doente, todo mundo ficou apavorado, fazendo exame para me dar o rim, o doutor disse pra mim, isso é empolgação, todos estão apavorados para te dar o rim, e ele tava certo, passou esses anos todos e nenhum foi lá em casa me visitar (TRANS-2).

O que difere de um estudo realizado no Chile, em que a família permanece como principal rede de apoio, relatada pelos pacientes que realizam tratamento renal substitutivo, relacionando diminuição na qualidade de vida aos pacientes que vivem sozinhos⁽¹⁰³⁾. Desta forma os familiares também necessitam de apoio e amparo da equipe de saúde para compreender este momento de doença na família.

O paciente renal tem alta incidência de estados emocionais negativos, podendo

apresentar irritabilidade, depressão, impaciência, ansiedade, medo, entre outros. É importante e se faz necessário que os profissionais que realizam assistência, busquem identificar estratégias que possam auxiliar pacientes e familiares na gestão e enfrentamento desses sentimentos, favorecendo o vínculo e colaborando com o tratamento⁽¹⁰⁴⁾.

É evidente e indispensável o apoio ao paciente neste momento peculiar de sua vida, cujas incertezas e temores em relação ao futuro são constantes.

6. Melhorias do centro transplantador sob a ótica do paciente

Nesta categoria, os pacientes discorrem sobre os profissionais envolvidos na assistência, bem como sugerem melhorias para o serviço.

O profissional de saúde, que compõe a equipe de cuidado do paciente renal, deve estar atento as suas manifestações que envolvem não somente a doença em si, mas também questões sociais e psicológicas.

O paciente de transplante permanece em constante tratamento no serviço. Desta forma, precisa se sentir seguro e confiante em relação à equipe que lhe assiste. Porém, pacientes relatam a falta de informação por parte da equipe no período que pré-transplante e também a carência em relação à capacitação dos funcionários, como pode ser visto nas falas seguintes:

Eu acho que o médico, a enfermeira poderia participar mais [...] não que seja uma crítica, eu não tô criticando nada [...] sou bem atendido, a gente cria um vínculo, mas falta informação (PRÉ-1).

[...] da parte funcional, né, eu acho que mais treinamentos para a equipe, assim, tem pessoas maravilhosas, mas tem muitas pessoas que tão muito cruas mesmo [...] mas enfim, né, é uma situação que quando você chega não é como você trocar o armário de lugar e ver se ficou bom ou não ficou, você tem que ir certo naquilo ali porque é uma vida, sei, eles investem bastante em pessoal pra treinamento, mas acho que nunca é demais (PRÉ-3).

Os pacientes em condições crônicas precisam de cuidados integrados, com a participação de uma equipe multiprofissional, envolvida nas diversas áreas do saber em saúde, a fim de potencializar o cuidado e atender as necessidades dos pacientes com DRC⁽¹⁸⁾.

Neste cenário, o enfermeiro pode contribuir ativamente com a equipe multiprofissional, promover a educação em saúde, orientando paciente e familiar, conforme seu grau de entendimento, envolvendo-os no cuidado e estabelecendo uma relação de ajuda, não somente centrada na doença, mas sim de promoção a saúde, qualidade de vida e bem-estar⁽¹⁰²⁾.

Outros pacientes entrevistados reconhecem o profissionalismo da equipe durante o período de internação no pós-transplante, porém um deles ressalta a escassez de profissionais em alguns momentos e dificuldade de ficar distante dos familiares na UTI:

[...] na verdade não tem nada pra me queixar nem mesmo do pessoal que cuida da gente. É tudo cuidado melhor que em casa [...](PRÉ-2).

Agora uma coisa que a gente tem que reconhecer é o tratamento, o ambiente, o serviço é incrível aqui eu fico impressionado como que tudo encaixa, o profissionalismo, a especialização das pessoas que trabalham aqui é fantástica sei que eles estão com pouco pessoal, tá faltando um pouco mais, mas eu sei que é porque tá faltando gente pra atender [...](PÓS-1).

[...] mas assim, em relação à chegada, da cirurgia, aos primeiros momentos ali, ficar com a presença da família mais próxima faria toda a diferença pra mim (PÓS-2).

A visita aberta em UTIs é uma realidade mundial. Um grupo de trabalho espanhol elaborou, juntamente com a participação de pacientes e familiares, um manual de boas práticas em humanização, apresentando como estratégia número 1, a UTI de portas abertas. A presença dos familiares nos cuidados reduz a tensão, o estresse emocional e promove a aproximação e comunicação entre profissionais, pacientes e familiares⁽¹⁰⁵⁾.

No hospital onde foi realizada a pesquisa, as visitas são restritivas realizadas três vezes por dia, com duração de 30 minutos, sendo permitida a entrada de dois familiares por horário de visita. Porém, os enfermeiros entendem a importância da presença da família e em algumas situações flexibilizam a entrada de familiares fora do horário estabelecido. Faz-se necessário um trabalho de reflexão, aprendizagem e consenso entre profissionais e gestores, planejando estratégias e adequando a estrutura para um modelo de UTI aberta.

No cotidiano da prática diária, o profissional de saúde é desafiado a promover uma assistência de qualidade aos pacientes e familiares, tendo que enfrentar os diversos obstáculos exigidos pela demanda de trabalho, falta de profissionais e rotatividade da equipe.

Como integrante da equipe, o enfermeiro desempenha importante papel em relação ao tratamento, cuidado e educação do paciente, a fim de proporcionar uma relação de confiança na qual o paciente se sinta acolhido pela equipe⁽¹⁸⁾.

Para Orem, o enfermeiro é o profissional reconhecido para auxiliar o paciente na busca por competências para o conhecimento e a realização do autocuidado⁽⁶⁹⁾. Assim sendo, deve promover a saúde e proporcionar momentos de intervenções educativas durante o período que o paciente está no serviço de saúde e gradativamente promover o autocuidado, para que favoreça o entendimento e adesão ao tratamento⁽⁶³⁾.

Cabe aos profissionais de saúde que acompanham os pacientes, trabalhar a empatia e respeitar esse paciente como um ser humano que tem pensamentos, opiniões, sentimentos, muitas vezes interrompidos em consequência da doença, necessitando ser ouvido como pessoa e não somente como mais um paciente.

Etapa 3. Grupo Focal

Foram realizadas três sessões de GF com enfermeiros, sendo que o tempo de duração variou de uma hora e meia a duas horas, os participantes puderam refletir e discutir sobre o assunto proposto, sendo a mestranda moderadora do grupo. Nessa etapa, ocorreu a integração entre os enfermeiros, troca de saberes, relato das dificuldades enfrentadas em relação à assistência prestada, definição do que compete a cada enfermeiro no momento de transmitir a informação e prestar assistência ao paciente de transplante renal.

A realização do GF, permitiu a elaboração pelo grupo, das orientações necessárias que devem ser transmitidas pelos enfermeiros, aos pacientes, colaborando juntamente com as demais etapas da pesquisa, com a elaboração do modelo técnico-assistencial fundamentado na literatura e teorias escolhidas⁽⁷⁵⁾, permitindo uma maior interação entre os enfermeiros que atuam no transplante renal.

Quanto ao perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa, evidenciou-se: sexo feminino (n=8) e masculino (n=2); faixa etária entre 28 e 46 anos; tempo de formado entre 2 e 17 anos, especializações nas áreas de Nefrologia, Doação e Transplante, UTI, CC, Urgência e Emergência, Oncologia, Gestão em Saúde. Sendo que dois enfermeiros não possuíam especialização, cinco enfermeiros concluíram mais de uma especialização, dois enfermeiros com mestrado concluído e dois em andamento, um com doutorado concluído e outro com doutorado em andamento; tempo que atuam com transplante renal entre 2 meses a 10 anos. Os enfermeiros com maior tempo na instituição são os que atuam há menos tempo com transplante renal.

A distribuição por área de atuação dos enfermeiros que participaram do grupo focal, foi listada no Quadro 6.

Quadro 6. Área de atuação dos enfermeiros assistenciais que participaram do Grupo Focal e acompanham o paciente de transplante renal na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Número de enfermeiros	Setor de atuação do enfermeiro
01	Ambulatório de transplante do HSC
01	Ambulatório de transplante do HDVS
02	Unidade de internação do HDVS
02	Centro Cirúrgico de Transplantes
02	Unidade de Tratamento intensivo do HDVS
01	Coordenadoria de Transplantes
01	Coordenadora de enfermagem do HDVS

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora (2019).

A data, duração e número de participantes por grupo estão descritos no Quadro 7.

Quadro 7. Duração e número de participantes do Grupo Focal com enfermeiro.

Grupo Focal	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3
Data	23/11/2018	30/11/2018	07/11/2018
Duração	2 horas	1 hora e 30 minutos	1 hora e 45 minutos
Participantes (n)	10	8	9
Atividades realizadas	Apresentação da pesquisa; Apresentação das Teorias de Enfermagem; Apresentação dos participantes; Início da construção do modelo assistencial (dinâmica com papel pardo).	Síntese do 1º GF; Apresentação de algumas entrevistas realizadas com os pacientes; Avaliação do material construído no 1º GF.	Síntese do 2º GF; Avaliação do material construído no 2º GF; Apresentação do modelo-técnico assistencial.
Perguntas respondidas pelo GF	Quais as informações o paciente de transplante deveria receber nas fases pré, trans e pós-transplante na ISCMPA?	Quais as possíveis barreiras que podem ser enfrentadas pelos pacientes para acessar o serviço de transplante da ISCMPA? Por quais profissionais o paciente deve ser atendido? Como se dá a assistência do Enfermeiro em cada etapa nas fases pré, trans e pós-transplante na ISCMPA?	Avaliem a construção do modelo técnico-assistencial sugerido, identificando as não conformidades e sugerindo o que achar necessário.

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora (2019).

1º Grupo Focal

No primeiro encontro do GF, após a apresentação da pesquisa, foi realizada a leitura e assinatura do termo de consentimento pelos participantes e também a apresentação dos participantes, cada um falou seu nome e em qual setor atuava. O que chamou a atenção foi o fato de que mesmo trabalhando na mesma instituição, todos com transplante, alguns dos enfermeiros não se conheciam e não sabiam o trabalho realizado nas outras áreas. Conforme relato:

Quero perguntar uma coisa, que eu falo pra eles que vocês vão fazer, mas eu nem sei se vocês fazem. Quando o paciente está na UTI eu não sei qual a orientação da enfermeira. Vai conversar com o paciente vai orientar a questão da entrada, da saída, toda aquela função. Também lá no quarto, é cobrado desses familiares que antes de entrar em sala ao chegar com o paciente eles tem que lavar as mãos na entrada e na saída (ENF-3).

Estudo realizado com enfermeiros que atuam no transplante renal aponta a

importância do seu papel tanto assistencial como educador, enfatizando a importância da sua atuação para as orientações nas fases que antecedem ou após a realização do transplante, preparando-os para possíveis intercorrências, a indispensável adesão ao tratamento e uso de medicações por toda a vida a fim de evitar a rejeição do órgão⁽¹⁰⁶⁾.

Alguns enfermeiros expressaram que não se sentem totalmente incluídos no cuidado do paciente, talvez por não ter conhecimento sobre todo o tratamento, não compreendendo por completo as etapas relacionadas aos cuidados com o transplante. Possuindo conhecimento somente na sua área de atuação específica como exemplo, o enfermeiro que atua na unidade de internação desconhece quais as orientações que o paciente recebe no ambulatório e se essa foi eficaz. Como relatado na fala:

A gente se coloca numa posição de superioridade ao paciente, a gente coloca o que a gente acha que é importante, mas a gente não pergunta o que o paciente acha que é importante, ou o que ele já aprendeu. É difícil para o paciente entender a equipe multi(ENF-5).

Os profissionais devem estar atentos às necessidades de saúde dos pacientes através de ações conjuntas para a integralidade da assistência. O enfermeiro tem importante participação na avaliação e identificação de possíveis alterações, sendo responsável por promover a educação do paciente e familiar, facilitando o entendimento a respeito do tratamento. Desta forma, precisa estar capacitado para prestar uma assistência de qualidade⁽¹⁰⁷⁾.

Assim, se faz necessário a aproximação dos saberes, a fim de permitir que diferentes profissionais trabalhem de maneira interdisciplinar, promovendo ações de prevenção, promoção e melhoria nas condições de vida dos pacientes⁽³⁴⁾.

Finalizado o momento de interação, a pesquisadora realizou uma dinâmica com os participantes fixando três folhas de papel pardo na parede da sala e identificando com as fases pré, trans e pós-transplantes, sendo explicado o que significava cada fase:

- a) Pré-transplante: momento que o paciente é incluído em lista de espera até a realização do transplante;
- b) Transoperatório: momento que o paciente é chamado para o transplante até o término da cirurgia;
- c) Pós-transplante: momento após a cirurgia, que pode ser o pós-operatório imediato ou tardio.

Definida as nomenclaturas, os enfermeiros responderam a seguinte pergunta: “Quais informações o paciente de transplante deveria receber nas fases pré, trans e pós-transplante na ISCMPA”?

As respostas foram incluídas no papel pardo, divididas por fases conforme elencado

pelo grupo.

Neste momento os enfermeiros trouxeram suas experiências diárias e relataram o que cada um transmite de informação para o paciente no seu setor de trabalho.

O primeiro encontro terminou com várias orientações escritas e com propósito de cada enfermeiro avaliar na sua unidade o que o paciente de transplante renal precisa receber de informação durante seu tratamento. Conforme visualizado no Quadro 8.

Quadro 8. Primeiras sugestões realizadas pelo Grupo Focal

PRÉ	TRANS	PÓS
Falar da possibilidade de diálise após o transplante, se necessário	Possibilidade de permanecer intubado após o transplante	UTI:
Higiene do paciente e do familiar no pós transplante	Possibilidade de sentir dor no pós operatório	Orientar paciente em relação ao tempo e espaço
Vacinas	Local da ferida operatória	Orientar rotinas da UTI
Automedicação – cuidado com medicações não prescritas	Drenos, punções	Visita restrita - verificar possibilidades
Cuidados com a FO, local da cirurgia	Receber hemoderivados	Explicar NPO
Visita restrita	Explicar NPO – não trazer alimentos de fora do hospital	Não terá acesso ao banheiro
Aguardar ao chamado para o transplante	Suspeita de gravidez -realizar Beta HCG	Explicar sinais e sintomas que podem ocorrer no pós operatório
Atenção ao deslocamento quando chamado para o transplante	Manter o familiar com o paciente até o início da cirurgia	INTERNAÇÃO:
Não trazer alimentos de fora do hospital	Equipe "multi" acompanhando familiares que aguardam término da	Aplicar escala de dor
Higiene da casa no pós transplante	Livro/pasta com curiosidades (atualizar e referenciar informações)	Orientação aos familiares – grupo de controle de infecção
Encaminhamento da equipe multiprofissional/ Avaliar situação do paciente	Não terá acesso ao banheiro no pós operatório na UTI	Documento de acolhimento (panfleto)
Avaliar situação real do paciente/ Organizar situação após transplante		Visita restrita
Termo de consentimento – Complicações que podem acontecer		Explicar NPO – não trazer alimentos de fora do hospital
Uso de preservativo (Relação sexual)		Cuidado com medicações e imunossupressores
Exercício físico		Encaminhamento da equipe para cuidados no domicílio
Protetor solar		Cronograma de medicações para uso no domicílio
Melhorar equipe "multi" com orientações de como será o transplante		Consulta e exames agendados na alta
Consultas fragmentadas ao longo das vindas ao hospital		Controle da diurese
Livro/pasta com curiosidades/ informações		
Observar métodos de aprendizagem de cada paciente		
Ter dentista na equipe multiprofissional		
Espaço físico restrito para implantar novas rotinas		
Imagens/Fotos dos locais onde o paciente vai percorrer em cada etapa		

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora e Grupo Focal (2019).

2º Grupo Focal

No segundo encontro do GF, foram apresentados alguns recortes das falas das entrevistas, que já tinham sido realizadas com os pacientes, possibilitando a interação e discussão entre o grupo, ressaltando a importância da escuta ativa com o paciente e permitindo a reflexão sobre a importância da atuação do enfermeiro na contribuição do tratamento do paciente, lembrando algumas situações semelhantes vivenciadas em suas unidades de trabalho.

A escuta ativa do enfermeiro é importante ferramenta na promoção da saúde, proporcionando uma relação de ajuda com o paciente, atendendo suas necessidades como ser

humano. O enfermeiro pode amparar os pacientes com seu conhecimento científico e humanitário. Contribuindo na tomada de decisões conscientes e na readaptação da vida após o adoecimento. Ressaltando mais uma vez sua importância na assistência ao paciente transplantado renal⁽¹⁰⁸⁾.

Desta forma, os enfermeiros reavaliaram o material construído no primeiro encontro e responderam as seguintes perguntas: “Em quais momentos o paciente de transplante renal deve receber a orientação do Enfermeiro e por quais profissionais o paciente deve ser atendido”?

O momento permitiu o diálogo e questionamentos sobre a prática diária do enfermeiro, mencionando o que consideram importante para cada etapa da assistência, mostrando a preocupação, de que em muitas situações não sabem se a informação fornecida é a correta ou se em algum momento o paciente e seu familiar já receberam a informação sobre determinada etapa do tratamento.

Uma pesquisa realizada com familiares de pacientes que aguardam por um transplante renal, destaca a importância da participação de profissionais de saúde capacitados para atuar no tratamento e cuidado de pacientes e seus familiares. Mostrando uma assistência insuficiente, com profissionais que apresentam dificuldades para compreender que a família faz parte do cuidado, devendo ser envolvida nas orientações sobre o tratamento. Desta maneira, cabe aos profissionais promover estratégias que possam favorecer a interação de pacientes e familiares no processo de cuidar⁽¹⁰⁹⁾.

