

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de intervenção: Enfermagem Nefrológica

Expetativas e Vivências da Pessoa com Doença Renal Crónica, em Programa de Diálise, Face ao Transplante Renal

Carla Sofia Cunha Fernandes

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de intervenção: Enfermagem Nefrológica

Expetativas e Vivências da Pessoa com Doença Renal Crónica, em Programa de Diálise, Face ao Transplante Renal

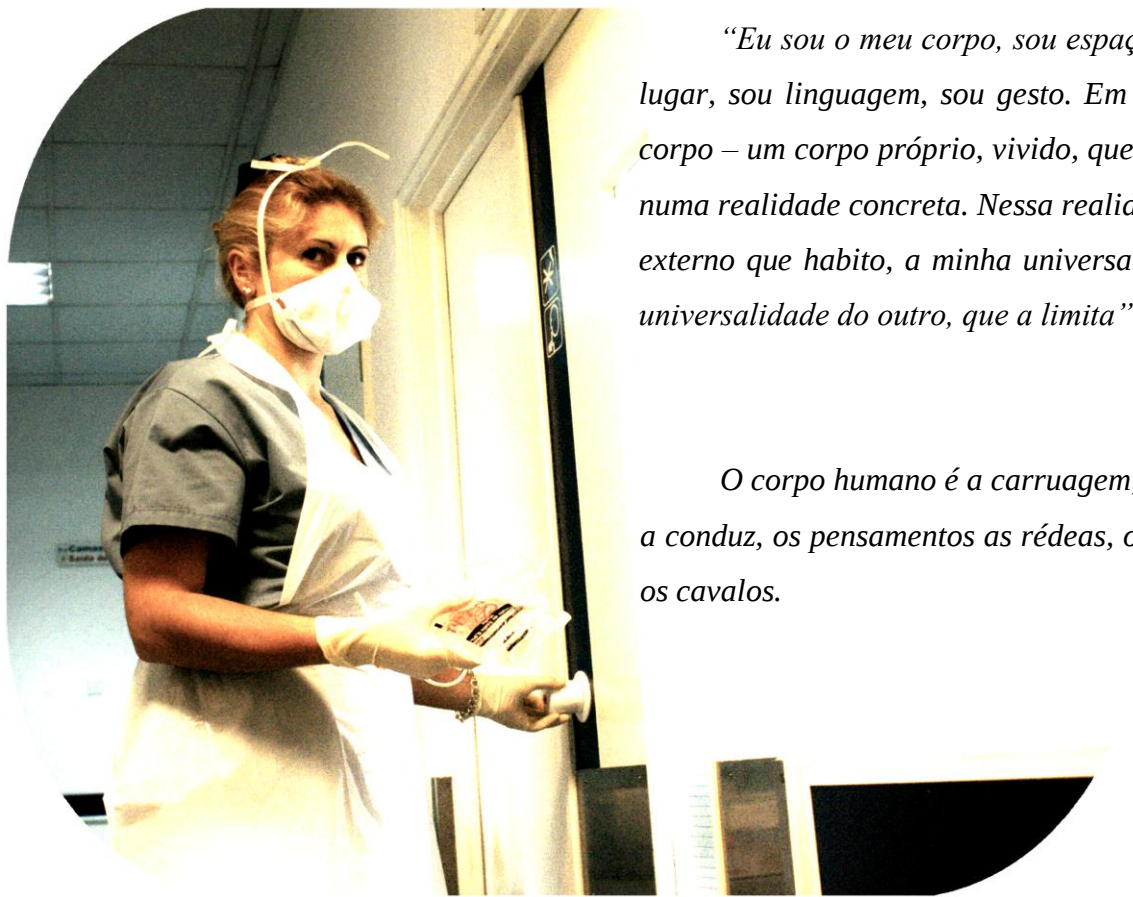
Carla Sofia Cunha Fernandes

Relatório de estágio orientado por:

Maria Eulália Leite da Mota Novais

2013





“Eu sou o meu corpo, sou espaço, sou tempo, sou lugar, sou linguagem, sou gesto. Em suma, sou o meu corpo – um corpo próprio, vivido, que vive experiências numa realidade concreta. Nessa realidade, nesse mundo externo que habito, a minha universalidade encontra a universalidade do outro, que a limita”

(Sadala)

O corpo humano é a carruagem, eu, o homem que a conduz, os pensamentos as rédeas, os sentimentos são os cavalos.

(Platão)

AGRADECIMENTOS

Expresso sentidamente os meus agradecimentos a muitas pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Assim de forma muito especial agradeço:

A professora Eulalia Novais pela sua Orientação e seus conselhos.

Ao Enfermeiro Fonseca pela preciosa ajuda na organização das ideias para construir a RSL.

Aos meus colegas de trabalho do hospital pela facilidade das trocas...

Aos meus colegas de mestrado pela amizade, pela sinceridade, pela boa disposição, pelo convívio inesquecível, especialmente a ti Manuela, parceira de mesa, pelos desabafos, pelas alegrias, pelas tristezas e pelas saudades que o tempo não deixa apagar!...

A todos os enfermeiros e enfermeiras que durante os estágios me incentivaram, me orientaram, me ajudaram a crescer.

A todas as pessoas doentes com quem convivi, profissionalmente e emocionalmente.

Ao professor Sampaio Dias pelas suas dicas.

Um obrigado infinito ao professor enfermeiro António Colaço, por cada minuto dispensado da sua vida, por toda a orientação, acompanhamento, por todas as palavras de força, animo, coragem! Bem-haja!

A minha família, pilar da minha vida, que desde sempre me acompanhou e me incentivou a lutar pelos meus sonhos.

RESUMO

A Doença Renal Crónica (DRC) caracteriza-se pela falência permanente e irreversível da função excretora, reguladora e hormonal (metabólica) do rim. Esta situação implica Terapia de Substituição Renal (TSR) por Técnicas Dialíticas ou pelo Transplante Renal, para manter a vida.

A Insuficiência Renal Crónica (IRC) condiciona as pessoas, na medida em que interfere na sua qualidade de vida. Nesta perspetiva o Transplante Renal tem-se revelado como um tratamento eficaz para a Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT), em termos de sobrevivência e de qualidade de vida.

Este relatório tem como principais objetivos: descrever as expectativas e as vivências da pessoa face ao transplante; identificar e compreender as emoções e sentimentos, que a adaptação a esta mudança origina na sua vivência diária; determinar o papel e contributo da enfermagem neste processo de transição.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritivo. O local de estudo foram dois Hospital da área de Lisboa. O universo deste estudo é composto por adultos (idade ≥ 18 anos); em programa de diálise; inscritos em lista de espera (ativa ou inativa) para Transplante; até sete dias de internamento após Transplante Renal; em consultas de acompanhamento até um ano após o Transplante Renal. A amostra é constituída por 10 pessoas portadoras de DRC.

A recolha de informação para o estudo foi obtida através de registo manuscrito de conversas informais e de entrevistas entre os profissionais de saúde e a pessoa com DRC, assim como de entrevistas semi-estruturadas, a um grupo selecionado, de pessoas com esta patologia, elaboradas fora do âmbito hospitalar. Houve interesse por parte dos entrevistados em participar no estudo e dispensaram assinar o consentimento informado (Art. 84º OE, 2009).

Os dados obtidos foram tratados através da técnica de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin.

Como resultados face às expectativas emocionais e sentimentais identificaram-se perceções de medo, choro, alegria, tristeza, ansiedade; esperança, frustração, tranquilidade, felicidade, alívio, sentimentos de culpa. Como resultados face as vivências identificaram-se as perceções de ansiedade, tristeza, medo, alegria, choro; alívio, felicidade, esperança/desesperança, satisfação, bem-estar, liberdade, tranquilidade, frustração, revolta e culpa.

PALAVRAS-CHAVES: Kidney Failure, Chronic surgery; Transplantation; Kidney Transplantation; Quality of Life; experienc*; emotion*; Kidney Failure; Kidney Diseases;

Kidney Failure, Chronic.