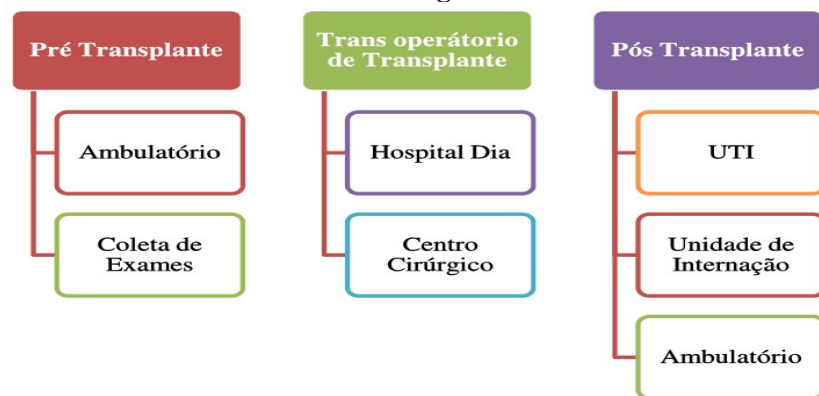
O grupo discutiu, de forma unânime, que pacientes e familiares devem receber informações sobre o transplante e os cuidados necessários nos diversos momentos que estiverem na instituição, como momento de coleta de sangue, sala de espera, hospital dia, unidade de internação, entre outros, e não somente nas consultas no ambulatório. Como pode ser observado nas falas:

Eles vêm e demoram pra fazer transplante, então tanta coisa pode acontecer nesse tempo, a informação acaba se perdendo (ENF-1).

Eles vão no andar fazer coleta, quem sabe orientar esse profissional desse local e deixar algumas informações que esse profissional possa reforçar no momento da coleta. Ou então o que eu falei, se a gente criasse um material educativo e deixasse nesses locais, nessas salas de espera que eles circulam (ENF-7).

Assim foi sugerido que as orientações fornecidas pelo enfermeiro fossem divididas em mais etapas, afim de contribuir com a assistência prestada ao paciente, que são elas: ambulatório, laboratório de coletas de exames, hospital dia, onde é realizado o preparo para os transplantes, CC, UTI, UI.(Figura 9).

Figura 9: Locais na instituição onde o paciente de transplante renal deve receber informações da enfermagem.



Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora e Grupo Focal (2019).

Com as colocações dos enfermeiros foi possível desenhar um fluxo de atendimento de enfermagem para o paciente pré, intra e pós-transplante renal (Capítulo 6, Produto 1), constando em quais etapas o paciente deve receber a assistência do enfermeiro. Os integrantes do GF também mencionaram algumas contribuições de aprimoramento para o serviço, visando uma melhora na qualidade da assistência prestada ao paciente (Quadro 9) que, posteriormente, será levado, juntamente com o fluxograma sugerido, à equipe médica que coordena o transplante renal na instituição e para a gerente assistencial de enfermagem.

Quadro 9. Sugestões de melhorias para o serviço de transplante renal, propostas pelo Grupo Focal de enfermeiros que assistente os pacientes de transplante renal.

1. Realização de consultas fragmentadas pela equipe multiprofissional ao longo da espera para o transplante. Após inclusão em lista, estabelecer retorno em 1 ano com a equipe multiprofissional.
2. Disponibilizar um enfermeiro exclusivo para atendimento dos pacientes de transplante renal no ambulatório SUS.
3. Disponibilizar livro ou pasta ilustrativa com informações e fotos sobre os locais por onde o paciente vai transitar no período de espera, transplante e internação. Com o objetivo de familiarizar o paciente com as etapas que irá percorrer.
4. Observar e trabalhar os métodos de aprendizagem de cada paciente
5. Ter disponível na equipe multiprofissional um dentista, já que essa avaliação se faz essencial para realização do transplante.
6. Melhora do espaço físico do ambulatório para implantar novas rotinas e atividades com os pacientes.
7. Profissional da equipe multiprofissional acolher e dar informações aos familiares sobre o andamento da cirurgia na sala de espera do CC.
8. Maior aproveitamento da sala de espera do CC e UTI, promovendo educação dos familiares em relação ao pós-transplante.
9. Serviço de controle de infecção realizar orientações aos familiares nas salas de espera da UTI e CC.
10. Preparar o paciente para a alta durante a internação, evitando o prolongamento da liberação para casa e demanda extra de trabalho por parte da enfermagem.
11. Promover encontros entre os profissionais responsáveis pelo atendimento do paciente de transplante renal na ISCMPA, a fim de definir condutas e atualizar protocolos de forma sistematizada.

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora e Grupo Focal (2019).

Neste encontro, além do pré-estabelecido no cronograma, surgiu mais uma proposta de produto de pesquisa, que segundo os enfermeiros contribuiria para um melhor entendimento em relação ao transplante por parte dos pacientes.

Partindo do pressuposto que é indispensável a construção de ações educativas em saúde, com a finalidade de amparar o paciente na compreensão e aceitação da doença e tratamento necessário para melhor qualidade de vida⁽¹⁰⁸⁾. O grupo sugeriu a confecção de uma pasta com fotos reais dos locais por onde o paciente de transplante renal percorre durante a espera e após o transplante na instituição, juntamente com a foto a explicação do local (Produto 2). Como exemplo seria a foto do Centro Cirúrgico identificando que nesse local será realizada a cirurgia.

Segundo os enfermeiros, os pacientes, muitas vezes, não conseguem imaginar as etapas que irão percorrer como consultas, coletas periódicas, internações, CC, UTI, bem como a importância da adesão aos imunossupressores. Através de imagens será mais fácil o entendimento, pois quando o paciente chegar para realização do procedimento, ou receber a informação referente ao cuidado, pode recordar que já visualizou as situações por fotos, não sendo este totalmente desconhecido. Conforme relatado pelos participantes:

Outra coisa do pré, fotografar a sala como um todo, o bloco como um todo, todos os locais onde o paciente vai passar, tirar fotos daquela etapa (ENF-2).

Tem uma foto do Centro Cirúrgico, aí “quando o senhor entrar na sala vai estar assim” [...] porque essas fotos dá uma ideia mais visual, do leito, o box da UTI, é igual a essa sala (ENF-4).

Gera uma ansiedade, eles chegam no bloco, deitam na sala cirúrgica, deitam numa cama e fica um monte de gente falando (ENF-9).

Algumas pesquisas ressaltam a contribuição do enfermeiro na construção do conhecimento dos pacientes através da utilização de folhetos, manuais descritivos, material visual, entre outros, promovendo a informação e conscientização de pacientes e familiares sobre o transplante renal⁽¹⁰⁸⁾.

A proposta foi considerada relevante e aplicável, servindo como guia para os pacientes e familiares. Este foi denominado como pasta informativa, constando imagens e legendas dos lugares por onde o paciente de transplante renal terá que passar na instituição. O material está em fase de construção pela mestrandia e será intitulado como Pasta Informativa para pacientes de transplante renal.

Assim, foi um momento importante de troca de informações e experiências sobre

suas áreas de atuação e experiências positivas e negativas com os pacientes de transplante renal.

3º Grupo Focal

No terceiro encontro com o GF os participantes responderam a seguinte pergunta: “O que precisa ser incluído ou excluído do modelo que foi construído até o momento”? Identifique as não conformidades e sugira o que achar necessário.

Em conjunto, o grupo revisou todas as considerações feitas até o momento e que estavam descritas na atividade realizada com o papel pardo que foi fixado na parede da sala no primeiro encontro, sendo possível a fácil visualização de todos e permitindo a alteração das informações entre as fases pré, trans e pós-transplante.

Com todas as informações escritas, foi possível a elaboração do checklist de orientações (Capítulo 6, Produto 2) que o paciente de transplante renal deve receber do enfermeiro durante seu tratamento na ISCMPA que será apresentado no capítulo dos Produtos de Pesquisa.

Neste encontro, além da construção das recomendações, alguns integrantes do grupo trouxeram a necessidade do compartilhamento de informações sobre as etapas que envolvem todo o processo de doação e transplantes, ressaltando que é uma área especializada, necessitando de uma padronização no cuidado, em que os profissionais precisam se atualizar constantemente e conhecer os demais processos envolvidos, conforme relato:

Há uma falta de padronização, a gente trabalha na mesma instituição, mas cada um faz de um jeito (ENF-2).

Teve um paciente que ficou bravo porque teve que fazer hemodiálise depois o transplante, ele falava que não entendia porque tinha que fazer hemodiálise porque já tinha feito o transplante (ENF-3).

O transplante renal, por ser uma área com muitas especificidade, necessita de uma padronização nas ações dos profissionais que assistem esses pacientes, sendo indispensável à necessidade de uma equipe multidisciplinar capacitada e dedicada prestando um cuidado humanizado aos pacientes e seus familiares⁽⁸⁹⁾.

Os enfermeiros discutiram sobre a dificuldade de escrever os cuidados, ações e processos de enfermagem, e que dessa forma muitas vezes o trabalho não é reconhecido por faltar evidências científicas que comprovem sua importância na assistência ao paciente de transplante. A preocupação em relação à atualização do conhecimento, em todas as etapas da assistência que é responsabilidade do enfermeiro, bem como o desenvolvimento da pesquisa nesta área, enfatizando a importância do enfermeiro como membro atuante na equipe

multiprofissional, participando ativamente no cuidado e orientação ao paciente e sua família.

A campanha *NursingNow*, iniciativa da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros, chama a atenção dos países da Organização das Nações Unidas (ONU), para a valorização dos profissionais de enfermagem, destacando sua importância para o cumprimento das metas globais, nacionais e locais de saúde. Enfatizando a necessidade dos enfermeiros assumirem funções de liderança, com mais autonomia em suas ações, contribuindo com a promoção da saúde, prevenindo doenças e reduzindo mortes, como já acontece nos Estados Unidos, Canadá, Espanha, entre outros^(110,111).

No Brasil, a campanha tem como objetivo principal fortalecer o desenvolvimento dos profissionais na liderança, fortalecendo a educação e melhorando as condições de trabalho, valorização profissional e formação, buscando compartilhar práticas inovadoras baseadas em evidências científicas, fortalecendo a relação entre instituições de ensino e serviços de saúde⁽¹¹¹⁾. Desta forma é importante a mobilização dos profissionais de enfermagem, a fim de fortalecer a profissão, pôr meio da valorização da categoria, trabalhando em prol da saúde do país, valorizando sua atuação como indispensável na equipe multiprofissional.

Assim, surgiu a ideia de realizar um grupo de estudo de enfermeiros de transplante com reuniões mensais abordando todas as etapas da doação e transplante de órgãos, incentivando e estimulando a pesquisa nessa área e desenvolvendo o trabalho realizado no complexo hospitalar. Esta proposta será encaminhada a gerente de enfermagem da instituição.

A técnica de GF permitiu aos enfermeiros expressarem seus conhecimentos e fragilidades, avaliando a assistência, identificando facilidades ou dificuldades, possibilitando uma ampla discussão sobre o tema específico, através do diálogo e reflexão entre o grupo.

Nesse contexto, os enfermeiros dispõem de uma oportunidade única para a construção de novas tecnologias de trabalho. O desafio de implementar na prática técnica, social e política, através da integralidade, humanização e qualidade da atenção, novos modelos para a assistência da enfermagem como o cuidar para uma vida digna e saudável, direito de todo ser humano⁽⁷⁵⁾.

Etapas 4. Experiência na Organização Nacional de Transplantes da Espanha

A realização da especialização Master Alianza, permitiu vivenciar a rotina diária dos enfermeiros que realizam assistência aos pacientes de transplante renal.

O sucesso do modelo espanhol deriva de uma estrutura organizacional específica para garantir a identificação sistêmica das oportunidades de doação e transplante de órgãos,

promovendo o envolvimento da comunidade e do poder público^(43,112).

No que se refere à doação e transplante, a Espanha é conhecido internacionalmente como “Modelo Espanhol”, que é o conjunto de medidas adotadas pelo país, a partir do ano de 1989, os resultados alcançados podem ser entendidos como uma organização integrada a fim de melhorar a doação de órgãos e os transplantes^(112,113).

Alguns pontos importantes que definem este modelo e que diversos países do mundo veem tentando seguir, os principais são: manter uma rede de coordenadores de transplantes em três níveis: nacional, regional e hospitalar; coordenadores hospitalar de transplantes, médicos e enfermeiros capacitados e treinados continuamente; programa de qualidade constante, realizando auditorias nos hospitais captadores e transplantadores; ONT atuando como agência de serviço de apoio a todos profissionais envolvidos; reembolso hospitalar aos hospitais; muita dedicação a mídia a fim de melhorar o nível de conhecimento da população; uma linha telefônica que funciona 24 horas por dia para esclarecer dúvidas da população; legislação adequada, tecnicamente semelhante a outros países^(43,113). Desta forma, essa estrutura de organização construída ao longo dos anos na Espanha, vem servindo de incentivo para o Brasil, incluindo a ISCMPA, que utiliza o modelo de coordenação hospitalar de transplantes, com o objetivo de agregar conhecimento e impulsionar o aumento nos números de doadores e transplantes realizados na instituição.

No período de acompanhamento, a mestrandia participou de consultas médicas e de enfermagem com pacientes de transplante renal, inclusão de pacientes em lista de espera para transplante, inclusão de informações no banco de dados da ONT, *round* multidisciplinar com equipe assistencial, discussão de casos clínicos, cirurgias de transplante com doador vivo e falecido, acompanhamento pós-transplante nas unidades de internação e ambulatório.

Uma peculiaridade do programa de transplante de um dos hospitais, é que as consultas são realizadas pelo enfermeiro e médico de forma conjunta. Os dois profissionais avaliam a possibilidade de inclusão em lista, realizando exame físico e solicitando exames laboratoriais e de imagem⁽¹¹⁴⁾.

Durante esse acompanhamento, ficou evidente a importância da troca de saberes entre a equipe multiprofissional, da forma que todos consigam compreender as reais necessidades do paciente e juntos encontrar o melhor tratamento para o desfecho favorável. O momento de *rounds* e discussão de casos clínicos, bem como as capacitações realizadas facilitam a aproximação da equipe e ao mesmo tempo estimula a procura por novos conhecimentos^(43,115).

Apesar do Brasil se espelhar no Modelo Espanhol para organizar o processo de doação e transplantes, as diferenças existem, o que pode certamente influenciar nos resultados

esperados. Conforme se pode visualizar no Quadro 10.

Quadro 10. Principais diferenças em relação ao processo de doação e transplante entre Espanha e Brasil

	ESPANHA	BRASIL
Autorização para doação	Presumida. Todos são doadores até que se registre contra, porém sempre a família é consultada.	Consentimento Familiar. Familiares de até segundo grau podem autorizar a doação.
Tipos de doadores	- Doador falecido: morte encefálica; - Doador falecido: coração parado (rins e tecidos); - Doador em assistolia; - Doador vivo aparentado ou não; - Doador altruísta; - Doação cruzada de rim.	- Doador falecido: morte encefálica; - Doador falecido: coração parado (somente para tecidos); - Doador vivo: familiar de até quarto grau ou autorização judicial.
Lista de espera renal	Gerenciada pelos próprios hospitais com supervisão da ONT.	Gerenciada pela Central Estadual de Transplantes.
Formação de equipes envolvidas com a doação de órgãos	Coordenadores Hospitalar de Transplantes (regulamentada e remunerada).	OPO (regulamentada e remunerada) e CIHDOTT (regulamentada, maioria não remunerada).
Envolvimento dos enfermeiros	Enfermeiro coordenador hospitalar acompanha o paciente da inclusão em lista até a alta pós-transplante.	Fragmentada por segmento (ambulatório, inclusão em lista, internação, etc.).
Número de enfermeiros coordenador de transplante ou OPO/CIHDOTT	Um enfermeiro por especialidade de transplante.	Não tem número definido, ficando a critério da instituição.
Acompanhamento pós-transplante com enfermeiro	Ambulatórios de transplante do hospital, associações, unidades de saúde locais.	Não é padronizado, cada centro transplantador organiza de uma forma. (Na ISCMPA atualmente não tem acompanhamento no pós-transplante)
Educação dos profissionais envolvidos	Padronizada em todo o país de forma periódica.	Fragmentada por estados. Realizadas individualmente por região.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A consolidação do programa de garantia de qualidade espanhol, lançado pela ONT em 1999, permite a avaliação de todo o processo de doação e transplante de órgãos de forma contínua, permitindo identificar as áreas que necessitam de ações corretivas específicas possibilitando reavaliar posteriormente⁽¹¹⁶⁾.

A Europa dispõe de um guia de orientações sobre doação e transplantes tendo o objetivo principal, fornecer informações e orientações sólidas para todos os profissionais envolvidos com o processo de doação e transplantes, para melhorar a qualidade e minimizar os riscos desses procedimentos⁽¹⁾.

É responsabilidade da enfermeira a coleta de exames de sangue, inclusão do paciente

em lista de espera, inclusão de informações no banco de dados eletrônico da ONT, e encaminhamento aos demais profissionais que julgarem necessário.

É destinado duas manhãs por semana para a realização de consultas dos pacientes com a enfermeira e o médico nefrologista, sendo em média sete pacientes por manhã.

O trabalho é realizado de forma integrada, o enfermeiro, médicos clínicos e cirurgiões avaliam as condições de saúde do paciente, realizando o encaminhamento para outros profissionais quando necessário, como nos casos de cardiologista, pneumologista, ginecologista, psiquiatra ou psicólogo. A maior parte dos exames e avaliações pré-transplante é realizada pelo médico de cabeceira, que na Espanha se trata do médico que acompanha o paciente/família no posto de saúde ou consultório próximo à residência do paciente.

A lista de espera para o transplante renal na Espanha é gerenciada pelos próprios hospitais que realizam os transplantes⁽¹¹⁷⁾. Por ser referência em Doação e Transplante, a Espanha, em relação ao Brasil, tem um número muito inferior de pacientes em lista de espera, consequentemente, o número de pacientes em acompanhamento nos centros de transplante também é menor.

O Hospital onde foi realizado o acompanhamento finalizou o ano de 2018 com 60 pacientes em lista de espera para transplante renal, e vem realizando em média 20 transplantes por mês⁽¹¹⁵⁾. O que de certa forma facilita a realização do acompanhamento dos pacientes pela equipe assistencial, favorecendo a relação entre paciente e profissional, possibilitando a realização de diversas atividades atendendo as necessidades dos pacientes e familiares.

Durante este período, a mestranda teve a oportunidade de acompanhar o modelo de trabalho em mais de um centro transplantador, conhecendo os diferentes modelos assistenciais utilizados pelas equipes. Ficou evidente que a preocupação dos profissionais é transmitir a informação correta ao paciente e de forma sistematizada, ou seja, que todos os enfermeiros, através dos materiais disponíveis, possam informar o paciente sobre sua doença e tratamento, incentivando o autocuidado em relação ao processo de transplante, propiciando confiança no sistema de transplante e credibilidade ao serviço de saúde.

Corroborando com uma pesquisa realizada no interior do RS, que descreve como imprescindível o apoio da equipe de saúde durante o tratamento do paciente, ressaltando ser primordial uma atuação multiprofissional e integral, estando esses atentos e participativos no cuidado, favorecendo e incentivando o paciente no seu tratamento⁽¹¹⁸⁾.

Desta forma, foi realizada a leitura e análise detalhada dos documentos, entre eles protocolos, rotinas, manuais e guias, utilizados pelos programas de transplante renal na Espanha, de forma a contribuir com construção dos produtos de pesquisa a ser utilizados na

ISCMAPA.

Após a realização das 4 etapas da pesquisa, foi construído um Guia de orientações para os enfermeiros que assistem os pacientes de transplante renal, afim de contribuir com a utilização do checklist (Capítulo 6, Produto 3).

6 MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL NA ISCMPA E PRODUTOS DE PESQUISA

No contexto da enfermagem atual, os modelos assistenciais podem ser definidos como o modo de organizar as tecnologias e os materiais utilizados nos processos de trabalho em saúde, visando o enfrentamento de problemas individuais e coletivos, em um determinado território, para determinadas populações, no sentido de aproximar a teoria com a prática e atender as necessidades de saúde identificadas⁽⁷⁵⁾.

Os modelos assistenciais, não são apenas a estruturação organizacional e tecnológica dos serviços, mas também a maneira como são desenvolvidas as condutas assistenciais, bem como a instituição se organiza para atender esse processo⁽¹¹⁹⁻¹²¹⁾.

O modelo técnico-assistencial é utilizado para caracterizar um método composto por tecnologias do trabalho em saúde e a forma como uma assistência do cuidado acontece⁽¹²²⁾, podendo ser diferenciado em tecnologias leves, leves-duras e duras. Há necessidade de mudança no modelo assistencial hegemônico, ressaltando-se o investimento em tecnologias leves relacionais, voltadas para as necessidades das pessoas^(121,122).

É importante a implementação de modelos assistenciais que contemplem várias possibilidades. Sendo as necessidades em saúde extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, que os serviços estejam preparados para desenvolver estratégias de trabalhar as necessidades de saúde⁽⁷⁵⁾.

Assim sendo, foi elaborado o modelo proposto para enfermeiros que atuam com transplante renal na ISCMPA, pensando nas características do serviço, perfil de paciente assistido e equipe de trabalho envolvida com o transplante renal, propõe-se de forma sistematizada, ações que visem o fornecimento por parte do profissional enfermeiro, de informações corretas e seguras, gerando responsabilidade e autonomia para as tomadas de decisões, contribuindo com a equipe de saúde envolvida no cuidado e promovendo a credibilidade e visibilidade da enfermagem.

Faz-se necessário pensar na utilização do modelo técnico-assistencial que possibilite a integralidade do cuidar nas diferentes especialidades que envolvem a área de transplante na instituição, de maneira a padronizar o atendimento prestado, fundamentados em teorias de enfermagem, a fim de expandir a profissão enquanto ciência humana prática.

Refletindo o pensamento que fundamenta o desenvolvimento do conhecimento, as teorias de Orem e Watson, permitiram a fundamentação da pesquisa com olhar voltado para o autocuidado com foco no ser humano e sua integralidade, ressaltando a importância da

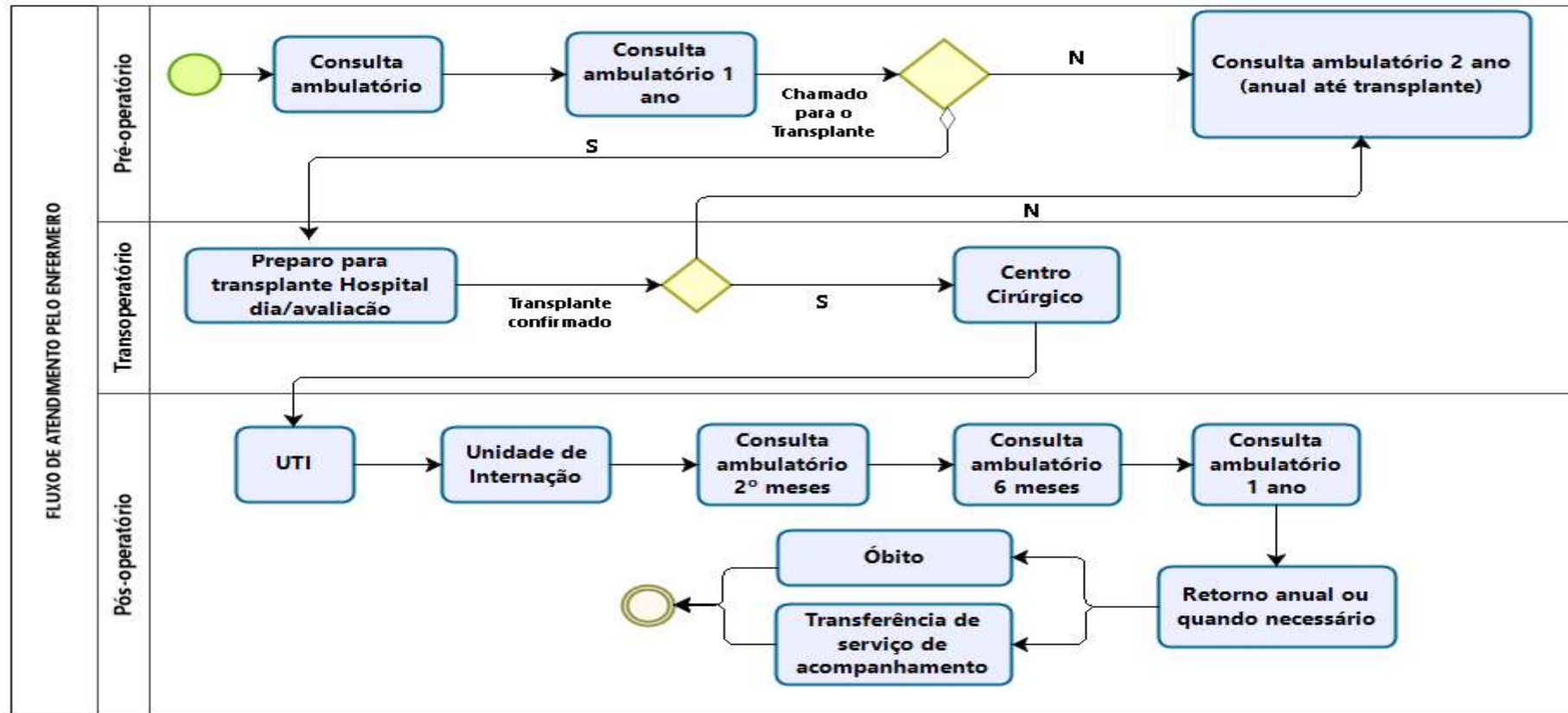
enfermagem na busca constante por assistência qualificada, fortalecendo o enfermeiro como profissional da equipe multiprofissional, que possui conhecimento técnico, embasado nas teorias de enfermagem para fundamentar o modelo de organização, normas e rotinas, com o foco na qualidade do atendimento humanizado, contemplando pacientes e familiares.

O presente estudo contribuiu com a elaboração do Modelo Técnico-Assistencial de enfermagem para os pacientes de transplante renal, sendo possível a transferência de informações a respeito dos cuidados indispensáveis com esse paciente, favorecendo a relação através da confiança e respeito, proporcionando um melhor entendimento dos pacientes sobre as etapas que envolvem o transplante.

Ao fim da pesquisa, após a realização das quatro etapas denominadas: diagnóstico do serviço de transplante renal voltado para a assistência do enfermeiro; Entrevistas com pacientes; Grupo Focal com enfermeiros; Vivência na ONT na Espanha, associado à literatura nacional e internacional, foi possível elaborar o Modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal atendidos na ISCMPA. Na concepção da mestranda não está restrito somente a estrutura do modelo em si, mas no conjunto de produtos que foram elaborados:

- a) Fluxograma de Atendimento de Enfermagem (Produto 1);
- b) Checklist de Orientações de Enfermagem para Paciente de Transplante Renal (Produto 2);
- c) Guia de Orientações de Enfermagem para Pacientes de Transplante Renal (Produto 3);
- d) Desenho do Modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal (Produto 4).

Produto 1. Fluxograma de atendimento de enfermagem ao paciente de transplante renal da ICSMPA.



Produto 2. Checklist de orientações de enfermagem ao paciente de transplante renal na ISCMPA.

Este checklist tem por objetivo guiar as orientações fornecidas pelo enfermeiro ao paciente de transplante renal. Devendo ser registrado data, se a orientação foi fornecida ou não e profissional que realizou.

PRÉ-TRANSPLANTE –Ambulatório de transplantes	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Orientar sobre a fila de espera para o transplante renal.			
Orientar sobre necessidade de exames de compatibilidade.			
Registrar números de telefones de contato do paciente e de familiares no prontuário eletrônico e solicitar que informe sempre que houver mudança no número.			
Orientar o paciente para quando receber a ligação para a possibilidade de realização do transplante renal deve comparecer ao hospital, acompanhando de um familiar maior de idade e trazer consigo os documentos e exames.			
Orientar a fazer a internação no térreo do HDVS quando chamado ao hospital para o transplante renal.			
Possibilidade de não realizar o transplante.			
Realizar as consultas pré-transplante conforme cronograma agendado pela equipe multiprofissional.			
Realizar as coletas de sangue no laboratório da ISCMPA conforme cronograma agendado pela equipe multiprofissional.			
Orientar sobre importância de realizar avaliação odontológica antes do transplante.			
Orientar sobre horário correto dos medicamentos e seguimento da prescrição.			
Realizar as vacinas propostas pela equipe multiprofissional.			
Orientar uso de protetor solar.			
Orientar a prática de exercícios físicos de acordo com a sua idade e mobilidade.			
Orientar o uso de preservativo e atividade sexual após o transplante.			
Orientar higiene pessoal do paciente e familiar – autocuidado.			
Orientar cuidados com a limpeza da casa.			
Orientar sobre possibilidade de diálise após o transplante.			
Orientar horários de visitas na UTI e UI.			
Orientar ingestão alimentos somente fornecidos pelo hospital durante a internação.			
PRÉ-TRANSPLANTE - Coleta de exames no laboratório	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Disponibilizar pasta com informações sobre o transplante durante a espera para coleta de exames.			
Reforçar a importância de estar organizado para deslocamento ao			

hospital quando chamado para o transplante.			
Orientar o agendamento de consulta com qualquer membro da equipe multiprofissional quando necessário.			
Orientar sobre o retorno para as coletas de sangue no laboratório conforme cronograma estabelecido.			
Reforçar com paciente a importância de manter telefone atualizado.			
PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO - Hospital Dia HDVS	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Confirmar a quanto tempo o paciente está em jejum. Necessários no mínimo 8h para a cirurgia.			
Reorientar sobre local da incisão e cuidados com a ferida operatória.			
Reorientar sobre possibilidade de diálise após o transplante.			
Possibilitar a presença de um familiar sempre que possível.			
Realizar beta-HCG em mulheres com idade fértil.			
Incentivar o autocuidado após o transplante.			
Disponibilizar pasta com informações sobre o transplante renal durante a espera da cirurgia.			
TRANSOPERATÓRIO - Centro Cirúrgico de transplantes HDVS	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Orientar sobre anestesia geral.			
Orientar sobre acessos, drenos, sonda e ferida operatória.			
Orientar possibilidade de transfusão.			
Orientar sobre possibilidade de permanecer intubado na UTI.			
Possibilitar a presença de um familiar até o momento da cirurgia, sempre que possível.			
PÓS-OPERATÓRIO - UTI 3º andar HDVS	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Informar sobre sinais e sintomas que podem ocorrer no pós-transplante (dor, náuseas, vômitos).			
Orientar sobre acessos, drenos, sonda, ferida operatória e curativo.			
Informar que durante internação na UTI não terá acesso ao banheiro.			
Reforçar a possibilidade de realizar hemodiálise após o transplante.			
Informar sobre horários de visita.			
PÓS-OPERATÓRIO - Unidade de internação 3º ou 4º andar do HDVS	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Orientar paciente e familiar sobre funcionamento da unidade e horários de visita.			
Orientar sobre acessos, drenos, sonda, ferida operatória e curativo.			

Incentivar o autocuidado com higiene, alimentação e medicamentos.			
Orientar a ingerir alimentos somente fornecidos pelo hospital.			
Orientar sobre administração de imunossupressores.			
Orientar sobre controle de diurese.			
Preparar o paciente para a alta hospitalar.			
Orientar sobre a importância das consultas após a alta.			
Orientar sobre sinais de rejeição.			
Conferir se todos profissionais da equipe multiprofissional deram alta para o paciente.			
Orientar horários de administração de medicamentos conforme entendimento do paciente ou familiar responsável.			
Incentivar a ingesta hídrica.			
Orientar o uso de máscara.			
PÓS-OPERATÓRIO –Ambulatório de transplantes	Data	Orientação realizada Sim/Não	Profissional Responsável
Orientar sobre o uso de imunossupressores, incentivando a adesão ao tratamento.			
Orientar sobre cuidados com infecção evitando ambientes fechados e com grande circulação de pessoas.			
Conferir medicações e forma de administração.			
Orientar cuidados com ferida operatória.			
Orientar sobre a importância das consultas pós-transplante.			
Orientar sobre sinais de rejeição.			
Orientar cuidados com higiene pessoal e da casa.			
Estimular a ingesta hídrica e alimentação saudável.			
Incentivar e monitorar o autocuidado.			

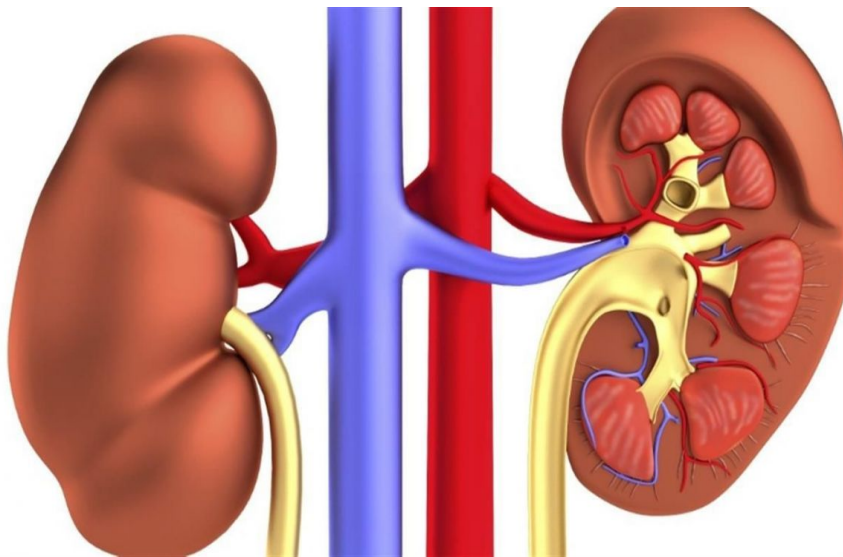
Produto 3

Guia de Orientações de Enfermagem para Pacientes de Transplante Renal

GUIA DE ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM



PRÉ, INTRA E PÓS- TRANSPLANTE RENAL



KELEN MACHADO

**Porto Alegre
2019**

APRESENTAÇÃO

Este Guia de orientações foi elaborado com objetivo de auxiliar os profissionais enfermeiros na prática diária com o paciente de transplante renal.

A equipe de enfermagem tem importante participação na assistência do pacientes de transplante renal, atuando em todas as etapas envolvidas no perioperatório.

O enfermeiro como membro da equipe de saúde deve prestar uma assistência qualificada, estabelecendo uma relação de ajuda com pacientes e familiares, incentivando o autocuidado e orientando sobre o tratamento de forma padronizada, contribuindo com o tratamento.

1 SISTEMA RENAL

Os Rins fazem parte de um conjunto de órgãos constituído por: dois rins, dois ureteres, bexiga e uretra, formando o sistema urinário (Ilustração 1). Eles exercem múltiplas funções, sendo todas elas fundamentais para o organismo se manter vivo e funcionando, sendo eles responsáveis por filtrar do sangue as substâncias tóxicas que provem do metabolismo dos alimentos e, da eliminação de água e de outros produtos que sobram no organismo. Também são responsáveis pela produção de diversos hormônios como a eritropoietina, que facilita a formação de glóbulos vermelhos derivados da vitamina D, a qual participa do funcionamento normal dos ossos e da renina, que intervém na regulação da tensão arterial, tornando suas funções imprescindíveis para a vida.