ABSTRACT

The Chronic Kidney Disease (CKD) is characterized by permanent and irreversible failure of excretory function, regulatory and hormonal (metabolic) kidney. This implies Renal Replacement Therapy (RRT) for Technical dialysis or renal transplant to maintain life. The Chronic Kidney Disease (CKD) affects people, in that it interferes with their quality of life. In this perspective the Renal Transplant has proven as an effective treatment for Chronic Kidney Disease (CKD), in terms of survival and quality of life.

This report has two main objectives: to describe the expectations and experiences of the person face transplant; identify and understand the emotions and feelings that adapting to this change originates in their daily lives; determine the role and contribution of nursing in this transition process.

This is a qualitative study, exploratory and descriptive. The study site were two hospital in the Lisbon area. The universe of this study is composed of adults (age ≥ 18 years) undergoing dialysis; registered on the waiting list (active or inactive) for transplantation, up to seven days of hospitalization after Renal Transplantation, in follow-up visits within one year Renal Transplantation. The sample consists of 10 people with CKD.

Data collection for the study was obtained through registration manuscript informal conversations and interviews between healthcare professionals and people with CKD, as well as semi-structured interviews, a selected group of people with this condition, prepared off the hospital environment. There was interest on the part of respondents to participate in the study and sign the informed consent waived (Art. 84 of OE, 2009).

The data were treated using the technique of content analysis, Laurence Bardin. The results address the emotional and sentimental expectations were identified perceptions of fear, tears, joy, sadness, anxiety, hope, frustration, tranquility, happiness, relief, feelings of guilt. The results compared the experiences identified the perceptions of anxiety, sadness, fear, joy, tears, relief, happiness, hope / despair, satisfaction, well-being, freedom, peace, frustration, anger and guilt.

KEYWORDS: Kidney Failure, Chronic surgery, Transplantation, Kidney Transplantation; Quality of Life; experienc *; emotion *, Kidney Failure, Kidney Diseases, Kidney Failure, Chronic.

LISTA DE SIGLAS

AC	Anticorpo
ADNP	Atendimento a Doentes Não Programados
ADRNP	Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AG	Antigeneo
AP	Antecedentes Pessoais
APA	American Psychological Association
ASST	Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BO	Bloco Operatório
BPM	Batimentos por minuto
CD	Contra-indicação temporária
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CMV	Citomegalovírus
CrS	Creatinina Sérica
CT	Contra-indicação temporária
CVC	Cateter Venoso Central
DM	Diabetes Mellitus
DMID	Diabetes Mellitus Insulino Dependente
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automática
DPCA	Diálise Peritoneal Continua Ambulatória
DR	Diário da República
DRC	Doença Renal Crónica
DRCT	Doença Renal Crónica Terminal
E	Entrevistado

EC	Ensino Clínico
ECG	Eletrocardiograma
ESEL	Escola Superior Enfermagem Lisboa
EVA	Entidade de Verificação da Admissibilidade
FA	Fibrilhação Auricular
FAV	Fístula Artério-Venosa
GNNRP	Glomerulonefrite Crescêntrica Pauciimune ou Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva (necrosante) Pauciimune
HbcAc	Anticorpo da Hepatite C
HBsAg	Antigeneo da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HD	Hemodiálise
HDF	Hemodiafiltração
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTA	Hipertensão
IgG	Imunoglobulina G
IR	Insuficiência Renal
IRC	Insuficiente Renal Crónico/ Insuficiência Renal Crónica
IRCT	Insuficiente Renal Crónico Terminal / Insuficiência Renal Crónica terminal
ITU	Infeção Trato Urinário
MAR	Modelo de Adaptação de Roy
OE	Ordem dos Enfermeiros
PDC	Programa de Doação Cruzada
PNDRC	Plano Nacional de Doação renal Cruzada
PTFE	Prótese com interposição de segmento de politetrafluoretileno expandido
QE	Quadro Emocional
QS	Quadro Sentimental

QV	Qualidade de Vida
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RENDA	Registo Nacional de Não Dadores
RL	Revisão da Literatura
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
Rx Tx	Radiografia do Tórax
SNG	Sonda Nasogástrica
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
Sr.	Senhor
Sr^a	Senhora
SU	Muita Urgência
TSR	Terapia de Substituição Renal
U	Urgência
UCINT	Unidade de Cuidados Intermédios
UCINTR	Unidade de Cuidados Intermédios do Transplante Renal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. PERTINÊNCIA DO TEMA.....	3
2. ENQUANDRAMENTO TEÓRICO	6
2.1. A ENFERMAGEM ENQUANTO ARTE E ENQUANTO CIÊNCIA	6
2.2. O TRANSPLANTE RENAL ENQUANTO TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL (TSR).....	8
2.3. AS QUESTÕES EMOCIONAIS DO TRANSPLANTE RENAL	10
2.4. ANÁLISE PARADIGMÁTICA À LUZ DO MODELO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM DE ROY	14
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	17
3.1.1. Resultados	18
3.1.2. Limitações	19
3.2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	21
3.2.1. Tipo de estudo	21
3.2.2. Local de Aplicação do estudo	21
3.2.3. Participantes no Estudo.....	21
3.2.4. Instrumentos de recolha de dados.....	22
3.2.5. Considerações éticas	23
3.3. APRESENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	24
3.3.1. Objetivo geral	25
3.3.2. Objetivos específicos	25
3.3.3. Competências a adquirir	26
3.3.4. Recursos / Estratégias utilizadas	26
3.4. CAMPO DE ESTÁGIO I: HOSPITAL C	28
3.4.1. Atividades desenvolvidas.....	30
3.5. CAMPO DE ESTAGIO II: HOSPITAL M.....	37
3.5.1. Atividades desenvolvidas.....	37
3.6. RESULTADOS OBTIDOS	41
4. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO.....	43
4.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	43
4.1.1. Síntese conclusiva da análise de Conteúdo.....	44
4.1.2. Limitações da Investigação	44
4.1.3. Reflexão crítica.....	45
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	47
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA RL	60
APÊNDICE A.....	74

CRITÉRIOS GERAIS PARA TRANSPLANTAÇÃO RENAL	74
APÊNDICE B	77
CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL C.....	77
APÊNDICE C	78
CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL M.....	78
APÊNDICE D.....	79
GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE O TRANSPLANTE	79
APÊNDICE E.....	85
ESTUDO DE CASO DE TRANSPLANTE DE UM DADOR VIVO.....	85
APÊNDICE F	86
ESTUDO DE CASO DE INSUCESSO DO TRANSPLANTE (PERDA DO ENXERTO).....	86
APÊNDICE G.....	87
ESTUDO DE CASO DO INSUCESSO DO TRANSPLANTE (NÃO SUCEDIDO)	87
APÊNDICE H.....	88
ESTUDO DE CASO SOBRE A ESPERA DE UM TRANSPLANTE RENAL, APOS REJEIÇÃO DO PRIMEIRO ENXERTO	88
APÊNDICE I.....	89
DESCRIPTORIOS DA REVISÃO DA LITERATURA.....	89
Search History CINALH 1-64.....	89
Search History MEDLINE 1-76.....	92
APÊNDICE J.....	95
RESUMO DOS ARTIGOS DA REVISÃO DA LITERATURA.....	95
APÊNDICE K.....	98
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS EXPETATIVAS E DAS VIVÊNCIAS (1ª Reflexão)	98
Fase nº 1 de reflexão das Expetativas	98
Tabela 1 - Análise de Conteúdo das Expetativas da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.	100
Fase nº 1 de reflexão sobre as Vivências.....	102
Tabela 2 - Análise de Conteúdo das Vivências da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.	103
APÊNDICE L	106
ANÁLISE DE CONTEÚDO (2ª Reflexão).....	106
Fase nº 2 de análise das entrevistas e sua categorização face às Expectativas e às Vivências.....	106
Organigrama 1	107
APÊNDICE M.....	108