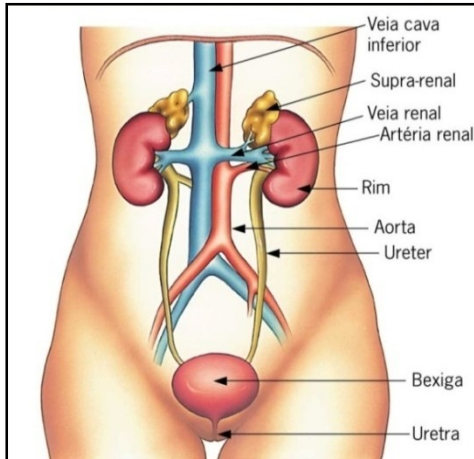


Ilustração 1: Sistema urinário
Fonte: <http://www.sobiologia.com.br>

(IRC), que é definida como um conjunto de doenças heterogêneas que afetam a estrutura e a função renal, evoluindo com a perda progressiva da função dos rins, desde que esteja ocorrendo há pelo menos três meses com ou sem redução da taxa de filtração glomerular (TFG).

A IRC é mundialmente classificada em cinco estágios conforme o grau de progressão e gravidade, conforme descrito no Quadro 1:

Quadro 1: Estágios da Insuficiência Renal Crônica

Estágio	TFG (ml/min)	Grau de insuficiência renal
0	>90	Grupo de Risco para DRC, ausência de lesão renal
1	> 90	Lesão renal com função renal normal ou aumentada
2	60-89	Lesão renal com função renal levemente diminuída
3	30-59	Lesão renal com função renal moderadamente diminuída
4	15-29	Lesão renal com função renal severamente diminuída
5	<15	Falência renal estando ou não em terapia renal substitutiva

*TFG: Taxa de filtração glomerular.

Fonte: Adaptado de Romão Júnior (2004).

As fases mais avançadas da IRC provocam um conjunto de alterações no organismo, que se conhece pelo nome de síndrome urêmica. As pessoas nesta situação apresentam sintomas provocados, na maioria deles, por intoxicação produzida por substâncias residuais que se acumulam no organismo quando não podem ser eliminadas pelos rins devido à disfunção do órgão.

Os sintomas principais são: náuseas e vômitos frequentes, inapetência, sabor

metálico na boca e mau hálito, acompanhados de cansaço, dificuldades de concentração e insônia. Conforme a doença evolui, o paciente pode desenvolver anemia, retenção de líquidos e sais minerais, formação de edemas e hipertensão arterial, a vida do paciente entra em risco.

Desta forma, deve-se optar por medidas extraordinárias para suprir a função dos rins doentes, iniciando um tratamento que substitua a função renal. O tratamento substituto não só permite a sobrevivência dos que sofrem com a IRC terminal, como alcançam uma qualidade de vida aceitável, que inclui a reabilitação social e laboral. O tratamento para IRC pode contemplar duas grandes vertentes: técnicas de diálise e o transplante renal.

O tratamento com técnicas de diálise substitui parcialmente a função dos rins, e o paciente fica condicionado a uma máquina de diálise, enquanto que o transplante renal permite alcançar o máximo de normalidade e retorno as atividades rotineiras, suprimidas pela doença.

Ambos os tratamentos não são exclusivos, podendo se complementar a qualquer momento. Geralmente os pacientes adultos iniciam o tratamento com diálise peritoneal ou hemodiálise enquanto aguarda por um transplante. As técnicas de diálise compreendem hemodiálise e diálise peritoneal.

1.1 Hemodiálise

Essa técnica consiste em extrair sangue do organismo do paciente para filtrá-lo, mediante um aparelho chamado de rim artificial. Uma sessão dura em média de 3 a 4 horas, e deve ser realizada de forma periódica, na maioria dos casos, 3 vezes por semana, conforme rotina do centro (Ilustração 2).

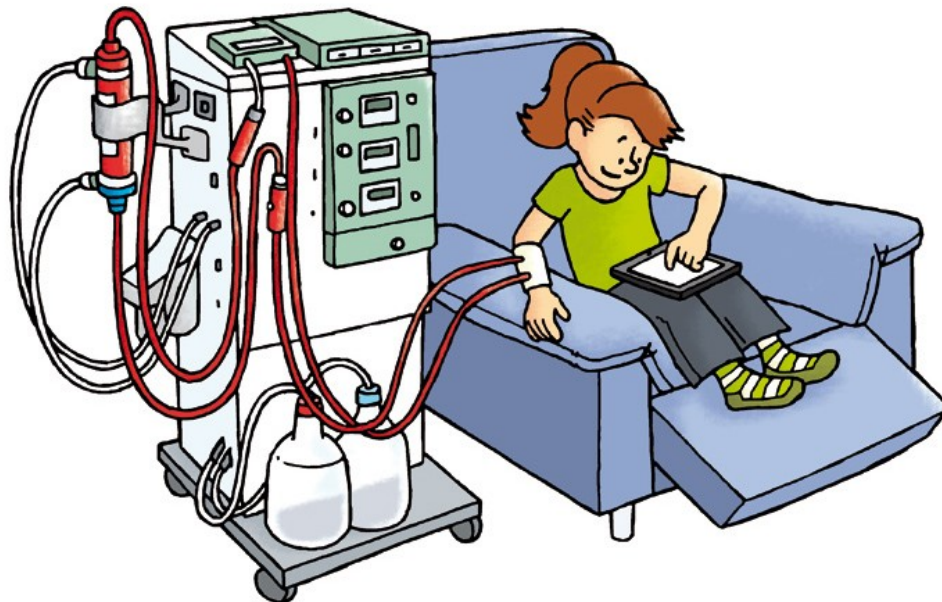


Ilustração 2: Paciente realizando hemodiálise

Fonte: <http://www.hsjoze.com.br>

Antes de iniciar o tratamento com a hemodiálise, o paciente necessita fazer um procedimento cirúrgico para confecção de uma fístula, que consiste na junção de uma veia com uma artéria, ou então para colocação de um cateter duplo ou triplo lúmen, acesso esse que permitirá a filtração do sangue.

1.2 Diálise Peritoneal

Nesse método é realizada a introdução de um cateter na cavidade abdominal, onde é inserido um líquido depurador na cavidade abdominal, permanecendo até que seja saturado pelo organismo. Depois disso, esse líquido é retirado através do mesmo cateter. Existem diferentes tipos de diálise peritoneal, porém em todos se devem realizar este procedimento de forma periódica, de acordo com o estabelecido pela equipe médica, tendo como vantagem a sua prática do domicílio ao invés dos centros de hemodiálise (Ilustração 3).

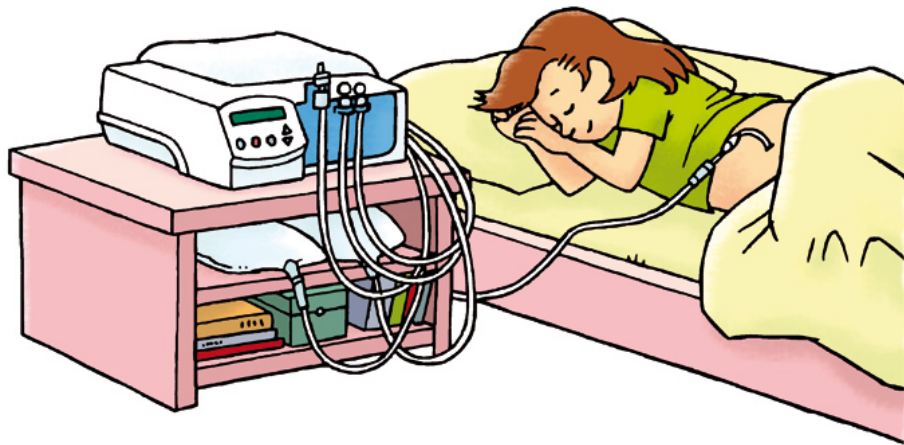


Ilustração 3: paciente realizando diálise peritoneal

Fonte: <http://www.hsjoze.com.br>

2 TRANSPLANTE RENAL

O transplante de órgãos representa um dos avanços mais importantes da medicina. Os primeiros transplantes renais que ocorreram com sucesso, foram realizados no ano de 1950, época também que se iniciava a utilização de medicamentos imunossupressores, destinados a evitar a rejeição do órgão pelo organismo (Ilustração 4).

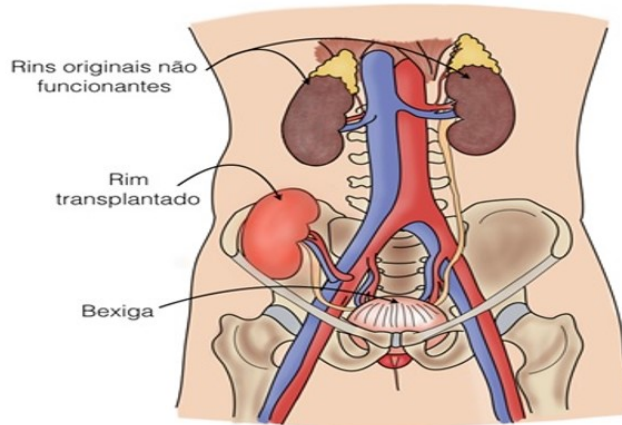


Ilustração 4: Inserção do enxerto renal.

Fonte: <http://www.anm.org.br>

Para realização do transplante renal é necessário a disponibilidade de um doador, podendo ser doador vivo ou falecido.

2.1 Transplante com doador vivo

Considera-se doador vivo a pessoa que efetua em vida a doação de um órgão ou parte dele, levando em consideração que a extração só acontece quando existe a compatibilidade entre doador x receptor, cuja função de quem doa possa ser compensada pelo organismo de forma adequada e segura. O doador passa por um procedimento cirúrgico em que um dos rins é extraído do doador ao familiar que está necessitando. Quando existe a possibilidade de um doador na família, este procedimento pode ser feito de forma preventiva, ou seja, antes mesmo do receptor iniciar com tratamento dialítico, apresentando uma melhora na recuperação e qualidade de vida do receptor, conhecido como transplante preemptivo.

O doador deve passar por uma avaliação minuciosa, que inclui exames laboratoriais e de imagem, além de avaliação psicológica e social. Sendo assim, a doação em vida deve cumprir os seguintes requisitos:

- Maior de idade;
- Gozar de plenas faculdades mentais;
- Saúde adequada;
- Tipo sanguíneo compatível com o receptor;
- Exames laboratoriais e de imagem sem alterações;
- Estar ciente do procedimento e possíveis riscos.

No Brasil, conforme a legislação vigente, este tipo de transplante é permitido entre familiares de até quarto grau ou cônjuge. Fora destes critérios, doador e receptor devem passar por uma série de avaliações que incluem autorização judicial. Importante mencionar que a doação é um gesto altruísta, não pode haver nenhum tipo de coação ou recompensa financeira.

2.2 Transplante com doador falecido

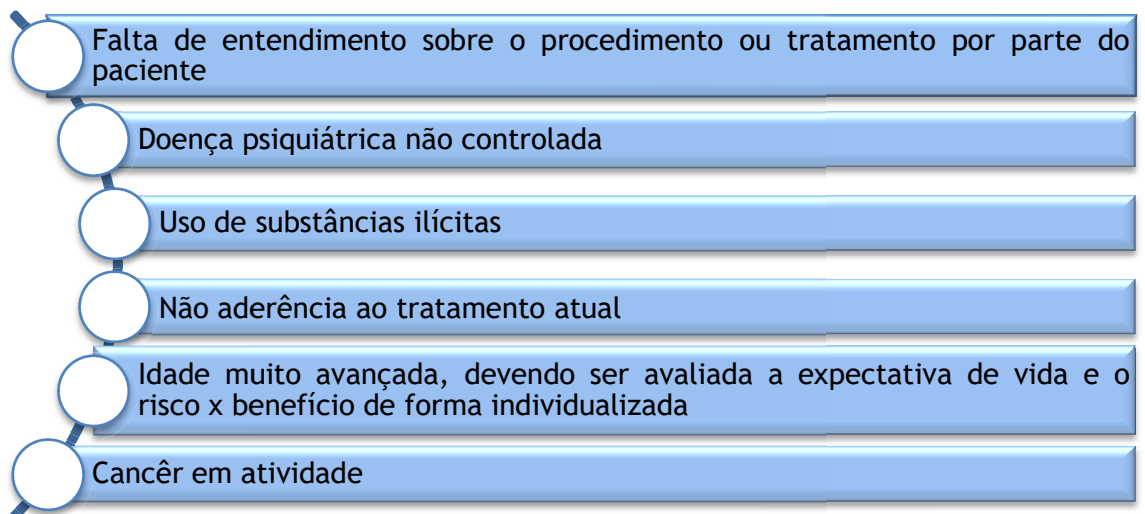
No Brasil, para ser doador de órgãos após o falecimento, é necessária a autorização dos familiares de até segundo grau ou cônjuge, e atualmente não existe nenhum documento oficial que se possa deixar registrado em vida, o desejo de se tornar um doador de órgãos. Desta forma, é importante mencionar em vida aos familiares o desejo de se tornar um doador de órgãos e tecidos após o falecimento.

Quando a família autoriza a doação de órgãos, a central de transplantes do Estado verifica com quem este paciente é compatível, através da realização de uma série de exames de compatibilidade. Neste momento, os órgãos são disponibilizados a equipe transplantadora e o paciente que está em lista, sendo contatado para ir até o hospital para transplantar. O procedimento é realizado no centro cirúrgico com anestesia geral e consiste na colocação do rim do doador no receptor. Este é o único tipo de transplante onde, na maioria das vezes o órgão doente não é retirado do receptor. Passando a viver com três rins.

A inclusão em lista de espera para transplante renal adulto com doador falecido será realizada nos pacientes com diagnóstico de IRC que apresentem as seguintes características:

- Estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
- Apresentem depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m^2 ;
- Sejam diabéticos em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m^2 .

Também é importante ressaltar que existem algumas contraindicações para realizar o transplante renal, sendo elas:



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

3 PRÉ-TRANSPLANTE: CONSULTA AMBULATORIAL

O paciente que aguarda por um transplante, necessita de um acompanhamento constante por uma equipe multiprofissional como médico, enfermeiro, psiquiatra, assistente social entre outros profissionais que o médico assistente julgar necessário. Para manter seu cadastro atualizado na lista de espera, é importante que o paciente compareça a todas as consultas propostas pela equipe, e se eventualmente não puder comparecer, deve comunicar o hospital. Este acompanhamento segue também após o transplante.

3.1 Lista de espera para o transplante

Quando o tratamento escolhido é o transplante, o paciente é referenciado a um centro transplantador e inicia seu acompanhamento com uma equipe multiprofissional. A partir desse momento, a equipe médica verifica a indicação para o transplante e faz a inclusão no Cadastro Técnico Único do Sistema Nacional de Transplante. A disponibilidade de órgãos é regional por questões de logística de transporte e tempo de isquemia do órgão. No caso do rim, o tempo de isquemia é maior em relação a outros órgãos, chegando a 32 horas. Desta forma é possível que órgãos de outros estados sejam encaminhados para o Rio Grande do Sul. Atualmente a ISCMPA recebe órgãos de todos os estados brasileiros.

A Central Estadual de Transplantes (CET) - setor da Secretaria de Saúde do Estado, responsável pelo recebimento das inscrições que são encaminhadas pelas equipes de transplante, gerencia os dados de todos os pacientes em espera. É ela também que recebe as informações sobre doadores e realiza a seleção dos pacientes para distribuição dos órgãos de doador cadáver.

Cada órgão tem uma fila de espera específica, baseadas na Lei nº 9.434/1997, no Decreto nº 2.268/1997 e na Portaria GM/MS nº 2.600/2009. As relações de pacientes são administradas pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do Ministério da Saúde (MS), por meio de sistema informatizado.

A lista de espera possui fatores determinantes como compatibilidade sanguínea entre doador e receptor, tempo de espera em lista e gravidade da doença, obedecendo sempre às condições médicas do paciente. Para o transplante de rim, além desses fatores, é necessária a realização de exames de compatibilidade e genética específica de Prova Cruzada e Antígenos Leucocitários Humanos (HLA). A compatibilidade ABO verifica a compatibilidade entre doador e receptor, conforme descrita no Quadro 2.

Quadro 2: Compatibilidade ABO

Grupo Sanguíneo	Pode receber órgão	Pode doar órgão
O	O	O - A - B - AB
A	O - A	A - AB
B	O - B	B - AB
AB	O - A - B - AB	AB

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

3.1.1 Prova Cruzada ou Cross-match

Trata-se do exame que utiliza linfócitos do doador e receptor, a fim de identificar se o receptor tem anticorpos específicos contra os antígenos do doador, sabendo assim se corre o risco de rejeição do órgão. Quando a prova cruzada for positiva, significa que existem anticorpos e pode ocorrer uma forte reação entre doador e receptor. Nesse caso o transplante é em geral contraindicado. Este exame leva em torno de 6 horas para ter o resultado. Após a confirmação do resultado que o paciente é chamado ao hospital para aguardar a realização do HLA.

3.1.2 Antígenos Leucocitários Humanos - HLA

Abreviação da palavra em inglês- Antígenos Leucocitários Humanos, o HLA é composto por proteínas existentes na superfície das células (leucócitos). A descrição do HLA por métodos de imunogenética permitem avaliar a porcentagem de compatibilidade entre receptor e doador. No momento que dois indivíduos apresentam as mesmas proteínas (neste caso doador e receptor) são considerados compatíveis do ponto de vista imunológico. Desta forma existem vários estágios de compatibilidade. Quanto maior a compatibilidade, menor será a probabilidade de rejeição do órgão. Este exame leva em média 4 horas para ficar pronto. Período em que o paciente fica no hospital aguardando a confirmação se poderá transplantar ou não.

Com o resultado desses exames é feita uma análise levando em consideração a compatibilidade ABO, a priorização, a idade, a compatibilidade HLA entre o doador e o receptor e o tempo de inscrição no Cadastro Técnico Único.

O Sistema Nacional de Transplantes tem um prontuário eletrônico que o paciente ou o responsável pode acessar via internet (<http://www.snt.saude.gov.br>), informando o número que recebe ao fazer inscrição no Cadastro Técnico Único (CTU), CPF e data de nascimento.