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS EXPETATIVAS E DAS VIVÊNCIAS (3ª Reflexão)	108
Tabela 3 - Análise de Conteúdo das Expetativas da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.	109
Tabela 4 - Análise de Conteúdo das Vivências da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.	111
ANEXO I	113
CONSENTIMENTO INFORMADO	113
ANEXO II	114
ENTREVISTAS DO PRÉ-TRANSPLANTE	114
Entrevistado 1 (E1).	115
Entrevistado 2 (E2).	118
Entrevistado 3 (E3).	122
Entrevistado 4 (E4).	125
ANEXO III	129
ENTREVISTAS DO INTRA-OPERATÓRIO	129
Entrevistado 5 (E5).	130
Entrevistado 6 (E6).	133
ANEXO IV	137
ENTREVISTAS DO PÓS-TRANSPLANTE	137
Entrevistado 7 (E7).	138
Entrevistado 8 (E8).	141
Entrevistado 9 (E9).	144
Entrevistado 10 (E10).	147
ANEXO V	150
AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO I	150
Consultas	151
Internamento	152
ANEXO VI	153
AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO II	153
Hemodiálise.	154
ANEXO VII	155
AÇÃO DE FORMAÇÃO	155
Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	156

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de “Estágio”, do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Especialização em Enfermagem Nefrológica foi realizado um Relatório de estágio com o propósito de descrever de forma objetiva os acontecimentos e atividades desenvolvidas durante o estágio, bem como fazer uma análise crítica e reflexiva sobre as mesmas. A sua elaboração e apresentação destinam-se à obtenção do grau de Especialista em Enfermagem nefrológica. A sua defesa pública destina-se à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

O estágio surge como elo entre as várias unidades curriculares. Por sua vez espelha os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo do primeiro ano letivo, na aplicação da teoria à prática, o que me permitiu construir e desenvolver competências, para prestar cuidados de enfermagem de qualidade e especializados à pessoa com DRC e à sua família. O estágio e seu relatório descritivo tiveram por base as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, enunciadas pela OE (OE, Maio 2010), regulamentadas pelo Código Deontológico (OE, Setembro 2009) e pelo REPE (OE, Agosto 1996).

O estágio desenvolveu-se em dois Hospitais da região de Lisboa, torneando a temática das TSR. No âmbito destas terapias o Transplante Renal é o alvo desencadeador do meu estudo. A questão norteadora do estudo traduz-se na importância do papel do enfermeiro especialista na identificação das expectativas e das vivências da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC), em tratamento dialítico, face ao Transplante Renal.

Como principais objetivos deste relatório proponho: descrever as expectativas e as vivências da pessoa face ao processo de transplante; identificar e compreender as emoções e sentimentos que a adaptação a esta mudança origina na sua vivência diária; determinar qual o papel e contributo da enfermagem neste processo de transição.

Esta situação, tal como perspectivava, revelou-se complexa e exigente, tanto em termos pessoais, como profissionais, proporcionando-me um campo de atividade exigente mas, excecional para a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, segundo o Parecer nº 267/2010 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, Março 2010).

Como objetivos específicos, pretendo:

- 1 Adquirir e aprofundar conhecimentos teórico-práticos na área do Transplante Renal;

- 2 Promover ensino à pessoa DRC nas várias fases do Transplante Renal;
- 3 Prestar cuidados diferenciados à pessoa Transplantada e à pessoa IRC em programa de Diálise;
- 4 Analisar e descrever as expectativas e as vivências da pessoa transplantada, através da recolha de informações, tendo por base um guião de entrevista semiestruturada; através da observação e da escuta das consultas entre os profissionais de saúde e a pessoa DRC e através de conversas informais.

A metodologia¹ é de abordagem qualitativa. O tipo de estudo é exploratório / descritivo, sendo a recolha de dados efetuada, por entrevista semi-estruturada (Streubert & Carpenter, 2002; Polit, et al., 2004; Fortin, 2009) e o seu tratamento pela técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (Bardin, 1995). A população alvo deste estudo é representada por 10 pessoas com DRC que são assistidas no Hospital alvo do meu Estágio. A técnica de amostragem escolhida é não-probabilística, e a amostra é caracterizada por ser intencional (Polit, et al., 2004; Fortin, 2009).

O presente relatório encontra-se dividido em 4 capítulos principais:

Capítulo 1: a Introdução, onde é feita a apresentação do tema, contextualização da problemática e apresentação dos objetivos do presente trabalho escrito.

Capítulo 2: o enquadramento teórico, onde é fundamentando o quadro concetual e a RL sobre o tema em estudo, é retratado um problema do cuidar em enfermagem, à luz de uma Teórica (Roy & Andrews, 2001) e, salientando-se de que forma a enfermagem pode intervir.

Capítulo 3: a metodologia de Investigação onde é descrita a metodologia utilizada. Aqui são também apresentados os campos de estágio, respetivos objetivos pretendidos em estágio, competências a adquirir, recursos e estratégias utilizadas, atividades desenvolvidas em estágio e resultados obtidos.

Capítulo 4: reflexão sobre os resultados, abordando as limitações decorrentes da metodologia utilizada e as implicações para a prática profissional e para o desenvolvimento de novas aprendizagens em investigação em enfermagem.

No enquadramento teórico usei como Paradigma da Enfermagem o MAR (Roy & Andrews, 2001). Na parte Metodológica foram usados como referência Streubert & Carpenter (2002), Polit et al., (2004) e Fortin (2009).

¹ A metodologia de Investigação será desenvolvida no Capítulo 3.2.

1.1. PERTINÊNCIA DO TEMA

Nolasco (2011) em 2010 afirmou que existiam em Portugal 16 764 pessoas com DRC em TSR, das quais 60,4 % encontravam-se a fazer hemodiálise e 35,6 % correspondiam a pessoas transplantadas. Segundo dados da ASST (ASST, 2011, p. 57) no ano de 2011 foram realizados em Portugal 530 Transplantes Renais, um decréscimo de 43 Transplantes Renais face ao ano 2010. À data de 31 de Dezembro de 2011 aguardavam em lista ativa 1973 pessoas por Transplante Renal (ASST, 2011, p. 61).

No seio da DRC o Transplante Renal surge como TSR com melhores resultados em termos de qualidade de vida (Thomas, 2005). Apesar de a literatura constatar tal afirmação, Xavier & Santos (2010) revelam que as pessoas com DRC quando optam por uma das TRS submetem-se geralmente ao Transplante Renal sem verbalizar o seu conhecimento sobre a cirurgia, anseios e dúvidas quanto à sobrevivência do órgão transplantado, com possível rejeição e perda do enxerto e consequente necessidade de retomar o tratamento dialítico (Flores e Thomé, 2004). Apesar do sentimento² de medo descrito por Flores e Thomé (2004) decorrente das possíveis complicações do Transplante, este vem associado a liberdade. Neste contexto de liberdade que o Transplante Renal permite, a pessoa com DRCT em tratamento dialítico, farta de estar dependente de uma máquina e ver-se condicionada a todas as limitações impostas pela doença, anseia usufruir dos prazeres da liberdade e recuperar a vida perdida, retirada pela máquina de diálise (Hagren et al., 2001).

Quintana et al., (2011) acrescentam que existe um sentimento de “...*felicidade quando descobrem que a possibilidade de realização do transplante é certa*” (p. 26). Contudo Flores & Thomé (2004) referem que apesar de estas pessoas expressem sentimentos de “...*esperança, ansiedade, liberdade, ambivalência, medo, culpa e fé*” (p. 687) para a realização do transplante, o período de espera, causa sentimentos de incerteza, tristeza e frustração, pois os dias passam e elas permanecem na expetativa. Contudo esta ansiedade da espera pode atingir um ponto tão elevado que a pessoa passa a desacreditar na possibilidade do transplante, com o propósito de se defender da angústia frente à incerteza. O Transplante Renal é de facto uma forma de tratamento para a IRC que gera muitas expectativas à pessoa que aguarda, em lista de espera, pelo transplante, na esperança de não necessitar mais de tratamentos dialíticos e ter uma melhor qualidade de vida.

² Os sentimentos surgem quando tomamos consciência das emoções corporais, no momento em que estas são transferidas para certas zonas do cérebro e onde são codificadas sob a forma de uma atividade neuronal. (Nicolau, 2004)

É com base nesta evidência que levanto o meu problema de investigação e que se traduz na pergunta: “que expectativa tem a pessoa com DRC, em programa de Diálise, face ao Transplante Renal? Como pretendo compreender as várias fases do Transplante (Pré-Transplante, o Transplante propriamente dito e o Pós-Transplante), a pergunta de investigação passa por identificar “quais as expectativas e as vivências da pessoa com DRC, em programa de Diálise, no Pré e no Pós Transplante Renal”.