3.2 Informações atualizadas do paciente

O paciente em lista de espera para transplante pode ser chamado a qualquer momento para a realização da cirurgia. Esse período de espera é variável e depende da oportunidade de surgir um doador compatível com o receptor. Desta forma é imprescindível que o paciente mantenha os telefones e endereço atualizados. Preferencialmente, disponibilizando mais de um número de telefone, e sempre que sofrer alteração de endereço ou número de telefone de contato deve informar a equipe assistencial para atualização no cadastro informatizado do paciente. Evitando assim, que o paciente não seja localizado para o transplante quando tiver um órgão disponível.

3.3 Chamada para transplante

Quando tiver um órgão disponível e compatível, um dos profissionais da equipe entrará em contato com paciente. A partir deste momento o paciente será orientado a não ingerir mais nem um tipo de alimento ou líquido e deverá ir imediatamente para o hospital.

Importante enfatizar que o paciente deve estar acompanhado por um familiar maior de idade, levar seus documentos pessoais (RG, CPF e cartão SUS) últimos exames realizados e medicações que faz uso. Roupas, matérias de higiene e pertencentes pessoais podem ser levados ao hospital pelo familiar em um segundo momento. Importante destacar

que o paciente deve:

- escutar atentamente as orientações quando receber a ligação;
- manter a concentração e a calma;
- não perder tempo;
- controlar as emoções;
- levar ao hospital os documentos, exames;
- não dirigir;
- estar acompanhado.

3.4 Internação para o transplante

Quando chegar ao Hospital Dom Vicente Scherer, o paciente deverá dirigir-se a internação, localizada no lado direito do andar térreo, em horário comercial, de segunda a sábado (8hs às 19hs), domingo e durante a noite a internação deve ser realizada na recepção da emergência, localizada na parte central do andar térreo.

O funcionário responsável pela internação solicitará os documentos pessoais e atualização dos telefones de contato do familiar. Após este momento o paciente será encaminhado ao Hospital Dia no quarto andar do hospital onde realizará o preparo e espera para a cirurgia, que consiste em:

- avaliação do médico nefrologista;
- avaliação da enfermeira;
- exames laboratoriais e de imagem;
- avaliação anestésica.

O médico nefrologista vai avaliar se é necessária a realização de hemodiálise antes do transplante. O técnico de enfermagem realiza a tricotomia se necessário, bem como a retirada de adornos e prótese dentária.

Neste momento é importante conferir se os termos de autorização cirúrgica estão assinados pelo paciente.

3.5 Possibilidade de não realizar o transplante

Se durante a avaliação do paciente a equipe verificar alguma alteração no exame físico e ou nos resultados dos exames, o transplante poderá ser suspenso e o paciente retornar para casa para aguardar nova chamada para o transplante. Os principais motivos para o cancelamento do transplante são:

- Órgãos do doador não ser válido para transplante por algum problema durante a captação;
- Receptor com alterações de exames laboratoriais ou de imagem que coloquem em risco a realização do transplante;
- Exame de HLA não compatível.

Este momento pode ser emocionalmente muito difícil para o paciente, porém a equipe sempre prefere esperar pela recuperação do paciente ou por um órgão em condições adequadas com a máxima garantia para o sucesso do procedimento.

4 PRÉ-TRANSPLANTE: CONSULTA PROPOSTA PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

4.1 Coletas de sangue para provas de compatibilidade

Após a inclusão em lista, o paciente que aguarda por um transplante renal, deve realizar coletas de exames de sangue periódicos, de 2 em 2 meses ou conforme orientação da equipe. Estes exames são utilizados para realização de prova cruzada para compatibilidade entre o doador e receptor.

Para permanecer em lista de espera o paciente precisa estar com estes exames atualizados. A coleta é realizada no laboratório da ISCMPA localizado no Hospital Santa Clara, a data e hora da próxima coleta são informadas pelo laboratório.

4.2 Avaliação odontológica antes do transplante

Em decorrência da doença renal, o paciente pode apresentar várias alterações bucais, tais como: palidez da mucosa bucal, xerostomia, estomatite urêmica, remodelamento ósseo anormal após extração, alta concentração de ureia na saliva, formação de cálculo dentário, mobilidade dentária, erupção dentária atrasada, cáries, herpes, infecções, entre outras. Desta forma é indispensável que o paciente realize uma rigorosa avaliação dentária antes de transplantar. É preciso ter certeza que não tenha nem uma alteração. A baixa imunidade ou o uso de terapia imunossupressora apresenta maior o risco de desenvolver alterações bucais. Toda alteração ou tratamento bucal deve ser informado à equipe assistente.

4.3 Uso e prescrição de medicamentos

O transplante é um tratamento que melhora a qualidade de vida do paciente, para isso se faz necessário o uso de medicações imunossupressoras que devem ser administradas de forma rigorosa e continua, seguindo os horários e recomendações estabelecidas pela equipe após a realização do transplante.

No Brasil, estas são fornecidas pelo Sistema Público de Saúde mediante cadastro e receita médica junto à farmácia do estado. O paciente deve estar ciente que estas medicações serão utilizadas por toda a vida para evitar a rejeição do órgão transplantado, sendo de sua responsabilidade a renovação das receitas e retirada da medicação.

4.4 Vacinas

Os pacientes em lista de espera para transplantes e as pessoas que residem na mesma casa, devem estar com o calendário vacinal atualizado, a fim de prevenir infecções após o transplante. Vacinas com vírus vivos atenuados não são indicados para pacientes transplantados que fazem uso de imunossupressores. Após a realização de vacina com vírus vivo, é aconselhável que o paciente espere no mínimo 4 semanas para realizar o transplante.

Desta forma, se aconselha a imunização no período que o paciente está se preparando para entrar em lista de espera. Segue tabela com recomendações de imunização, conforme Quadro 3.

Quadro 3: Calendário de vacinas para pacientes transplantados

Vacinas	Tipo	Pré-transplante	Pós-transplante	Pessoas que residem na mesma casa que o paciente
Difteria/Tétano	PI	SIM	SIM	SIM
Febre Amarela ^{vi}	VA	SIM	NÃO	SIM
H. Influenzae b ⁱ	PI	SIM	SIM	SIM
Hepatite A ⁱⁱ	PI	SIM	SIM	SIM
Hepatite B ⁱⁱⁱ	PI	SIM	SIM	SIM
Influenza (gripe)	PI	SIM	SIM	SIM
Meningococcus ⁱⁱⁱ	PI	SIM	SIM	SIM
SCR ^{iv}	VA	SIM	NÃO	SIM
Pneumococcus	PI	SIM	SIM	NÃO
PolioInativada ^{iv}	PI	SIM	SIM	SIM
PolioOral ^{iv}	VA	NÃO	NÃO	NÃO
Varicela ^v	VA	SIM	NÃO	SIM
Raiva ^{vii}	PI	SIM	SIM	SIM

PI: Patógeno Inativo VA: Vírus Vivo Atenuado SRC: Sarampo, Caxumba, Rubéola; i: Indivíduos não vacinados previamente, menores de 19 anos; ii: Indivíduos com sorologias negativas; iii: Conforme os órgãos de saúde locais; iv: Apenas indivíduos não vacinados previamente; v: Indivíduos com história prévia de doença negativa; vi: Em situações especiais de risco; vii: Em situações especiais de risco e no pós-transplante associar.

Fonte: GARCIA; PEREIRA; GARCIA (2017).

4.5 Uso de protetor solar

O paciente que faz uso de imunossupressores ficará com a pele mais sensível e a exposição à radiação solar pode desenvolver lesões de pele e câncer. O uso do protetor solar é indispensável e deve ser utilizado diariamente pelo paciente, bem como o uso de chapéu e óculos com proteção solar.

Alguns postos de saúde fornecem protetores solares aos pacientes mediante receita médica que pode ser fornecida pelo médico assistente.

4.6 Prática de exercícios físicos

A prática de exercício físico de forma moderada e autorizada pelo médico deve ser recomendada ao paciente no período pré e pós-transplante, sendo ela importante para reduzir de maneira considerável, o aparecimento de fatores de risco cardiovasculares.

O exercício físico contribui para controle do estresse, estimula a mente, reduz a gordura corporal, mantém o peso ideal, aumenta a autoestima, diminui a pressão arterial, facilita o sono e previne diabetes. O paciente deve ser orientado a praticar exercícios físicos moderados, evitando esforço abdominal nos três primeiros meses pós-transplante.

4.7 Relação sexual pós-transplante

A atividade sexual após o transplante geralmente é liberada no sexto mês da cirurgia, sendo importante considerar que as pacientes em período fértil devem ser orientadas a evitar a gravidez por um período de dois anos após o transplante, devendo o médico e ginecologista escolher qual o melhor método de prevenção.

4.8 Higiene domiciliar e pessoal do paciente e familiar

O paciente deve evitar todo e qualquer tipo de infecção. É importante orientar a adequada lavagem das mãos, com água e sabão antes e após as refeições, o cuidado com a higiene do corpo, tomando banho diariamente, escovar os dentes após as refeições, manter a casa limpa, trocando a roupa de cama semanalmente, evitando objetos e materiais e acumulem poeira.

É importante incentivar o paciente em relação ao autocuidado, estimulando a sua independência. Para isso, existem dicas muito úteis que devem ser fornecidas aos pacientes, como:

- higienize suas mãos com água e sabonete antes e depois das refeições;
- lave seus alimentos com água corrente antes de consumi-los;
- faça todas as refeições;
- prefira comida caseira ao invés de comida de restaurante;
- evite refrigerantes e produtos industrializados (enlatados);
- procure sempre se manter no seu peso ideal;
- tome banho todos os dias;
- troque suas roupas diariamente;
- escove seus dentes depois das refeições;
- troque toda a roupa de cama semanalmente.

4.9 Possibilidade de hemodiálise após o transplante

O paciente transplantado renal pode necessitar de diálise após o transplante e este é um problema frequente no pós-operatório imediato com doador falecido, em média 70% dos pacientes necessitam de diálise no pós-operatório. Já no transplante com doador vivo a diálise após a cirurgia é inferior a 5%.

O atraso no funcionamento do enxerto pode estar relacionado às condições hemodinâmicas do doador, tempo de isquemia fria, acondicionamento do órgão, entre outros. O paciente precisa estar informado para evitar angústias e frustrações se tiver indicação de diálise após o transplante.

4.10 Horários de visitas na UTI e UI

Importante explicar ao paciente e familiar os horários de visita, cabendo a equipe avaliar cada caso, conforme as necessidades do paciente.

Na UTI do HDVS, o paciente poderá receber visitas nos seguintes horários:

- Manhã: 10:30 às 11:00
- Tarde: 14:30 às 15:00
- Noite: 20:30 às 21:00

No horário de visita é permitida a entrada de até dois familiares por horário, não sendo permitida a entrada de menores de 12 anos e de pessoas doentes.

Na UI do HDVS, o paciente poderá receber visitas nos seguintes horários:

- Tarde: 14:00 as 15:30.

Pacientes com 60 anos ou mais podem permanecer com acompanhante em tempo integral.

Qualquer necessidade da família ou paciente pode ser comunicado ao enfermeiro para que possa organizar com a equipe assistencial e atender a necessidades do paciente e familiar.

4.11 Alimentação fornecida pelo hospital

Faz parte da equipe multiprofissional o atendimento do profissional nutricionista, porém o Enfermeiro pode enfatizar algumas questões relacionadas à alimentação.

Durante o período de internação, não deve ingerir alimentos de fora do hospital, pois estes podem causar sérios problemas de saúde como obstrução intestinal ou infecção, não a informação de como o alimento foi preparado e armazenado.

5 PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO: Hospital Dia 4º andar do HDVS

5.1 Coleta de exames laboratoriais

Durante a espera do transplante o paciente necessita ficar em acompanhamento no hospital. Realizando consultas, exames de imagem e laboratorial, conforme estabelecido pela equipe.

O paciente pode aguardar dias, meses ou anos até para realizar o transplante, gerando, muitas vezes ao esquecimento das informações fornecidas no momento de inclusão em lista. Desta forma, todos os momentos que o paciente estiver no hospital, devem servir para receber informações dos profissionais de saúde.

O momento de coleta de sangue para atualização dos exames de compatibilidade genética, são realizados no laboratório central, localizado no Hospital Santa Clara, com a frequência de 2 em 2 meses.

Reforçar sobre estar organizado quando receber a ligação do profissional do hospital para realizar o transplante. Sugerir ao paciente que tenha um familiar ou amigo informado para ser contatado neste momento e que mantenha os documentos pessoais e exames organizados, evitando perda de tempo para se deslocar até o hospital.

Orientar o paciente sobre a importância das consultas com a equipe multiprofissional, reforçando que para se manter ativo em lista de espera, é necessário realizar o acompanhamento e todas as consultas solicitadas pela equipe, bem como a necessidade de coletas de exame de sangue de forma periódica até a realização do transplante.

6 PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO: Hospital Dia 4º andar do HDVS

6.1 Tempo de jejum para o transplante

Quando o paciente chega ao hospital para o transplante, deve-se reforçar a importância do jejum para cirurgia, confirmando qual o horário da última ingestão de alimentos e líquidos. Este período deve ser seguido de forma rigorosa pelo paciente,

evitando assim complicações durante a anestesia, ressaltando a necessidade do jejum de 8 horas antes do procedimento.

Enquanto o paciente aguarda a confirmação para o transplante, deve ser fornecida a pasta informativa constando as fotos e explicações dos locais do complexo por onde ele possa passar durante o tratamento.

6.2 Incisão cirúrgica e cuidados com a ferida operatória

O paciente será informado na consulta pré-transplante sobre o local da cirurgia e o cuidado com a ferida operatória. Como o paciente pode demorar a realizar o transplante, algumas informações devem ser retomadas neste momento.

Ferida Operatória: Informar para o paciente o local da incisão cirúrgica, explicando de forma clara, através de fotos ou desenho como será a incisão. Após o transplante, os curativos serão realizados pela equipe médica durante o período de internação e após a alta para casa o paciente deve ser orientado como proceder ao cuidado com a ferida operatória.

Reorientar sobre a possibilidade de diálise após o transplante: Este é um momento de muita ansiedade para o paciente, em que o transplante significa a retomada da vida, e que acaba gerando muitas expectativas. Importante reorientar o paciente sobre a possibilidade de diálise após o transplante como um processo que faz parte do tratamento quando o rim transplantado demora um pouco mais para funcionar.

Presença de acompanhante: Sempre que possível, permitir a presença de um familiar no momento pré-transplante, para apoiar e incentivar o paciente neste momento.

Suspeita de gravidez: Qualquer suspeita de gravidez por parte do enfermeiro ou paciente, deve ser solicitado a realização de um exame beta-HCG de urgência antes de encaminhar a paciente ao centro cirúrgico.

Reforçar o autocuidado: Importante ressaltar constantemente com o paciente a preocupação com o autocuidado. Pois o transplante é um tratamento que depende muito da sua colaboração na fase pós-transplante, a fim de evitar rejeições.

Após realizar o preparo, o paciente permanece aguardando o resultado dos exames finais de compatibilidade no hospital dia. Este período pode variar entre minutos ou horas. Este é um momento que o paciente, se assim desejar pode receber informações através da pasta informativa.

7 TRANSOPERATÓRIO: Centro Cirúrgico 3º andar HDVS

Estar em um centro cirúrgico gerar muitos sentimentos, como medo, vulnerabilidade, alegria, euforia, insegurança. Sempre que possível é importante que o paciente esteja acompanhado de um familiar até o momento de entrada para a sala de cirurgia, de maneira a deixá-lo mais confortável e seguro, sendo muito importante algumas orientações, tais como:

Anestesia: Explicar para o paciente que será realizado uma anestesia geral, ele vai dormir e não irá sentir dor durante este momento.

Transfusão de sangue: Em algumas situações, a equipe decide pela realização de transfusão de sangue durante ou após o procedimento cirúrgico. O paciente deve ser informado sobre esta possibilidade, ressaltando a importância desse procedimento para sua recuperação.

Acessos, drenos, sonda e ferida operatória: Após o transplante, quando este

acordar na UTI ou sala de recuperação, vai estar com acessos para receber as medicações, sonda vesical de demora para melhor controle da diurese e curativo na ferida operatória.

8 PÓS-OPERATÓRIO: UTI 3º andar HDVS

Após a realização da cirurgia de transplante, o paciente é encaminhado para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), onde permanecerá em média dois ou três dias em cuidados intensivos, por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros profissionais, que se revezam nos cuidados durante as 24 horas do dia.

Em alguns casos, dependendo das comorbidades prévias ou de alguma intercorrência, o paciente pode necessitar ficar em ventilação mecânica após o transplante, porém na maioria dos casos a extubação é feita imediatamente após o término da cirurgia ainda no centro cirúrgico.

A UTI pode ser um ambiente onde o paciente se sinta muito sozinho, onde os familiares não podem permanecer em tempo integral, e ao mesmo tempo vulnerável, pois são muitos procedimentos, aparelhos e manipulações nestes primeiros dias de recuperação.

É importante reorientar os familiares e pacientes, quando em condições, sobre horários de visitas e recebimento de informações do médico intensivista, a fim de tranquilizar os familiares neste momento de tanta expectativa que é o transplante (ver página 14).

Tão logo passado o efeito dos anestésicos, o paciente deve ser orientado, em relação a tempo e espaço, sendo informado sobre dia, horário, onde está, o procedimento realizado, devendo o enfermeiro realizar uma avaliação minuciosa estar atento as necessidades do paciente. Durante este período o paciente precisa ser informado sobre:

Acessos necessários para a realização de medicações: Administração de medicamentos através de acessos centrais ou periféricos e no decorrer da evolução passam a ser por via oral.

Monitoramento: O paciente deve ser orientado que durante o período de internação na UTI, será necessário o monitoramento constante dos sinais vitais, permanecendo eletrodos e oxímetro, entre outros aparelhos, para melhor controle da evolução do transplante.