Assim, com este estudo pretendo identificar e compreender a situação emocional da pessoa face ao Transplante Renal (expectativas e vivências). A expectativa reporta-se à projeção futura face ao Transplante Renal. No período considerado a pessoa encontra-se em lista de espera (ativa ou inativa)³ para Transplante Renal. A vivência⁴ reporta-se a todo o processo que a pessoa viveu, desde que se encontrava em lista (ativa ou inativa) para o Transplante Renal, até um ano Pós-Transplante. A expressão: programa de Diálise engloba os diferentes aspetos da HD e da DP.

No seio da DRC, compreender os aspetos emocionais do Transplante Renal foi para mim um grande desafio. Por um lado, pela exploração de uma área que era para mim desconhecida. Por outro lado, ao fazer um levantamento das necessidades destas pessoas, ao longo das várias fases do Transplante Renal, permitir-me-á atuar, com base no julgamento clínico e na tomada de decisão ética (OE, 2010), ao nível da educação e do ensino para a saúde, transmitir saberes adquiridos e aplica-los na prática clínica.

Educar eficaz e eficientemente estas pessoas de forma individual, possibilitará proporcionar ganhos na saúde, e um cuidado mais humanizado nas práticas de Enfermagem, contribuindo para uma melhor qualidade de vida destas pessoas.

Ao longo do meu percurso profissional, enquanto enfermeira, confronto-me com uma realidade que me incentiva e apela a uma crescente aprendizagem⁵ e a um conhecimento⁶ diferenciado para uma prática de cuidados, de qualidade em enfermagem.

O enfermeiro enquanto prestador de cuidados à Pessoa tem necessidade de aprofundar

³ A pessoa com DRC a fazer diálise e que pretende receber órgão de dador cadáver é inscrita inicialmente fica em lista “inactiva”. Inscreve-se em dois hospitais para o transplante onde é acompanhada por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais) nas consultas do Pré-Transplante. Por intermédio de uma série de testes psicológicos e exames médicos, a equipa determina a possível viabilidade para o Transplante. Só depois da confirmação pela equipa multidisciplinar, através da EVA é que determinam a viabilidade para transplante, passando à lista “activa”.

⁴ “A vivência designa o conjunto de acontecimentos inscritos no fluxo da existência, que são imediatamente compreendidos e integrados pela consciência subjectiva.” (Doron, 2001, p. 1045).

⁵ Alarcão & Roldão (2003) designam a aprendizagem como uma “...construção pessoal resultante de um processo experiencial interior à pessoa e que se manifesta por uma modificação de comportamento relativamente estável...” que se desenvolve “...por meio de estudo sistemático, instrução, prática treino ou experiência...” (p 166).

conhecimentos e desenvolver habilidades de forma a dar resposta às situações complexas, estabelecendo nesse sentido, prioridades de intervenção à pessoa e à sua família.

Os aspetos emocionais e sentimentais desencadeados pela espera do transplante poderão desencadear resultados negativos, ou atrasar os objetivos visados pelo transplante, daí a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista na gestão deste quadro face à DRCT. Perceber a dimensão emocional da pessoa com DRC permitir-me-á, enquanto futura enfermeira especialista, ajudar a ultrapassar melhor todas as fases do processo de aceitação e adaptação à doença, mas também ajudar a ultrapassar os conflitos emocionais, pela incerteza temporal do transplante.

⁶ Segundo Collière (1999) “ *É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional*” (p 260).

2. ENQUANDRAMENTO TEÓRICO

Ao longo do atual ano letivo e, no seio da problemática em estudo, compreendi que para além da teoria e antes da prática, torna-se fundamental compreender o outro numa perspectiva holística⁷.

2.1. A ENFERMAGEM ENQUANTO ARTE E ENQUANTO CIÊNCIA

A Enfermagem⁸, enquanto arte, deve ser centrada no verdadeiro ato de cuidar, na escuta atenta e no olhar profundo centrado na pessoa. Deste emerge um cuidar refletido e vocacionado para a prática da qualidade de cuidados (Hesbeen, 2001). *“Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer.”* (Benner, 2001. p. 16)

A Enfermagem enquanto ciência, disciplina do campo da saúde em constante desenvolvimento, tem demonstrado ao longo da sua existência, uma preocupação constante por todos os aspetos que se relacionam com o respeito integral da pessoa humana, o que é bem patente não só nos estudos realizados, como também na produção legislativa referente à profissão, estando muitas vezes na vanguarda no que se refere à defesa da pessoa humana, perspectivada na sua globalidade. Assim a nossa atuação deve ser sempre, pautada por princípios, tendo como principal objetivo a proteção da pessoa humana e a defesa da sua dignidade (Polit, et al., 2004, p. 86; OE, Código Deontológico, 2009).

A Enfermagem enquanto disciplina privilegia a interação teórico-prática, acrescida da reflexão e da prática reflexiva (Abreu 2007), o que permite que se construam os pilares para a prática de cuidados individualizados centrados na pessoa, como um ser holísta. A visão holística implica que se considerem todos os aspetos da pessoa, incluindo a família e a comunidade, por isso ao prestar cuidados de enfermagem numa perspetiva holística, o enfermeiro também faz parte integrante do ambiente da pessoa doente (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1995).

Ainda numa perspetiva holista da enfermagem enquanto arte e disciplina, promover uma relação empática, de ajuda ao outro, com base numa prática reflexiva, permite-me enquanto enfermeira

⁷ O termo holístico significa que o “...sistema humano funciona como um todo e é mais do que uma mera soma das suas partes.” (Roy & Andrews 2001, p. 19).

⁸ A “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Art. 4º do Cap. II do REPE, da OE, 21 de Agosto de 1996, p. 3)

estabelecer a ponte para prestar cuidados de qualidade e atuar segundo as Competências⁹, regulamentadas pela OE (OE, Maio, 2010).

Assim, este relatório pressupõe o levantamento e a identificação da problemática em causa. O que, posteriormente me possibilitará a implementação de estratégias e intervenções, de acordo com o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, que se pretendem eficazes para a resolução desses problemas. O título de enfermeiro especialista¹⁰ reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem. (DR, 2009)

O Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros, relativo ao Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, refere que as competências clínicas especializadas resultam do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro, cujas competências são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. (OE, 2009).

Tendo como referência o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus proposto por Patrícia Benner (2001) é através da experiência que o enfermeiro adquire e desenvolve competências. *“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática.”* (p. 14). A excelência da prática de cuidados surge quando se ganha perícia profissional e que é alcançada através da aprendizagem experiencial e da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. São os diferentes Saberes, o saber fazer, saber agir e o saber reagir que sustentam a tomada de decisão em enfermagem. Esses Saberes, baseados na evidência científica, contribuem para uma deteção precoce dos problemas e capacitam o enfermeiro a intervir atempadamente na solução dos mesmos ou a encontrar as soluções necessárias para formar um juízo crítico, no sentido de criar a melhor estratégia de intervenção (OE, Dezembro, 2009).

⁹ Competência: é um conceito que determina a capacidade necessária que um profissional tem de ter para desempenhar adequadamente as suas funções, para decidir e produzir os resultados desejados. (Consejería de Salud, 2005)

¹⁰ *“O Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (p.3). *“...possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.”* (OE, 2009, p. 10)

2.2. O TRANSPLANTE RENAL ENQUANTO TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL (TSR)

O Transplante Renal pode ser considerado recente, mas passou por grandes transformações nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à imunologia envolvida e à terapia imunossupressora usada. (Flores & Thomé, 2004)

A primeira referência publicada sobre o Transplante Renal, como uma opção terapêutica para a TSR, surge na viragem do século XX. As primeiras tentativas de transplante renal em seres humanos reportam-se aos anos entre 1906 e 1923. A primeira referência de transplante renal de humano para humano foi em 1936, mas só em 1954 é que foi considerado o primeiro transplante renal com sucesso. (Thomas, 2005. p. 20, 21, 23).

O Transplante Renal é regulamentado pelo Despacho nº 10 507/2000, do DR, 2ª Série, Nº66 (DR, 2007). Este despacho (APÊNDICE A) estabelece as condições gerais que possibilitam ao cidadão o acesso ao Processo de Transplante Renal.

O Transplante Renal é um ato cirúrgico, que mercê da Lei 12/93 (DR, 1993) “...veio regulamentar a retirada de órgãos, ou tecidos de origem humana, quer se trate de pessoas vivas ou falecidas.” A doação “...veio dar a possibilidade de se poderem salvar muitas vidas, curando ou criando uma melhor forma de vida, para muitos daqueles que mercê de uma doença ou insuficiência renal crónica, tinham como última esperança a doação de um órgão libertador”. (A.D.R.N.P., 2006. p. 1).

O Transplante Renal envolve o transplante de um rim de um doador vivo ou falecido. Segundo a ASST¹¹ (ASST., s.d.) o dador é toda e “...qualquer pessoa (viva ou morta) da qual foram colhidas células ou tecidos com o objectivo de dádiva, ainda que estas células ou estes tecidos colhidos não sejam objecto de uma utilização terapêutica humana.” (p. 4). Contudo aquelas pessoas que não pretendem ser dadoras de órgãos *post-mortem* devem fazer esse registo no RENNDA¹². Segundo o Relatório Anual da ASST em 2011 estavam inscritos no RENNDA 38,469 pessoas, correspondente a um total de 0,36% da população portuguesa (ASST, 2011. p. 44).

¹¹ A ASST tem atribuída a missão “...de regulação, normalização, controlo e fiscalização da actividade de transplantação, definindo e implementando as medidas necessárias para garantir a qualidade e segurança e o desenvolvimento da actividade de transplantação...” (Ministério da Saúde, Circular Normativa nº 1, 2011. p 1).

¹² O RENNDA foi “...criado com o objectivo de viabilizar um eficaz direito de oposição à dádiva, assegurando e dando consistência ao primado da vontade e da consciência individual nesta matéria.” (ASST, 2008)

Para Mourinho, et al. (1999) “*Ser dador significa um fim e um início; para aquele indivíduo a vida vai terminar, mas isso vai implicar a melhoria de qualidade, ou mesmo a própria vida de uma ou mais pessoas...*” (p. 203).

Segundo o DR (1ª Série, nº 124, 2007) é designado por Dador “...*qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana*” (p. 4147). Além de que a dádiva e a colheita em vida de órgãos não regeneráveis, para transplante, são consentidos de forma livre, esclarecida, informada e inequívoca, e com respeito pelos princípios da gratuidade, altruísmo e solidariedade. (DR, 1.ª Série, nº 163, Portaria nº 802/2010)

O Decreto-Lei nº 45683 de 25/04/1964 (ACSS, 2010) refere que o cadáver humano ou qualquer parte do mesmo não pode ser objeto de transação de carácter lucrativo. O legislador refere que: qualquer pessoa pode livremente dispor do seu corpo, autorizando ou proibindo que nele se façam colheitas depois de falecer. Na falta de autorização, é permitida a colheita desde que a família do falecido não se oponha, em vida do doente ou até duas horas depois do óbito. Ainda que autorizadas pelo falecido, as colheitas não poderão efetuar-se quando forem contrárias à moral ou aos bons costumes ou quando se verifique o caso de morte sem assistência médica, de morte violenta não provocada por acidente ou qualquer outro em que por lei deva proceder-se a autópsia forense.

Em contrapartida o recetor é sempre alguém que, à partida “...*adquire uma maior qualidade de vida*” com a realização do transplante. (Pinto, 2001. p. 27)

A Lei nº 22/2007, de 29 de Junho, procedeu à alteração da Lei nº 12/93, de 22 de Abril, consagrando a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis independentemente de haver relação de consanguinidade entre o dador e o recetor.

Em transplantação renal as incompatibilidades de grupo sanguíneo ou de sistema HLA são as principais limitações à dádiva em vida verificadas em alguns pares dador – recetor. A doação renal cruzada constitui uma alternativa que permite ultrapassar esta limitação, oferecendo aos doentes com IRC a possibilidade de transplante mediante troca de rins entre dois ou mais pares dador-recetor, de maneira a que cada um dos recetores receba um rim adequado e os dadores realizem o seu desejo de doação (DR, 1.ª Série, nº 163, Portaria nº 802/2010; Ministério da Saúde, Circular Normativa nº 1, 2011).

2.3. AS QUESTÕES EMOCIONAIS DO TRANSPLANTE RENAL

O Transplante Renal é uma forma de tratamento, geralmente reconhecido como melhor tratamento para a IRC. Livre da escravidão da diálise e dos sintomas da IR, as pessoas submetidas a Transplante Renal revelam uma melhor qualidade de vida e menos taxas de problemas psicológicos. No entanto é gerador de uma ambivalência de sentimentos. Se por um lado existe a expectativa de não vir a necessitar de mais tratamentos dialíticos e a esperança de uma melhor qualidade de vida, com maior liberdade, por outro, existe a necessidade de acompanhamento contínuo de terapêutica imunossupressora, aumentando as taxas de malignidade. Já para não falar na possibilidade de rejeição do enxerto, principalmente quando este foi doado por um parente, gerando sentimentos de culpa. (Newman, 1997. pp. 844, 916, Flores & Thomé, 2004).

Segundo o Artigo de Ghods et al (2009), identificado na RSL, muitos doadores voluntários, que são emocionalmente motivados, tais como conjugues, podem-se sentir obrigados a doar, ou a sentirem culpados se não doarem. Na doação do órgão vivo, o dano físico é inevitável. Este princípio ético da beneficência¹³ / não maleficência¹⁴ tem de ser violado, porque a doação de órgão vivo está associada a uma taxa de mortalidade de 0,03% em doadores e algumas complicações cirúrgicas, contudo o benefício do dador e o seu bem-estar deva ser considerado sempre em primeiro lugar.

As emoções e os sentimentos desempenham um papel fundamental no comportamento social e por consequência no comportamento ético, na medida em que dirigem-se à humanidade de forma a “...*não causar dano a outros e promover o seu bem-estar*” (p. 201, 193).

Quintana, Weissheimer, & Hermann (2011) referem que existe um sentimento de “...*felicidade quando descobrem que a possibilidade de realização do transplante é certa*” (p. 26). Contudo, os mesmos autores acrescentam que mesmo depois do transplante a pessoa continua a se deparar com a questão de manutenção do tratamento. É necessário manter as restrições alimentares, físicas e a dependência da medicação. O que pode levar a pessoa a defrontar-se novamente com a doença e suas limitações “...*gerando um novo processo de luto por aquele corpo que imaginou recuperar através do transplante*” (p. 27).

“Depois do transplante, o medo de rejeição sobrepõe-se ao alívio e à esperança dos primeiros

¹³ Fazer o bem aos outros (Ghods et al. 2009)

¹⁴ Não causar dano (Ghods et al. 2009)

tempos. A rejeição do transplante, se não for fatal (...), é uma terrível provação para o receptor, sobretudo se teve de esperar muito tempo pelo transplante.” (Marshall & Daare, 1999. p. 158)

Segundo Rocha, et al (2009) “*A disfunção aguda do enxerto é uma complicação frequente após o transplante renal*” (p. 278). Aqui estão envolvidos processos fisiopatológicos de origem imunológica (tromboses vasculares) e não imunológica (trombofilia). Também as complicações infecciosas determinam elevadas taxas de morbidade e mortalidade, após o transplante renal. “*A imunossupressão utilizada representa o principal fator de risco e apresenta relação direta com a incidência e a severidade dos eventos infecciosos*”. Para além da imunossupressão empregada, também estão associados os cuidados no pós-operatório e a exposição epidemiológica às diversas doenças infecto-contagiosas. (Sousa et al., 2010. p. 77, 82)

Desta forma, todas as pessoas candidatas a Transplante Renal precisam de ter conhecimento e consciência dos riscos (riscos cirúrgicos, possibilidades de sucesso ou insucesso, tempo do transplante, medicamentos imunossupressores, efeitos colaterais, entre outros) inerentes ao processo de transplantação. (Lunardi, 1998. Cit. por Xavier & Santos, 2010. p. 1446).