Sonda vesical de demora: A sonda vesical é colocada durante o procedimento cirúrgico, permanecendo em média por 5 dias ou conforme critério da equipe, possibilitando um controle rigoroso do volume de diurese.

Drenos e ferida operatória: A Ferida operatória é localizada na região do flanco podendo ser lado direito ou esquerdo, dependendo do rim transplantado. Esta permanece com curativo fechado durante o primeiro dia, até a orientação de início de troca pela equipe médica. Em alguns casos é necessária a colocação de um dreno para eliminação de líquidos e sangue acumulados.

Repouso no leito: No primeiro dia o paciente permanece em repouso no leito, no segundo dia conforme avaliação pode iniciar a movimentação, sentando na poltrona e caminhando com auxílio.

Hemodiálise: Em alguns casos, em que o rim demora um período maior para funcionar, pode ser necessária a realização de hemodiálise. Sempre que esta possibilidade for definida pela equipe médica, o enfermeiro deve explicar ao paciente e familiar, evitando angustias e frustrações em relação ao sucesso do transplante.

Sinais e sintomas que podem estar presentes no pós-operatório imediato: Dor; Náuseas; Vômitos; Sonolência; Dificuldade visual.

Sinais de infecção pós-transplante: Temperatura maior que 38c°; Dificuldade para respirar ou tosse; Edema de face, mãos e pés; Dor ou rubor na incisão cirúrgica; Dor ou ardência ao urinar; Diminuição da quantidade de urina; Diarreia.

9 PÓS-OPERATÓRIO: UI 4º ou 5º andar do HDVS

Na Unidade de Internação, o paciente poderá receber visitas e quando houver necessidade ficar acompanhado de um familiar (ver página 14).

Importante orientar todas as visitas sobre a necessidade de higienizar as mãos antes de entrar no quarto do paciente, esclarecendo sobre os riscos de infecção no paciente transplantado.

Não é permitido ao paciente fazer uso de alimentos que não os fornecidos pelo hospital.

O paciente necessita ficar com acesso venoso para infusão de medicações, conforme for a evolução, passam para via oral.

O curativo na ferida operatória será realizado pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro 1 vez por dia, deve ser observado sinais de infecção.

Após remoção da sonda vesical de demora, o paciente necessitará realizar um controle rigoroso da diurese. Devendo ser orientado pela equipe de enfermagem que após urinar deverá armazenar a urina em um recipiente que será recolhido pela enfermagem no final de cada turno.

Orientar sobre administração de imunossupressores, pois estes são fundamentais para evitar a rejeição do transplante.

9.1 Preparo para alta

O paciente e seu familiar devem ser preparados para alta hospitalar ao longo da internação. Cuidados com medicações, higiene, alimentação necessitam ser constantemente reforçados, estimulando a importância do autocuidado a fim de favorecer o envolvimento do paciente no tratamento, possibilitando melhor adesão e evitando rejeições futuras.

As medicações imunossupressoras serão fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A receita é fornecida pelo médico assistente um dia antes da alta do paciente. O familiar deverá se dirigir a farmácia indicada pela equipe para realização do cadastro e recebimento das medicações.

O enfermeiro deve orientar a administração das medicações, conforme entendimento do paciente e ou familiar até a realização da primeira consulta pós-transplante no ambulatório.

Para receber alta para casa o paciente precisa receber as orientações da equipe multiprofissional que compreende avaliação do médico, enfermeiro, serviço social e nutricionista.

A primeira consulta no ambulatório será agendada e informada ao paciente antes da alta para casa, devendo o enfermeiro enfatizar a importância do seguimento do tratamento.

10 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR

A maioria dos pacientes transplantados, após 3 semanas sem alterações ou intercorrências, podem receber alta para casa e iniciar os controles e revisões no ambulatório. O enfermeiro deve avaliar as condições de alta e informar paciente e familiar sobre os cuidados necessários.

10.1 Cuidados gerais de higiene pessoal e da casa

- usar máscara sempre que for sair na rua ou receber visitas, esta deve ser trocada diariamente;
- tomar banho diariamente e trocar a roupa;
- restringir as visitas nos 3 primeiros meses;
- evitar ambientes fechados, com acúmulo de pessoas;
- evitar contato com pessoas doentes;
- evitar contato com animais nos 6 primeiros meses;
- manter a casa limpa, arejada, passar um pano úmido diariamente no chão e objetos da casa, evitar varrer, pois pode levantar poeira;
- trocar as roupas de cama semanalmente;
- manter ventilador e ou ar condicionado limpos, evitando acúmulo de poeira;
- lavar as mãos com água e sabonete com frequência, principalmente antes e após usar o banheiro, se alimentar, contato com outras pessoas;
- se tiver animais, não devem ficar dentro de casa, evitando contato direto com o paciente.

10.2 Alimentação

Seguir as orientações da nutricionista, lembrando o paciente que agora pode ingerir água, pois muitos se esquecem de retomar este hábito.

Preferencialmente realizar as refeições feitas em casa, evitando contaminação no preparo e, se possível, preparar o alimento pouco antes de ingerir.

Frutas e verduras devem ser lavadas com 20 gotas de hipoclorito em 2 litros de água e deixadas de molho por 10 minutos antes de consumir, lavando em água corrente os alimentos antes de cozinhar.

Manter os alimentos preparados refrigerados e consumi-los em até 24 horas, não reaquecendo alimento mais de uma vez.

Seguir uma alimentação saudável e balanceada, evitando alimentos industrializados ou condimentados, sal em excesso, açúcar em excesso, alimentos crus, carnes mal passada, bebidas alcoólicas, cigarro.

10.3 Medicações

Não utilizar medicamentos sem conhecimento da equipe assistencial.

Manter as medicações em temperatura ambiente, local limpo e seco, frascos originais e fechados.

Controlar a validade das medicações, não fazendo uso quando vencidos.

Não trocar medicações com outros pacientes.

Fazer uso somente das medicações prescritas pelo médico.

Fazer o uso correto das medicações e evitar ficar sem alguma dose.

Sempre que for sair de casa levar a receita com os medicamentos que faz uso e telefone do serviço de transplante da ISCMPA.

Se necessitar de atendimento em outro serviço de saúde, deve comunicar que é transplantado, informar às medicações que faz uso e solicitar que o profissional entre em contato com a equipe de transplante da ISCMPA.

Nunca ficar sem medicação.

Não fazer uso de medicações sem o conhecimento da equipe.

Reforçar com paciente e familiar sobre medicamento Certo, dose certa e horário certo.

Qualquer reação adversa ou dificuldade com a medicação deve ser comunicada a equipe.

10.4 Incisão cirúrgica

Tomar banho normalmente, não passar sabonete sobre a ferida operatória, secar a incisão com toalha limpa e seca, iniciando pelos pontos. Não é necessário cobrir, somente se tiver alguma drenagem.

Os pontos serão retirados no ambulatório de transplante conforme orientação médica. Qualquer alteração deve ser comunicado ao médico ou enfermeiro no ambulatório.

10.5 Coleta de exames

No primeiro mês a coleta de exames será mensalmente, entre o primeiro e terceiro mês será mensalmente e após o terceiro mês será mensal ou conforme orientação da equipe.

10.6 Exposição ao sol

Orientar o paciente a pegar sol no início da manhã e final da tarde, usando sem protetor solar fator 30, além de chapéu ou boné, evitando exposição direta nos horários em que o sol é mais intenso.

10.7 Sinais de alerta para infecção ou rejeição

Temperatura maior que 37,5°C.

Sintomas de gripe como corpo dolorido, mal estar, inapetência, indisposição, dispneia, dor abdominal, diarreia.

Dificuldade para urinar, urina com coloração escura ou com sangue.

Edema na face, membros superiores e inferiores.

Vermelhidão, abaulamento ou secreção no local da incisão.

Quando tiver presente alguns desses sinais ou sintomas o paciente deve procurar imediatamente atendimento na ISCMPA.

Com o retorno do paciente para casa, inicia talvez uma das etapas mais complexas, que é a volta à normalidade com a adaptação da vida cotidiana, devendo o paciente ser estimulado a levar uma vida o mais normal possível e ter um rigoroso cuidado com sua saúde, comunicando qualquer alteração ao médico assistente ou a enfermeira do ambulatório.

11 RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE

O pós-transplante é realizado através de consultas periódicas pela equipe médica responsável, incluindo a prescrição de medicamentos imunossupressores, fornecidos pelo SUS, para minimizar a reação (rejeição) do organismo do receptor ao novo órgão recebido.

O enfermeiro deve estimular o paciente a:

- adotar atitudes positivas;
- seguir estritamente as orientações realizadas pela equipe assistencial;
- conhecer sobre o uso das medicações imunossupressoras, a fim de evitar a rejeição e comprometimento de sua saúde;
- fazer uso das medicações nos horários prescritos.

12 COMPLICAÇÕES PÓS-TRANSPLANTE

Após a realização do transplante pode acontecer algum tipo de rejeição, infecção ou complicação podendo ser imediata ou tardia. Nesses casos orientar que o paciente procure imediatamente o ambulatório de transplante e no turno da noite ou finais de semana e feriado, a emergência da Instituição.

12.1 Rejeição

A rejeição é a principal barreira para o sucesso do transplante. O sistema imunológico tem a função de proteger o organismo de infecções e tudo que considerar estranho. Desta forma pode identificar o rim transplantado como algo que não faz parte do organismo e tentando destruí-lo. Para que isso não aconteça, é importante o uso correto das medicações imunossupressoras por toda a vida do paciente. As medicações são prescritas pelo médico assistente e ajustadas conforme a necessidade do paciente com o auxílio do farmacêutico no ambulatório de transplantes.

Mesmo com o uso dos imunossupressores, a rejeição pode ocorrer. Desta forma o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas de rejeição, e outras complicações que podem acontecer no pós-operatório imediato e tardio. A rejeição pode ser na forma hiperaguda, aguda ou crônica.

Hiperaguda: Ocorre minutos ou horas após o transplante. Geralmente está relacionada à incompatibilidade ABO, anticorpos anti-HLA ou antiendotélio. Com o avanço da medicina, esta rejeição se tornou mais rara, sendo possível a realização de testes imunológicos no pré-transplante para evitar a perda do enxerto transplantado.

Aguda: Ocorre após dias ou meses da realização do transplante. Acontece quando o

organismo do receptor não responde ao tratamento utilizado habitualmente após o transplante, que é composto por corticoides e drogas antilinfocitárias.

Crônica: Ocorre após meses ou anos após o transplante. Atualmente é a principal causa de perda do enxerto após o primeiro ano de transplante. Esta pode estar relacionada a fatores imunológicos, comprometimento prévio do órgão doado bem como a realização correta do tratamento com imunossupressor e demais cuidados por parte do receptor.

12.2 Complicações vasculares

Trombose de artéria renal: tem como quadro clínico, anúria súbita e ausência de fluxo renal que é observado através da realização de exame ecodoppler. Quando ocorre é indicado a retirada imediata do enxerto (órgão transplantado). Esta complicação é pouco frequente devido ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas.

Trombose de veia renal: Geralmente está relacionada com torção, dobradura ou estenose da anastomose. Tem como quadro clínico ausência da função renal, anúria, dor local, ruptura da anastomose com sangramento intenso. O diagnóstico é feito através de exame de ecodoppler e investigação clínica. O tratamento é cirúrgico, sendo necessária a retirada do órgão transplantado.

Estenose da artéria renal: Está relacionada ao trauma na camada íntima durante o ato cirúrgico, erro técnico, artéria do receptor com presença de esclerose ou rejeição crônica. Pode levar a hipertensão arterial ou perda da função do enxerto. O diagnóstico é feito através da realização de arteriografia. O tratamento para os casos leves é conservador, podendo realizar a dilatação intraluminal com balão de *stent* ou nos casos mais graves é indicado intervenção cirúrgica.

12.3 Outras complicações

Linfocele: É caracterizada pela coleção de linfa junto ao enxerto, levando a compressão de ureter, bexiga e vasos ilíacos, pode ocorrer entre 15 a 180 dias após o transplante, porém com baixa incidência. A maioria dos casos é assintomático, dificultando o diagnóstico. O paciente pode apresentar edema no membro inferior que corresponde ao mesmo lado do transplante. O diagnóstico é feito por ultrassonografia e o líquido removido através de punção cirúrgica.

Fistula urinária: Acontece através do vazamento de urina, que pode ser por obstrução, torção do ureter, coágulos, estenose ou edema local. O vazamento pode ter origem na bexiga, ureter ou cálices renais. A urina se acumula ao redor do enxerto, retroperitônio ou pele, ocorrendo o extravasamento através da incisão cirúrgica. Os sinais clínicos são: perda da função renal, anúria ou diminuição da urina. O tratamento é cirúrgico e consiste na reconstrução da via excretora.

Hematoma: Pode ocorrer no local da incisão cirúrgica, geralmente nas primeiras horas após o transplante. O paciente apresenta quadro clínico de anúria ou oligúria, dor local e sinais clínicos de sangramento. O diagnóstico pode ser feito por exame de ultrassonografia e resultados de hemograma que apresentam com queda nos níveis de hematócrito e hemoglobina. O tratamento é cirúrgico e consiste na drenagem do hematoma.

Citomegalovírus (CMV): A infecção por CMV é a mais importante infecção viral que acomete o transplantado renal. Podendo ser identificada no segundo mês pós-transplante por infecção durante ou transplante ou reinfeção quando o paciente já possuía o vírus.

O CMV pode ser assintomático ou iniciar com sintomas de um resfriado, em quadro

mais grave pode ser associado pneumonia ou sintomas gastrointestinais.

A infecção pode causar a diminuição do funcionamento e sobrevida do enxerto, ocasionando diversas complicações, entre a mais grave, rejeição aguda.

Quando o paciente apresentar sinais e sintomas de infecção, deve ser realizado o monitoramento da função renal a fim de realizar o diagnóstico precoce para início do tratamento. O tratamento é realizado com ganciclovir por 14 a 21 dias conforme indicação médica.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Manual de orientação ao paciente em transplante**. GAT Grupo de Apoio aos Transplantados. São Paulo: GAT, 2015. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/GAT/Manual_GAT_Congresso2015.pdf> Acesso em: 20/04/2019.

BRASIL. **Portaria n. 2.600**, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2009 out. 30; Sec 1:77-118.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASTRO, M.C.R. (revisora). **Manual de Transplante Renal**. Associação Brasileira de Transplantes. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_do_transplantado/manual_transplante_rim.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GARCIA, C.D.; PEREIRA, J.D.; GARCIA, V.D. **Manual de doação e transplantes: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante**. Porto Alegre: Libretos, 2017.

GARCÍA, M.I.M. (ed.) **Trasplante renal: informacional paciente em lista de espera**. Coordinacion de Trasplanted. Hospital General Universitario de *Alicante* y Centro de Especialidades de Babel, 2019.

GARCIA, V.D.; ABBUD-FILHO, M.; NEUMANN, J.; PESTANA, J.O.M. **Transplante de órgãos e tecidos**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006.

INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD. Ministerio de SanidadServiciosSociales e Igualdad. **Guía de Práctica Clínica sobre La Detección y el Manejo de La Enfermedad Renal Crónica**. Zaragoza, Espanha: Instituto Aragonés de Ciencias de La Salud (IACS), 2016.

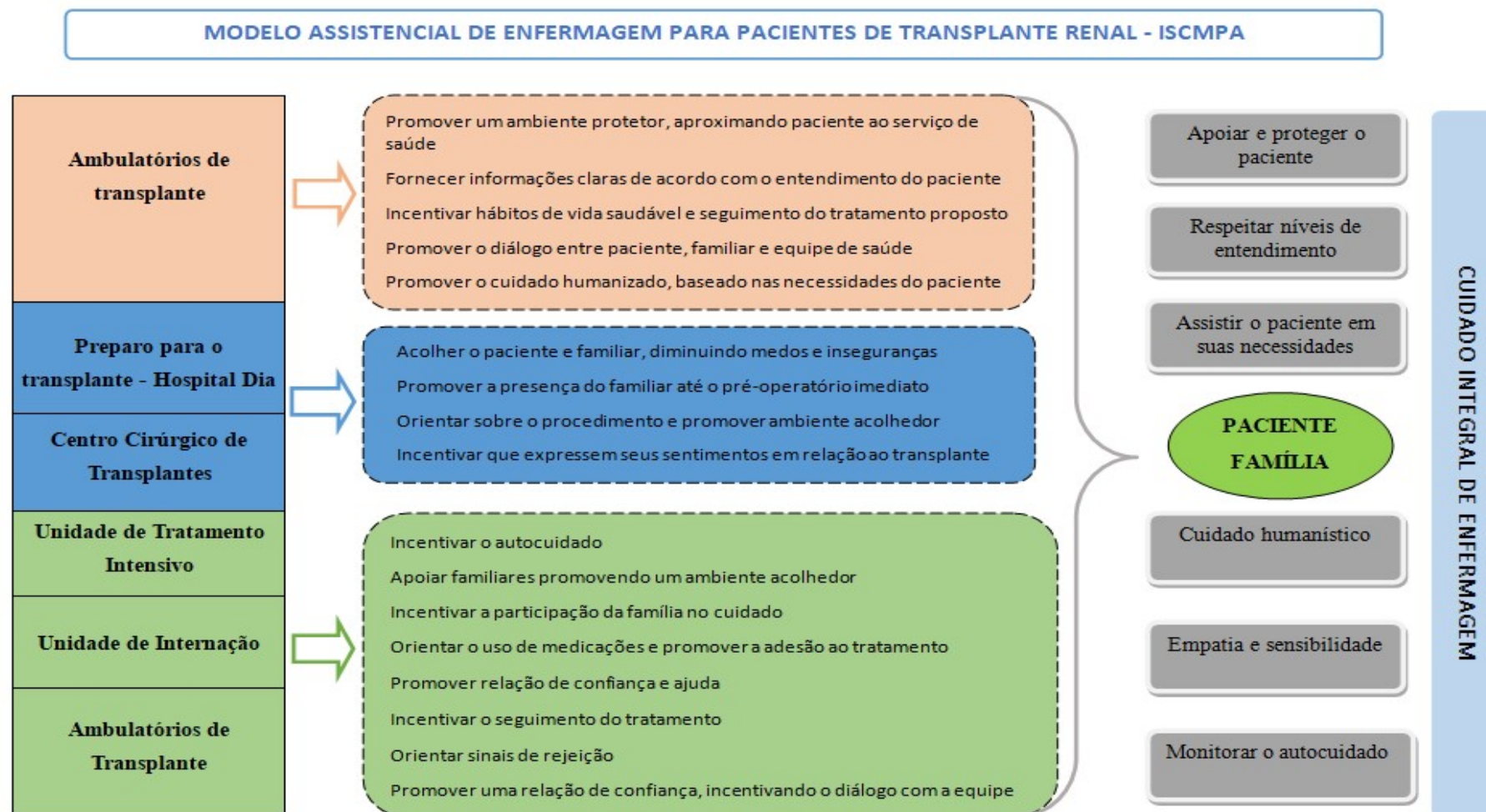
MATESANZ, R. **El Modelo Español de Coordinación y Transplantes**. Organización Nacional de Trasplantes. 2. ed. Espanã: Grupo Aula Médica; 2008.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRANSPLANTE (ONT). **Guia de buenasprácticasenel processo de la donación de organos**. 2. ed. España: ONT; 2012.