No seio da DRC, o processo da Transplantação Renal é um processo moroso, psicologicamente duro, o que exige aos profissionais de saúde o conhecimento profundo de todo este processo e suas vicissitudes, tendo em vista prestar melhores cuidados de saúde e promover ensino adequado, contínuo, sistemático e individualizado (White, 2004) à pessoa doente, bem como à sua família, na definição de estratégias próprias e individuais, para que a vivência do transplante, se desenrole o mais serenamente possível. Neste sentido, quanto maior a preparação proporcionada a estas pessoas, melhor elas serão capazes de se adaptar à nova realidade, sobretudo se os conhecimentos adquiridos lhes permitirem escolher a melhor modalidade de tratamento, isto é, a que melhor se adapte às suas necessidades específicas (Bradley & McGee, 1994 op. cit. Thomas 2005). Neste contexto e, retratando a enfermagem enquanto arte, é necessário estabelecer-se uma relação de confiança, compreensão, que passa por gestos, atitudes e palavras, exigindo o conhecimento, não só da cultura, mas também todo um conjunto de fatores relacionados com a empatia, disponibilidade, sensibilidade, em relação ao indivíduo e ao seu contexto económico-socio-cultural, na sua singularidade e especificidade. Em contexto de saúde a comunicação tem de ser adaptada “...às capacidades cognitivas, ao nível da cultura/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente.” Ainda segundo o mesmo autor “ A

comunicação constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as organizações, entre a sociedade e a cultura e, ainda, entre o indivíduo e a saúde/doença.” (Ramos, et al. 2009, p. 69).

A comunicação é por excelência o elo fundamental para que se estabeleça um vínculo terapêutico entre a pessoa doente e a equipa multidisciplinar, permitindo “*...reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos, indicar ao doente e a sua família uma direcção.*” (Twycross. 2003, p. 37).

O vínculo terapêutico entre o enfermeiro e a pessoa doente torna-se fundamental, para que as barreiras pessoais e diferenças linguísticas sejam harmonicamente destruídas, assim como as limitações físicas, bloqueios psicológicos, desigualdades educacionais e imposições organizacionais e institucionais. Contudo a ausência de relação terapêutica, de diálogo, de apoio, educação e de ensino por parte da equipa de saúde, gera barreiras ao relacionamento destas pessoas com a equipa multidisciplinar, dificultando à pessoa com DRC expressar-se sobre o seu conhecimento sobre a cirurgia, anseios e dúvidas (Xavier & Santos, 2010), o que pode conduzir a perturbações emocionais.

Segundo Malta (2009) não podemos controlar a ocorrência de emoções¹⁵, apenas evitarmos os estímulos que as provoquem. O organismo quando é atingido pelo estímulo reage involuntariamente “*...com raiva se frustrado, com medo se ameaçado, com tristeza se vivemos uma perda, com alegria se satisfeito.*” As emoções “*...são reações do organismo vivo, programadas biologicamente, cuja ocorrência não podemos controlar e que, portanto, não são nem certa nem erradas. Não podemos ser responsáveis pela ocorrência de nossas emoções mas sim pelas acções que adotarmos movidos pelas emoções.*” (pp. 1, 2).

Os sentimentos revelam a “*...pecepção de um certo estado do corpo, acompanhado pela percepção de pensamentos com certos temas e pela percepção de um certo modo de pensar*” (Damásio, 2003, p.104).

Damásio (2000) na sua Obra “Sentimento de Si” refere que todas as pessoas têm emoções, independentemente da idade, da cultura, do grau de instrução, do nível económico; todas as pessoas estão atentas às emoções das outras “*...cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis.*” (p. 55).

¹⁵ A emoção é entendida como um conjunto de reações corporais a certos estímulos; são reações automáticas e inconscientes (Nicolau 2004).

As emoções e as reações com elas relacionadas precedem os sentimentos e, por sua vez constituem o alicerce dos sentimentos. As emoções são por assim dizer “...um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa” (Damásio, 2003, p. 21, 44, 71). Todo o processo, desde o conhecimento da doença, à aceitação da mesma, à realização de diálise, ao transplante e ao pós-operatório geram um conjunto de sentimentos e emoções que carecem de uma estrutura e de um suporte biológico, social, emocional, familiar muito estreito. O pós-operatório imediato exige do enfermeiro uma participação ativa na dinâmica familiar, assistindo a família na compreensão e na adaptação a um estilo de vida diferente, além da interação com assistentes sociais, na tentativa de identificar e ajudar a resolver os problemas de adaptação. (Ohler, et al., 1994, p. 222)

2.4. ANÁLISE PARADIGMÁTICA À LUZ DO MODELO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM DE ROY

Polit, et al., (2004, pp. 145, 146) interligam os conceitos de teoria e modelo, na medida em que se referem ao conceito de teoria com uma conotação abstrata e que representa uma explicação sistemática da forma como os fenómenos se caracterizam e se interrelacionam. O modelo é usado para designar o mecanismo de representação dos fenómenos. Assim um modelo conceitual, que trata de abstrações (conceitos), apresenta a compreensão do fenómeno de interesse e reflete os pressupostos e as visões filosóficas do autor do modelo. Neste pressuposto ver um problema de enfermagem, à luz de um Modelo Teórico, confere à ciência uma vertente concreta, que evidencia e promove, a essência da nossa profissão, a arte do cuidar em enfermagem.

Vários são os modelos conceituais de enfermagem que constituem explicações formais do que é a enfermagem. Fawcett (1994), Cit. Polit, et al., (2004, pp.150, 151) referenciou quatro conceitos importantes para os Modelos de enfermagem: conceito de *pessoa, ambiente, enfermagem e saúde*. Phipps et al. (1995) também designam estes conceitos como as “... *principais áreas de envolvimento, em enfermagem...*” e que por sua vez “...*atravessam todos os esquemas de classificação dos doentes, bem como todos os ambientes de cuidados*”. (p. 34).

Cada Modelo enfatiza um processo diferente como essencial para a enfermagem. Neste sentido a aplicabilidade do Modelo Teórico da autora Callista Roy (Roy & Andrews 2001), inserido na *Escola dos resultados esperados* (Kérouac et al. 1994, pp. 26, 33; Philips 2004, p. 322), prende-se com o conceito da “Adaptação”¹⁶ da pessoa¹⁷. (Polit, et al., 2004, p. 151).

Analisando o conceito da adaptação, à luz deste Modelo Teórico, a pessoa com DRC em fase terminal, com necessidade de uma TSR, atravessa várias etapas, desde o processo e aceitação da doença, ao tratamento propriamente dito. Estas etapas vivenciadas provocam alterações a vários níveis, podendo afetar a integridade física e psicológica da pessoa doente, o que exige desta uma grande adaptação. Neste sentido a autora defende que a pessoa é um sistema adaptável e que por sua vez “...*tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente.*”¹⁸. (Roy &

¹⁶ Roy & Andrews (2001) definem a adaptação como “...um ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa responder positivamente numa dada situação.” (p. 16).

¹⁷ A Pessoa é definida como “...um sistema adaptável...como um todo que compreende as partes que funciona segundo uma unidade para o mesmo objectivo.” Assim a pessoa como um sistema “...tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente.” (Roy & Andrews, 2001, pp. 17, 18).

¹⁸ O Meio ambiente é entendido como o “...mundo interior ou exterior da pessoa.” É este ambiente em mudança que “...estimula a pessoa para criar respostas adaptáveis.” (Roy & Andrews, 2001, pp. 17, 18)

Andrews, 2001, pp. 17, 18)

Contudo, esta adaptação pode ser facilitada se a pessoa doente se sentir apoiada pelos que lhe são significativos, assim como pelos profissionais de saúde em quem depositam as últimas esperanças de uma vida melhor, ou de simplesmente ter a oportunidade de continuar a viver.

Roy descreve a pessoa como é um ser adaptativo, de forma emocional e de forma física. Assim cabe ao enfermeiro investigar as suas limitações, as suas facilidades e modos de adaptação para obter uma resposta eficaz (Roy & Andrews, 2001). É necessária habilidade e dedicação por parte do enfermeiro, de forma que as suas ações influenciem de maneira eficaz a adaptação do indivíduo.

Assim a meta da enfermagem passa por “...contribuir para o objectivo global dos cuidados de saúde, isto é, para promover a saúde dos indivíduos e da sociedade”, ou seja promover a adaptação da pessoa durante a saúde¹⁹ e a doença. (Roy & Andrews, 2001, pp. 31, 33, 35).

Torna-se, assim, fundamental que o enfermeiro desenvolva competências na área da Nefrologia e das técnicas de substituição renal, de forma a “...proporcionar-se uma informação adequada, individualizada e apropriada, de modo a que lhes seja permitido, viver com a sua doença e geri-la da melhor forma possível.” (Mahon & Jenkins, 2007, pp. 170).

O acompanhamento da pessoa com DRC deve fazer-se sentir desde o primeiro contacto com a pessoa doente, de forma a estabelecer-se uma relação de comunhão e de confiança. Uma comunicação adequada e culturalmente acessível permite ao enfermeiro compreender as vivências da pessoa doente e a ser capaz de “...apropriar-se do verdadeiro sentido do cuidar onde as potencialidades do ser cuidado jamais devem ser ignoradas.” (Xavier & Santos, 2010, pp. 1446, 1447). Nesta magnitude surge a necessidade de uma equipa de enfermagem altamente qualificada com bom suporte teórico-prático, elevado sentido de responsabilidade e motivação, de modo a desempenhar as suas funções com eficiência e qualidade. (Nunes & Luz, 1998).

Existem vários fatores que determinam a forma como a doença e a possibilidade do Transplante Renal é vivenciada, dos quais se destacam os aspetos culturais e psicológicos inerentes a cada indivíduo. A cultura influencia o modo de encarar a doença, a reação ao tratamento e mesmo o planeamento dos cuidados de saúde. Tratando-se de um transplante, a rejeição ou aceitação desse

¹⁹ A Saúde é definida como um “...estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. Constitui um reflexo da adaptação, isto é, a interacção da pessoa com o ambiente.” (Roy & Andrews, 2001, pp. 31, 33, 35).

tratamento, o consentimento da doação, a organização de todo o processo, o tipo e resultado do transplante, encontram-se dependentes de aspetos culturais. Inúmeros destes fatores intervêm em problemas psicológicos bem conhecidos, provocados por uma má saúde crónica, como por exemplo a dependência de aparelhos, medicamentos e do pessoal de saúde, as consequências da doença sobre o trabalho, a família, os rendimentos e os tempos livres e finalmente os efeitos secundários do tratamento imunossupressor. (Marshall & Daare, 1999) *“Sem uma boa preparação psicológica, mesmo um transplante perfeito do ponto de vista técnico, pode vir a falhar”* (Marshall & Daare, 1999. p. 158)

O enfermeiro deve ter sempre em consideração a respetiva cultura, a sensibilidade, a ética e o contexto afetivo relacionado com os familiares do dador e do recetor. *“Uns estarão afectados pelo luto e outros na expectativa de uma vida melhor, com mais qualidade.”* (Nunes & Luz, 1998. p. 20)

Os enfermeiros são constantemente confrontados com o desafio de compreender o comportamento da pessoa doente e de, conjuntamente com esta encontrar os meios para ultrapassar com sucesso este período da sua vida (Lazure, 1997).

Thomas (2005, p. 84) acrescenta que quanto mais capacitada se sentir a pessoa doente, menos dependente e indefesa se vai sentir futuramente. Assim ao prestar cuidados de enfermagem, o enfermeiro tem a seu cargo a missão de promover ensinamentos com vista a adquirir comportamentos saudáveis e a transformar outros em respostas adaptativas da pessoa ao ambiente, levando-a a aderir a estilos de vida saudáveis (Roy & Andrews, 2001) e a contribuir para o seu *“empowerment”* (Wilson et al., 2007, p.426; Sabaté, 2003. p.3).

3. METODOLOGIA

3.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A planificação da minha pergunta de investigação partiu de uma análise da literatura, tendo por base o Google Académico, Artigos fornecidos nas aulas e o motor de busca EBSCOhost, de forma a indagar o tema e a canalizar o meu raciocínio de uma base de dados generalista, para o específico, com critérios definidos e concretos.

Já numa segunda fase foi então elaborada uma RSL. Esta teve por base a minha pergunta de investigação, que se traduz em formato PIC(O) (Sackett et al, 1997, citado em Craig & Smyth, 2004, p 31): “Quais são as expectativas e as vivências (Outcome)”, da pessoa com DRC (Population), em programa de diálise, no pré e no pós Transplante Renal (Intervention)?

Como palavras-chave²⁰ da pesquisa foram utilizadas as seguintes: Kidney Failure, Chronic surgery; Transplantation; Kidney Transplantation; Quality of Life; experienc*; emotion*; Kidney Failure; Kidney Diseases; Kidney Failure, Chronic.

A pesquisa decorreu nas bases de dados da: CINALH Plus with Full Text e da MEDLINE with Full Text. Foram procurados artigos em texto integral (Setembro/2011), publicados entre 2005/01/01 e 2011/12/31 (APENDICE I). Após o cruzamento das palavras-chave obtive 64 artigos na CINALH e 76 artigos na MEDLINE.

Como critérios de inclusão, foram privilegiados os artigos que abordam a problemática das questões emocionais das pessoas sujeitas a Transplante Renal.

Foram determinados ainda como critério de inclusão: estudos com referência a cuidados a pessoas adultas submetidas a Transplante Renal; artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; revisões de literatura; estudos disponíveis nas bases em texto integral de livre acesso.

Como critério de exclusão: artigos que não se enquadravam na temática; artigos com ausência de explicitação metodológica.

Da leitura dos resumos / *abstract* dos 140 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultou um conjunto de 9 artigos. Seguiu-se a leitura integral desses 9 artigos resultando na seleção de 4, por responderem de alguma forma aos critérios da pesquisa e ao tema do projeto (APENDICE I e J).

²⁰ A pesquisa nas bases de dados foi feita utilizando as palavras-chave em inglês.

3.1.1. Resultados

A análise dos artigos selecionados permitiram-me complementar os dados adquiridos na RSL.

Para cada artigo foi elaborado um resumo contendo: (1) Referência bibliográfica; (2) Tipo de estudo; (3) Participantes; (4) Objetivos; (5) Principais intervenções estudadas; (6) Principais resultados (APENDICE J).

O artigo de Muehrer et al (2005) apresenta uma metodologia de estudo de caso, baseado numa meta-análise e em revisões sistemáticas, que abordam o indicador da QV como peça fundamental, para fornecer informações sobre o impacto físico e psicossocial do Transplante Renal. Ainda neste estudo são focados os sentimentos de ansiedade pelo risco de perda do enxerto; a culpa associada à dor do dador e suas consequências; a angústia e a depressão associadas a obrigação de cumprir o tratamento. As suas recomendações alertam os profissionais de saúde para a incidência sobre as questões psicológicas, principalmente sobre a ansiedade e a depressão, antes e após o Transplante, bem como para a necessidade de dar apoio físico (pelas alterações da imagem corporal e sexual) e social (questões do emprego).

O artigo de Curtis et al (2009) baseado numa revisão de literatura aborda a carga emocional ao longo das várias fases de adaptação e progressão da DRC e seus tratamentos. Este estudo pressupõe que os profissionais de saúde criem estratégias educativas adequadas a cada pessoa, de forma singular, de forma a fornecerem informações cruciais em tempo útil, sobre as várias TSR, contribuindo para: reduzir os sentimentos de ansiedade e de angústia, facilitar o processo de transplante, melhorar a adaptação psicossocial da pessoa ao tratamento e aumentar a sua independência. A esperança relaciona-se com a expectativa de levar uma vida normal. Segundo o estudo, estas intervenções contribuem de forma adaptativa para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, para reduzir os sentimentos de desespero e de desamparo.

O artigo de Scott et al (2010) é um estudo interpretativo biográfico sobre as consequências emocionais de múltiplas rejeições de transplante, relativo a uma única pessoa, mulher e mãe. Aqui a DRC é vista como uma aprendizagem e uma adaptação ao longo da vida. A esperança face ao sucesso do transplante é vista como uma forma de evitar perder o controlo da situação pela perda de auto estima, mantendo a esperança de voltar a ser saudável. As várias rejeições trazem consigo cicatrizes emocionais (perda de auto estima, desesperança, frustração, depressão que leva ao isolamento social) e cicatrizes físicas (múltiplas cicatrizes e as complicações

associadas a medicação). Este artigo apesar de não apresentar recomendações diretas para a enfermagem, comprova a necessidade de um acompanhamento personalizado por parte dos profissionais de saúde.