PUJOL, F.C. **Yaestoy transplantado de riñón: Y ahoraqué? Informaciónprácticadespuésdeltrasplante renal**. 2. ed. Hospital Clínic Barcelona: Permanyer, 2009.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, p. 1-3, 2004.

Produto 4. Modelo técnico assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal na ISCMPA.



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

7 CONCLUSÃO

O Modelo Técnico-Assistencial de enfermagem para acompanhamento de pacientes de transplante de rim foi elaborado a partir da metodologia da PCA, que permitiu o envolvimento do pesquisador na prática assistencial, de forma a qualificar e padronizar a assistência de enfermagem. Além disso, a fundamentação nas teorias de Dorothea Orem e Jean Watson buscando a integralidade do cuidado e o autocuidado qualificaram a proposição do modelo em busca da prestação do melhor cuidado para este grupo de pacientes.

A caracterização do serviço de transplante renal da ISCMPA permitiu conhecer e desenhar o fluxo de atendimento do paciente, de forma a padronizar a assistência prestada pelos enfermeiros contemplando as informações necessárias em todas as etapas do transplante renal.

A identificação das necessidades do paciente de transplante renal permitiu conhecer a percepção dos mesmos sobre o transplante, avaliando seu conhecimento sobre o tratamento, expectativas e sentimentos que envolvem este momento. Possibilitou conhecer o que o paciente necessita receber de informação para melhor entendimento sobre o tratamento.

Os enfermeiros devem estar preparados para atuar em todas as fases do transplante renal. Desta forma, o grupo focal permitiu momentos de reflexão e troca de experiências, identificando-se a preocupação dos enfermeiros em aprimorar o conhecimento, com o objetivo de oferecer uma assistência de qualidade, auxiliando com a educação dos pacientes e familiares favorecendo o processo de cuidado.

A experiência adquirida na Organização Nacional de Transplantes da Espanha, bem como o conhecimento dos protocolos e materiais utilizados para o transplante renal, contribuiu com a construção do produto de pesquisa e com o trabalho desenvolvido na ISCMPA, buscando o aprimoramento do serviço e a qualidade da assistência prestada.

LIMITAÇÕES

Esta pesquisa apresentou algumas limitações, pelo fato de ter ocorrido mudanças na estruturação dos processos administrativos e assistenciais na instituição, ocasionando mudança de coordenadores e supervisores de enfermagem, bem como na estruturação do serviço. Desta forma não foi possível realizar a validação e implementação dos produtos de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. European Directorate for the Quality of Medicines & Health Care (EDQM). Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 7th ed. Council of Europe: EDQM; 2018.
2. Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN). Board of directors meeting: annual data report. Virginia: Department of Health and Human Services; 2018.
3. Watson CJE, Dark JH. Organ transplantation: historical perspective and current practice. *Br J Anaesth*. 2012; 108(1): i29-42.
4. Fajuri AZ. Transparencia y transplantes: es posible? Dilemas bioéticos de La adjudicación de órganos. Centro de investigaciones de Filosofía Del Derecho y Derecho Penal (CIFDE) Universidade de Valparaíso, Chile. *Acta Bioeth*. 2017; 23(2): 237-43.
5. Pessoa JLP, Schirmer J, Roza BDA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4): 323-30.
6. Murakami M, Fukuma S, Ikezoe M, Nakamura M, Yamamoto Y, Yamazaki S, Fukuhara S. Effect of an educational program on attitudes towards deceased organ donation. *Ann Transplant*. 2015; 20: 269-78.
7. Tech AW, Cruz LV, Cornelli M, Pereira CV, Bertoglio J, Brasil B, et al. Implementing activities developed by the organ transplantation academic society of the hospital Dom Vicente Scherer: A Pilot Study. *Transplant Proc*. 2016; 48(7): 2253-7.
8. Garcia CD, Pereira JD, Garcia VD. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma; 2015.
9. Brasil. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília*. 2009 out. 30; Sec 1:77-118.
10. Garcia CD, Pereira JD, Zago MK, Garcia VD. Manual de doação e transplantes. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
11. Freire ILS, Oliveira MAE, Freitas MB, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Compreensão da equipe de enfermagem sobre morte encefálica e a doação de órgãos. *Rev Eletr Trim Enferm*. 2014; 36(8): 70-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças renais: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em: 10 jun. 2019]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-renais>>.
13. Ganjali R, Taherzadeh Z, Sabbagh MG, Nazemiyan F, Mamdouhi F, Tabesh H, et al. Effect of an interactive voice response system on self-management in kidney transplant recipients: Protocol for a randomized controlled trial. *Med*. 2019; 98(6): e14291.

14. Jamieson NJ, Hanson CS, Josephson MA, Gordon EJ, Craig JC, Halleck F, Budde K, Tong A. Motivations, challenges, and attitudes to self-management in kidney transplant recipients: a systematic review of qualitative studies. *Am J KidneyDis*. 2016; 67(3):461-78.
15. Oliveira APV, Gomes GC, Romeu BR, Svaldi JS, Machado GS. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. *HU Rev*. 2016; 42(1): 33-41.
16. Primo HFBC, Hayakawa LY. Conhecimento da equipe de enfermagem na assistência ao paciente em pós-operatório de transplante renal. *RevUningá Rev*. 2017; 29(3): 11-7.
17. Scheremeta JM, Selow MLC. O trabalho do enfermeiro frente à CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos). *VitrProd Acadêm*. 2016; 4(1): 251-62.
18. Ferreira SAMN, Teixeira MLO, Branco EMSC. Relação dialógica com o cliente sobre transplante renal: cuidado educativo de enfermagem. *CogitareEnferm*. 2018; 2(23): e52217.
19. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. *RevBrasEnferm*. 2012; 65(6): 1019-25.
20. Lima MB. Modelo assistencial de enfermagem primária: uma análise por Miss Care-Brasil. Dissertação [Enfermagem]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2017.
21. Matumoto S, Mishima S, Pinto I. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad Saúde Pública*. 2001; 1(17): 233-41.
22. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016) [Internet]. Registro BrasTranspl. 2016 [acesso em 10 abr. 2019]; 12(4):1-102. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abto03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>>.
23. Magalhães ALP, Lanzoni GMM, Knih NS, Silva EL, Erdmann AL. Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. *CogitareEnferm*. 2017; 22(2): e45621.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Número de brasileiros doadores de órgãos bate recorde em 2016 [Internet]. Portal Brasil; 2017 [acesso em 18 abr. 2019]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-brasileiros-doadores-de-orgaos-bate-recorde-em-2016>>.
25. Brasil. Decreto nº 8.783, de 06 de junho de 2016. Altera o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento. Brasília, DF: Casa Civil; 2016.
26. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período de janeiro/março de 2017 [Internet]. Registro BrasTranspl. 2017 [acesso em 20 abr. 2019]; 23(1). Disponível em: <http://www.abto.org.br/abto03/Upload/file/RBT/2017/2017_leitura_1T.pdf>.

27. Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Indicadores [Internet]. Portal Santa Casa; 2017 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: <<https://www.santacasa.org.br/pt/dom-vicente-scherer/indicadores>>.
28. Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Hospital Dom Vicente Scherer. Unidade de Transplante Renal. Porto Alegre: ISCMPA; 2013.
29. Machado KPM, Caregnato RCA. Retirada de múltiplos órgãos para transplante: olhar do enfermeiro. *RevSobecc*. 2012 jan./mar; 17(1): 45-53.
30. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birkholz VRZ. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. *RevBras Ter Intensiva*. 2016; 28(3): 220-55.
31. Garcia CD, Pereira JD, Garcia VD. Manual de doação e transplantes: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos; 2017.
32. World Health Organization (WHO). Transplantation Society (TTS). Organización Nacional de Transplantes (ONT). Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation: striving to achieve self-sufficiency, March 23-25, 2010. Madrid SpanTransplantation; 2011.
33. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.173, de 15 de dezembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Rio de Janeiro: CFM; 2017.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplante (SNT) [Internet]. Portal Saúde; 2018 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/sistema-nacional-de-transplantes>>.
35. Brasil. Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
36. Brasil. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil; 1997.
37. Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF: Casa Civil; 2001.
38. Souza LL. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *CiêncCogn*. 2014; 19(2): 218-32.
39. Murray JE. Surgery of the soul: reflexions on a curious career. Boston: Boston Medical Library; 2011.

40. Harvard Medical School. A definition of irreversible coma. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA. 1968 Aug; 205(6): 337-40.
41. Santos MJ, Moraes EL, Massarollo MCKB. Comunicação de más notícias: dilemas éticos a situação de morte encefálica. Mundo Saúde. 2012; 36(1): 34-40.
42. International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT). Transplantation [Internet]. Portal IRODaT; 2017 [acesso em 01 fev. 2019]. Disponível em: <www.irodat.org, 2017>.
43. Organización Nacional de Transplante (ONT). Guia de buenas prácticas en el proceso de la donación de órganos. 2. ed. España: ONT; 2012.
44. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidade do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(4): 945-53.
45. Brasil. Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica. Brasília, DF: Casa Civil; 1968.
46. Brasil. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. Brasília, DF: Casa Civil; 1997.
47. Tong A, Sautenet B, Chapman JR, Harper C, MacDonald P, Shackel N, et al. Research priority setting in organ transplantation: a systematic review. Transpl Int. 2017; 30(4): 327-43.
48. López YM, García EGG, Morales HLV. Negativa al trasplante renal em la Unidad de Hemodiálisis: Abordaje desde la percepción social. Acta Médica del Centro. 2019; 13(3).
49. Mesías Díaz S, Guerrero Rojas JC. Estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto. Tarapoto: Universidad Peruana Unión. Escuela de Psicología; 2018.
50. United States Renal Data System (USRDS). National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Bethesda. Annual data report; 2014.
51. Romão Júnior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol. 2004; 26(3 Supl 1): 1-3.
52. Alfonso Guerra JP. Nefrología. In: Almaguer López M. Epidemiología de la enfermedad renal crónica. La Habana: Ciencias Médicas; 2016. p.76-80.
53. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Definição de transplante renal. São Paulo: SBN; 2019.
54. Domingo Hernández, Castro P, Alfonso M, Ruiz Esteban P, Alonso M. Mortalidad en lista de espera para trasplante renal. Nefrol. 2015; 35(1): 18-27.

55. Stacy L, Skelton RN, Amy DW, La Shara AD, Peipert JD, Fish AF. Applying best practices to designing patient education for patients with end-stage renal disease pursuing kidney transplant. *Prog Transplant*. 2015; 25(1): 77-84.
56. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 292, de 07 de junho de 2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro: COFEN; 2004.
57. Halldorson J, Roberts JP. Decadal analysis of deceased organ donation in Spain and the United States linking an increased donation rate and the utilization of older donors. *Liver Transpl*. 2013; 19(9): 981-6.
58. Sasso MKD, Roza BA, Barbosa SFF, Schitmer J, Galvão CM. Transplantes de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(4): 945-53.
59. Silva RS, Almeida ARLP, Oliveira FA, Oliveira AS, Sampaio MRFB, Paixão GPN. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. *Enferm Foco*. 2016; 7(2): 32-6.
60. Fagherazzi V, Trecossi SPC, Oliveira RM, Souza JES, Sauer Neto M, Santos RP. Permanent education on organ/tissue donation with community health agents. *Rev Enferm UFPE*. 2018; 12(4): 1133-8.
61. International Transplant Nurses Society (ITNS). Introduction to transplant nursing: core competencies. Pittsburg: ITNS; 2011.
62. Marandola PG, Matos SS, Mattia AL, Rocha AM, Silva JS, Resende MKB. Consultas de enfermagem ao paciente em pré-transplante de fígado: elaboração de um protocolo. *Rev Enferm CenT Min*. 2011; 1(3): 324-31.
63. Ribeiro AW, Andrade M. Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doença renal crônica. *Rev Pró-UniveSUS*. 2018; 09(2): 60-5.
64. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para a enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
65. Queirós PJP, Vidinha TSS, Almeida Filho AJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enferm Refer*. 2014 dez; 4(3): 157-64.
66. Foster PC, Bennett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB. Teoria de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 83-101.
67. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
68. Raimondo ML, Fegadoli D, Méier MJ, Wall ML, Labronici LM, Raimondo-Ferraz, MI. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65 (Junio-Sinmes).
69. Silva JV, Braga CG. Teorias de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2011.

70. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: Medicine & Health Science Books; 2005.
71. Mathias JJS, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3): 332-7.
72. Nascimento KC, Erdmann AL. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. *RevEnferm UERJ*. 2006; 14(3): 333-42.
73. Alcântara MR, Silva DG, Freiburger MF, Coelho MPPM. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev EletrFaculEducMeioAmbiente*. 2011; 2(2): 115-32.
74. Trentini M, Paim L. An innovative approach to promote a healthy life style for persons in chronic conditions in Brazil. In: Turley AB, Hofmann GC, organizadores. *Life style and health research progress*. Nova York (US): Nova Publishers; 2008.
75. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. *Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2014.
76. Trentini M, Paim L. *Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.
77. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(4): e1450017.
78. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2016. 511 p.
79. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
80. Oliveira KCS. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. *RevEntrel*. 2015 jan./jun; 9(1).
81. Master Alianza em Donación y Trasplante de Órganos. Documentación 2018 [Internet]. Portal Master Alianza; 2019 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: <<http://masteralianza.ont.es/>>.
82. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional da Saúde; 2012.
83. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional da Saúde; 2016.
84. Garcia CD, Garcia VD, Pereira JD. *Manual de doação e transplantes: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante*. Porto Alegre: Libretos; 2017.

85. Santos CM, Kirchmaier FM, Silveira WJ, Sena CA. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(4): 337-43.
86. Costa JM, Nogueira LT. Associação entre trabalho, renda e qualidade de vida de receptores de transplante renal no município de Teresina, PI, Brasil. *J Bras Nefrol.* 2014; 36(3): 322-38.
87. Prates DS, Camponogara S, Arboit ED, Tolfo F, Beuter M. Transplante renal: percepções de pacientes transplantados e profissionais da saúde. *Rev Enferm UFPE.* 2016; 10(4): 1264-72.
88. Peipert JD, Hays RD, Kawakita S, Beaumont JL, Waterman AD. Measurement characteristics of the knowledge assessment of renal transplantation. *Transpl.* 2019; 103: 56-72.
89. Borsato L, Escudeiro CL. Cartilha com orientações de enfermagem para a alta hospitalar: contribuição à educação em saúde do paciente transplantado renal. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial). Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2014.
90. Sieverdes JC, Nemeth LS, Magwood GS, Baliga PK, Chavin KD, Ruggiero KJ, Frank A. African American kidney transplant patients' perspectives on challenges in the living donation process. *Transpl.* 2015 Jun; 25(2).
91. Almeida OAE, Santos WS, Rehem TMSB, Medeiros M. Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2019; 24(5).
92. Gibbons A, Cinnirella M, Bayfield J, Wu D, Draper H, Johnson RJ, et al. Patient preferences, knowledge and beliefs about kidney allocation: qualitative findings from the UK-wide ATTOM programme. *BMJ Open.* 2017 Jan; 7(1): e013896.
93. Dageforde LA, Box A, Feurer ID, Cavanaugh KL. Understanding patient barriers to kidney transplant evaluation. *PMC.* 2016 Jul: 1463-9.
94. Ganjali R, Taherzadeh Z, Sabbagh MG, Nazemiyan F, Mamdouhi F, Tabesh H, et al. Effect of an interactive voice response system on self-management in kidney transplant recipients: Protocol for a randomized controlled Trial. 2019 Feb; 98(6): e14291.
95. Kucirka LM, Grams ME, Balhara KS, Jaar BG, Segev DL. Disparities in provision of transplant information affect Access to kidney transplantation. *Am J Transplant.* 2012; 12(2): 351.
96. Calder LA, Cwinn AA, Gatien M, Gee A, Larocque N, Calder-Sprackman S, et al. The feasibility of an interactive voice response system (IVRS) for monitoring patient safety after discharge from the ED. *EmergMed J.* 2017; 35(3):180-5.
97. Rocha DF. A importância do planejamento didático de intervenções educativas para a adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2017.
98. Chisholm MA, Lance CE, Williamson GM, Mulloy LL. Development and validation of an immunosuppressant therapy adherence barrier instrument. *Nephrol Dial Transplant.* 2005; 20(1): 181-8.

99. Xavier BLS, Santos I, Silva FVC. Promovendo autocuidado em clientes em hemodiálise: aplicação do diagrama de nola pender. *RevFundCare Online*. 2017; 9(2): 545-50.
100. Melo GB, Aguiar AKB, Melo GB, Silva VMS, Albuquerque MCS, Brêda MZ. Os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido na fila única de transplante. *J Bras Transpl*. 2012; 15(3): 1651-88.
101. Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevick MA. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *J Ren Nutr*. 2014; 24(2): 92-9.
102. Farias MS, Maia ICG, Ferreira GMS, Pinto JR, Ferreira FIS. Sentimentos de pessoas em hemodiálise que esperam por um transplante renal. *RevBrasCienc Saúde*. 2018; 22(4): 357-62.
103. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Caceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev Latino-AmEnferm*. 2012; 20: 838-46.
104. GonzálezBetancourt L, Martín Alfonso L, BayarreVea H, Hernández Estrada A. Estrategias de afrontamiento de pacientes en espera de trasplante renal. *RevHabCienc Med*. 2019;18(3): [aprox. 10 p.].
105. Bueno JMV, La Calle GH, Guerrero AO, organizadores. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenasprácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019.
106. Furtado AMO, Souza SROS, Oliveira BL, García CN. El enfermeroasistencial y educador en una unidad de trasplante renal: um desafio. *Enf Global*. 2012; 11(3).
107. Damaso AG, Santos CS, Bezerra ASCE. Assistência de Enfermagem nos cuidados peroperatórios de pacientes em transplante renal. *CiêncBiol Saúde Unit*. 2017 nov; 2017; 4(2): 271-82.
108. Pauletto MR. Percepção de pacientes em hemodiálise fora da lista de espera sobre o transplante renal. Dissertação (Mestrado). Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
109. Garcia RP. Transplante renal como assunto de família: vivendo na incerteza e buscando prolongar a vida. Tese (Doutorado). Pelotas: Faculdade de Enfermagem; 2017.
110. Crisp N, Iro E. Nursingnowcampaign: raisingthe status of nurses. *Lancet*. 2018; 391(10124): 920-1.
111. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Brasil adere a campanha NursungNow para fortalecer o papel de enfermeiras e enfermeiros na eliminação de barreiras ao acesso à saúde. Brasília: OPAS/OMS; 2019.
112. Matesanz R, Gil BD, Coll E, Mahillo B, Marazuela R. How spain reached 40 deceased organ donors per million population. *Am J Transplant*. 2017 Jun; 17(6): 1447-54.

113. Matesanz R. El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes. Organización Nacional de Trasplantes. 2. ed. España: Grupo Aula Médica; 2008.
114. Hospital Universitario Ramon y Cajal [Internet]. Portal Hospital Ramon y Cajal; 2019 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: <www.madrid.org/hospitalramonycajal>.
115. Espanha. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes [Internet]. Portal ONT; 2019 [acesso em 15 mar. 2019]. Disponível em: <<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Programa de Garantia de Calidad.aspx>>.
116. Matesanz R, Coll E, Gil BD, Rosa G, Marazuela R, Arraez V, et al. Benchmarking in the process of donation after brain death: a methodology to identify best performer hospitals. *Am J Transplant*. 2012; 12: 2498-506.
117. Espanha. Ministerio de Sanidad. Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre 2012. Regular las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad [Internet]. Espanha: Boletín Oficial del Estado; 2012 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15715>.
118. Santos BP, Lise F, Feijó AM, Garcia RP, Schwartz E. Cuidados realizados pelas pessoas com transplante renal para a manutenção do órgão. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11(8): 3108-21.
119. Campos GWS. Saúde pública. São Paulo: Hucitec; 2005.
120. Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GWS. Planejamento sem normas. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 53-60.
121. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2015; 20(6): 1869-78.
122. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

APÊNDICE A -Termo de Consentimento para Pacientes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ELABORAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“Elaboração de um modelo Técnico-Assistencial de Enfermagem para Pacientes de Transplante Renal”**, que faz parte de uma dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

O objetivo deste estudo é a construção de um modelo assistencial de enfermagem para pacientes pré, transe pós-transplante atendidos no ambulatório D do Hospital Santa Clara e ambulatório, unidade de internação, Centro Cirúrgico e UTI do Hospital Dom Vicente Scherer na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, localizados na cidade de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul. Para alcançar esses objetivos será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder a quatro questões pré-estabelecidas. Esta entrevista acontecerá nos mesmos hospitais supracitados, garantindo sua privacidade e sigilo. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. As informações coletadas, serão utilizadas somente para este estudo e, depois de organizadas e analisadas, poderão ser divulgadas e publicadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas gravadas em arquivos de mp4, e registradas por escrito, por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda. Após este período, os dados serão totalmente destruídos como preconiza a Resolução nº 466/2012.

Eu _____,
recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Fui igualmente informado acerca dos riscos e benefícios como participante da pesquisa. Os riscos estão ligados ao possível desconforto que posso ter ao ser entrevistado e compreendo que, caso me sinta desconfortável, posso não responder as perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento. Os benefícios estão diretamente relacionados com a produção do conhecimento acerca do tema. A participação na pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para mim, da mesma forma que não me trará nenhum benefício direto, custo, bem como nenhuma recompensa financeira.

Além disso, não haverá nenhum prejuízo na assistência hospitalar.

Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa ou sobre os direitos que são resguardados a você, poderá entrar em contato com a pesquisadora Kelen Patrícia Mayer Machado, pelo telefone (51) 32148459, ou com a investigadora principal Professora Carine Raquel Blatt pelo telefone (51) 33038889. Sua participação no estudo é voluntária.

Contatos Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: (51) 3214-8571 e *email*: cep@santacasa.tche.br.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Data: ____/____/____

APÊNDICE B - Entrevista Semiestruturada

Dados demográficos:

1. Nome completo: _____

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Sexo: () M () F

4. Situação atual:

Transplantado: () sim () não

Há quanto tempo realizou o transplante: ____ anos ____ meses

Em lista de espera: () sim () não

Há quanto tempo em lista de espera: ____ anos ____ meses

Relistado para transplante: () sim () não

Há quanto tempo em lista de espera para re-transplante: ____ anos ____ meses

5. Cidade de origem:

() Porto Alegre

() Grande Porto Alegre

() Outras cidades do RS

() Fora do RS

6. Grau de escolaridade:

() Não alfabetizado

() Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino superior

7. Possui outras doenças crônicas diagnosticadas:

() sim () não

() Hipertensão arterial

() Diabetes mellitus

() Hepatite C

() Artrite Reumatóide

() Dislipidemia

() Osteoporose

() Asma

() DPOC

() Outra: Qual (is): _____

8. Qual a sua expectativa em relação ao transplante?

9. Você poderia me falar quais os cuidados que o paciente deve ter antes, durante e após o transplante?

10. Você poderia me falar quais suas principais dúvidas em relação à assistência prestada ao paciente de transplante na ISCMPA?

11. Você teria alguma sugestão para melhorar o atendimento ao paciente de transplante na ISCMPA?

APÊNDICE C - Convite via e-mail aos Profissionais Participantes da Pesquisa

CONVITE AOS PARTICIPANTES

Eu, **Kelen Machado**, aluna do Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre venho convidá-lo (a) a integrar o grupo focal de Enfermeiros que tem como objetivo, construir um modelo técnico assistencial de enfermagem para pacientes de transplante. Esta etapa faz parte do projeto da minha dissertação, intitulado “Construção de um modelo técnico assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal”, orientado por Prof^{Dr} Carine Raquel Blatt e coorientado por Prof^{Dr} Rita Catalina Aquino Caregnato.

O grupo focal se reunirá em quatro encontros, com duração de uma hora no Hospital Dom Vicente Scherer. Segue datas e horários.

23/11/2018 –sexta feira - 9hs

30/11/2018 – sexta feira - 9hs

07/12/2018 – sexta feira - 9hs

Solicito confirmação da sua participação respondendo a esta mensagem.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade.

Atenciosamente,

Kelen Machado

Porto Alegre

Novembro, 2018.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento para Profissionais

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ELABORAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE RENAL

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“Elaboração de um Modelo Técnico-Assistencial de Enfermagem para Pacientes de Transplante Renal”**, que faz parte de uma dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. O objetivo deste estudo é a construção de um modelo assistencial de enfermagem para pacientes pré, trans e pós-transplante renal, atendidos no ambulatório D do Hospital Santa Clara e ambulatório, unidade de internação, Centro Cirúrgico e UTI do Hospital Dom Vicente Scherer na Santa, localizados na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Para alcançar esses objetivos será realizado um grupo focal com a equipe multiprofissional, composto por quatro encontros com total de 2 horas cada encontro, em data e hora pré-estabelecida, no horário de trabalho dos participantes.

Os riscos mínimos podem estar ligados ao possível desconforto em se expor diante dos demais colegas do grupo focal e, caso não se sinta à vontade para realizar o que é proposto, poderá abandoná-la a qualquer momento. Este estudo não gera benefícios a curto prazo para sua participação, porém, a implantação deste modelo de programa poderá beneficiar muitos pacientes e profissionais da saúde, uma vez que tem como foco melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes de transplante.

Os dados deste estudo serão utilizados para fins científicos e, de maneira alguma, você será identificado.

Eu _____
(participante) fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito e esclareci as minhas dúvidas. Sei que poderei solicitar novas informações a qualquer momento.

Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa ou sobre os direitos que são resguardados a você, poderá entrar em contato com a pesquisadora Kelen Patrícia Mayer Machado, pelo telefone (51)32148459, ou com a investigadora principal, Professora Carine Raquel Blatt pelo telefone (51) 33038889 Sua participação no estudo é voluntária.

Contato Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: telefone (51) 3214-8571.E-mail: cep@santacasa.tche.br.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Data: ____/____/____

APÊNDICE E - Apresentação do Produto para a Comunidade

Essa pesquisa foi construída a partir das necessidades vivenciadas pela enfermeira que participa da assistência ao pacientes de transplante renal da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Mundialmente, o transplante de órgãos com maior número de pacientes em lista de espera e também o mais realizado é o de rim, se tornando alternativa na sobrevida e melhoria da qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), doença reconhecida como um problema de saúde pública no mundo, com alto custo econômico e social.

O transplante de rim é um procedimento de substituição cirúrgica, que consiste em remover um rim funcionante de um doador vivo ou falecido e implantá-lo em um paciente com doença renal em fase final. Considerado uma forma de tratamento, uma vez que o paciente precisa estar em constante acompanhamento e fazendo uso de medicamentos de forma contínua.

Assim, a prática assistencial de enfermagem constitui um desafio, pois sua atuação deve permitir a avaliação da assistência e a possibilidade de realizar metas terapêuticas eficientes aos pacientes de transplante renal atendidos nas instituições de saúde

A partir disso, foram construídos os produtos da pesquisa denominado “Modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal” e demais produtos que contemplam o modelo, que são: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem ao Paciente de Transplante Renal, Checklist de Orientações de Enfermagem para Paciente de Transplante Renal; Guia de Orientações de Enfermagem para Pacientes de Transplante renal; Pasta informativa com fotos ilustrativas com os locais percorridos pelo paciente na instituição.

Espera-se que por meio da pesquisa realizada entre instituição de ensino e saúde, onde foi realizada a construção dos produtos, seja possível melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente que realiza o transplante de rim, de forma sistematizada, organizada e de qualidade na instituição.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO TÉCNICO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE TRANSPLANTE

Pesquisador: Carine Raquel Blatt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03917318.9.0000.5335

Instituição Proponente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.830.483

Apresentação do Projeto:

Os transplantes de órgãos e tecidos são considerados uma terapia efetiva para pacientes portadores de doenças crônicas terminais, mas ainda apresentam necessidade de aprimoramento de alguns pontos como a captação de órgãos e o cuidado do paciente no pré, trans e pós- transplante. O paciente que necessita de um transplante é referenciado a um centro transplantador e inicia seu acompanhamento por uma equipe multiprofissional, sendo a equipe de enfermagem, um importante elo neste processo de cuidado. A organização e prestação de cuidados aos pacientes pela equipe de enfermagem deve ser baseada em um modelo assistencial que permitirá a qualificação e padronização do atendimento. Esta pesquisa busca desenvolver um modelo técnico assistencial de enfermagem para acompanhamento de pacientes de transplante de órgãos e tecidos.

A pesquisa envolve duas populações: pacientes e profissionais de saúde envolvidos em seu atendimento. Os pacientes responderão um questionário e os profissionais participarão de grupos focais.

A pesquisa é qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um modelo técnico assistencial de enfermagem para acompanhamento de pacientes

Endereço: R. Profª Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

**IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA**



Continuação do Parecer: 2.830.483

de transplante de órgãos e tecidos.

Objetivo Secundário:

- Identificar as necessidades dos pacientes de transplantes referentes ao processo de cuidado nas fases pré, trans e pós transplante de órgãos e tecidos.- Estabelecer um fluxo de atendimento de enfermagem para acompanhamento de pacientes pré, trans e pós-transplante de órgãos e tecidos.
- Elaborar um instrumento de assistência de enfermagem para os pacientes pré, trans e pós-transplante de órgãos e tecidos.
- Validar o modelo assistencial de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco para os pacientes entrevistados pode estar relacionado ao constrangimento em responder as perguntas e realização da gravação das entrevistas, sendo intensidade de risco mínimo. Caso haja desconforto dos participantes, a entrevista será interrompida imediatamente, não acarretando nenhum prejuízo no seu atendimento na Instituição. O risco para os enfermeiros de participar do grupo focal pode estar relacionado à exposição diante dos demais colegas do grupo, sendo intensidade de risco mínimo. O participante tem o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem que isto lhe provoque algum prejuízo ou dano.

Benefícios:

Os benefícios será a criação do modelo técnico assistencial de enfermagem para os pacientes de transplante, a análise detalhada de todas as etapas dos processos em que estão inseridos, agregando conhecimento e visando à melhor interação entre os Enfermeiros que prestam atendimento aos pacientes no transplante e consequentemente à qualificação da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada no modelo convergente assistencial. A pesquisa convergente assistencial tem como objetivo principal unir a prática assistencial com métodos de pesquisa, possibilitando cuidar, ensinar e pesquisar de modo associado, com a intenção de solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações, comprometida com a melhoria no contexto da prática em que ocorre a pesquisa.

O questionário para os pacientes está adequado. Os profissionais participarão de grupos focais.

As informações obtidas deverão ajudar no aperfeiçoamento dos cuidados com os pacientes transplantados.

Endereço: R. Profª Anna Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3214-8871 Fax: (51) 3214-8871 E-mail: cep@isntacasa.tche.br

**IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA**



Continuação do Parecer: 2.836.483

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de consentimento, dos pacientes e dos profissionais, estão adequados. Apresenta cronograma e orçamento. Demais termos estão corretamente apresentados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto respeita as normas existentes para pesquisas envolvendo seres humanos. Nosso parecer é favorável a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar a este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior a 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 - Para o início do projeto de pesquisa, o Investigador deverá apresentar a chefe do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1168375.pdf	18/07/2018 02:34:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/07/2018 02:33:31	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Aceito
Outros	Isencao_de_onus.pdf	18/07/2018 02:31:45	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Aceito
Outros	utilizacao_de_dados_de_prontuario.pdf	18/07/2018 02:28:55	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Aceito
Outros	inscricao_do_projeto.pdf	18/07/2018 02:18:55	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Aceito

Endereço: R. Profª Anna Dias, 295 Hosp Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3214-8571 Fax: (51) 3214-8571 E-mail: cep@santacasa.tche.br

**IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA**



Continuação do Parecer: 2.830-403

Outros	declaracao_confidencialidade.pdf	17/07/2018 13:05:24	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
Outros	declaracao_autorizacao_chefe.pdf	17/07/2018 13:00:14	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
Outros	compromisso_de_entrega_de_relatorio.pdf	17/07/2018 12:54:08	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
Outros	autorizacao_da_chefe.pdf	17/07/2018 12:50:53	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_paciente.pdf	17/07/2018 12:46:17	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_profissional.pdf	17/07/2018 12:45:49	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
Orçamento	Orcamento.pdf	17/07/2018 12:45:28	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/07/2018 12:43:20	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	17/07/2018 12:39:07	KELEN PATRICIA MAYER MACHADO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Agosto de 2018

Assinado por:
ELIZETE KEITEL
(Coordenador)

Endereço: R. Profª Anna Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3214-8571 Fax: (51) 3214-8571 E-mail: cnp@santacasa.iscmpa.br

Página 03 de 06

ANEXO B - Artigos Científicos

REVISTA	TÍTULO DO ARTIGO
Advances in Nursing and Health (ANH)	Doação de órgãos e tecidos para transplante: organização do serviço e participação do enfermeiro.
Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção	Morbimortalidade e custo por internação dos pacientes com sepse no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre.
Texto e Contexto (em construção)	Transplante renal: modelo técnico-assistencial de enfermagem perioperatório.

ANEXO C - Resumos Científicos

EVENTO	TÍTULO DO RESUMO
VIII Fórum Nacional dos Mestrados Profissionais da UNISINOS	Construção de um modelo técnico assistencial de enfermagem para pacientes de transplantes (apresentação oral).
XVI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar	Morbimortalidade e custo por internação dos pacientes com sepse no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre: estudo retrospectivo.
XV Fórum Internacional de Sepse	Morbimortalidade e custo por internação em pacientes sépticos a nível micro e macro: estudo retrospectivo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil.
14º Congresso SOBECC Nacional	Transplante renal: modelo assistencial de enfermagem para as fases pré trans e pós-transplante.
XV Congresso ABTO	Coordenação de Transplantes: o que podemos aprender com o modelo espanhol.
XV Congresso ABTO	Transplante renal: construção de um modelo assistencial de enfermagem.
71º Congresso Brasileiro de Enfermagem	Elaboração de um modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal.
Congresso UFCSPA Conectando saúde e sociedade	Expectativas, sentimentos e necessidades no paciente de transplante renal: uma contribuição para o modelo técnico assistencial de enfermagem.