Por ultimo, o artigo de Gill et al (2009) retrata um estudo de caso longitudinal de dador vivo, entre um casal, que sofre rejeição de órgão, onde são efetuadas 3 entrevistas semiestruturadas, depois do transplante, aos 3 e aos 10 meses, para permitir uma explicação lógica da experiencia dos participantes ao longo do tempo. Aqui a perspectiva do transplante é vista como a hipótese de voltar à normalidade da sua vida, traduzida em esperança e otimismo. Contudo existe sempre o medo da possibilidade de rejeição. Por outro lado, a perspectiva de uma eventual rejeição manifesta-se sob ansiedade. A rejeição do transplante traduz-se em sentimentos de tristeza, perda, raiva, frustração e culpa pelo fato de sujeitar o dador a um procedimento cirúrgico desnecessário. Em suma, a RSL aponta para um conjunto de emoções e sentimentos que são transversais aos estudos selecionados, face ao processo da DRC e do transplante. O transplante é visto como uma fonte de esperança, possibilitando o regresso à normalidade e a uma vida saudável. A espera pelo transplante é desencadeadora de ansiedade, estando a eventual perda do enxerto associada a sentimentos de angústia, tristeza que tendencialmente levam a depressão.

As implicações para a enfermagem, numa fase da doença propriamente dita, apelam à necessidade da criação e da implementação de programas educativos sobre a DRC e seus tratamentos. O mais precocemente possível devesse proporcionar suporte físico e psicossocial, além da criação de estratégias de *coping* para se defenderem face às reações emocionais desencadeadas pela doença. As intervenções de enfermagem devem ser centradas na pessoa mediante as suas preferências, valores e necessidades, capacitando as na gestão do seu auto cuidado. As recomendações passam pela utilização de metodologias padronizadas para a avaliação da pessoa, as quais podem melhorar a nossa capacidade de identificar intervenções adequadas de sucesso centradas na pessoa.

3.1.2. Limitações

Apesar da exploração da temática utilizando motores de busca específicos para a área da saúde, foi com surpresa que constatei o número muito reduzido de artigos que foi possível localizar. Para além disso pude verificar que a literatura seleccionada apresenta uma grande limitação, uma vez que dos quatro artigos selecionados, apenas dois dos estudos se baseiam numa meta análise e

em revisões sistemáticas, enquanto que os outros dois artigos são estudos de caso que retratam experiências individualizadas, emocionais, daquela pessoa e sua família, pelo que, apesar de constituírem elementos de referência importantes, não é possível generalizar os seus resultados.

3.2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.2.1. Tipo de estudo

Face à minha pergunta de investigação “quais as expectativas e as vivências da pessoa com DRC, em programa de Diálise, no Pré e no Pós Transplante Renal”, este trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritivo, na medida em que me permitiu fazer um levantamento de informação relativa a um tema pouco estudado o que me facilitou familiarizar com o fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002. pp 18, 20, 21). Um estudo descritivo tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspetos da situação (Polit et al., 2004. p. 177). Contudo, para se compreender as experiências vivenciadas por estas pessoas considero necessário utilizar uma abordagem fenomenológica, na medida em que se pretende explorar as experiências vividas pelos indivíduos. Neste âmbito, o facto de as pessoas viverem diversas experiências faz com que o investigador qualitativo não subscreva uma verdade, mas sim, muitas verdades (valorização da subjetividade). O investigador qualitativo vai à descoberta através de múltiplos modos de compreensão, faz perguntas sobre os fenómenos em estudo e deve encontrar um método apropriado para descrever o que pesquisa. (Streubert & Carpenter, 2002. pp 18, 20, 21).

3.2.2. Local de Aplicação do estudo

O local de estudo foram dois hospitais da área Metropolitana de Lisboa, que por motivos éticos não serão divulgados os seus nomes, apenas referenciados pelas letras C e M. Os mesmos prestam atendimento e cuidados diferenciados a pessoas com DRC, no âmbito das TSR. Mas o local de aplicação do estudo foi o Hospital C, onde se prestam cuidados a pessoas com DRC, no âmbito das TSR, inclusive do ato cirúrgico do Transplante Renal, o acompanhamento ambulatorio do Pré e Pós Transplante.

3.2.3. Participantes no Estudo

O universo deste estudo é composto por adultos; em programa de diálise; inscritos em lista de espera (ativa ou inativa) para Transplante; até sete dias de internamento após Transplante Renal; em consultas de acompanhamento até um ano após o Transplante Renal.

A seleção da amostra decorreu na primeira experiência clínica, enquanto presenciava as consultas entre os profissionais de saúde e a pessoa IRC e as suas conversas informais.

A técnica de amostragem escolhida é não-probabilística, e a amostra é caracterizada por ser intencional (Polit et al., 2004; Fortin, 2009). Os estudos qualitativos usam geralmente amostras pequenas, não-aleatórias, onde o objetivo é descobrir o significado do fenómeno e revelar múltiplas realidades (Polit et al., 2004, p. 235).

Mediante os critérios de inclusão pré-estabelecidos e face o tempo limite de recolha de informação (período compreendido entre sete de Novembro e nove de Dezembro de 2011), a amostra foi constituída por dez participantes / informantes. Já que “*Os estudos fenomenológicos são tipicamente baseados em amostras de 10 ou menos participantes.*” (Polit et al., 2004, p. 237). Além de que esta seleção foi definida mediante o fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2002, p. 25). Por se tratar de uma amostra com critérios muito próprios, alarguei a faixa etária para adultos com mais de 18 anos, inclusive, para que, face à limitação do tempo houvesse uma maior janela de oportunidade para construir a amostra²¹.

Limitações da amostra: das dez pessoas selecionadas, quatro estão em lista de espera para Transplante Renal de dador cadáver; em processo para Transplante de dador vivo ou doação cruzada; quatro pessoas em consulta Pós Transplante Renal até um ano pós-operatório e duas pessoas até sete dias no internamento do pós-operatório imediato. Das quatro entrevistas no pré-operatório, duas são direcionadas ao recetor de órgão cadáver e duas ao recetor de órgão vivo. Face às quatro entrevistas do Pós-Transplante Renal dividi-as pelas fases mais importantes, de acordo com as taxas de sobrevivência dos órgãos transplantados: um mês, 3 meses, seis meses e um ano.

Nolasco (2011) refere-se aos primeiros seis meses após o Transplante como os mais importantes, já que o sucesso aproxima-se dos 97%, seja de dadores vivos, seja de dadores cadáveres, contudo após um ano a probabilidade de sobrevivência baixa para cerca de 90%. Já enxerto do órgão cadáver tem uma probabilidade de sobrevivência de cerca de 60% aos cinco anos. Contudo uma minoria perde o enxerto ao fim de 10 anos.

3.2.4. Instrumentos de recolha de dados

Este relatório teve por base a prática reflexiva, baseada no Ciclo Reflexivo de Gibbs (Jasper, 2003), bem como outras referências teóricas, tais como Isabel Alarcão (Alarcão et al., 2008), Patricia Benner (Benner, 2001, 2005) e no quadro das competências dos Enfermeiros

²¹ A caracterização da amostra está descrita nos Resultados da Investigação, Subcapítulo 4.1., na Análise de Conteúdo das Entrevistas.

Especialistas baseado no Regulamento nos 122/2011 e 124/2011 (DR, 18 de Fevereiro de 2011). Com base nesta literatura foram criadas condições que me permitiram reestruturar os objetivos e as atividades inicialmente propostas em projeto, desenvolver competências técnicas e humanas na área da nefrologia e das técnicas de TSR. Já em estágio, as próprias situações encontradas conduziram-me a uma reflexão crítica sobre as práticas.

Após efetuada a seleção da amostra, cada participante foi contactado individualmente, tendo sido informado do projeto e dos objetivos pretendidos. Foi-lhes entregue o consentimento informado e posteriormente foram agendadas as entrevistas com os participantes em estudo. A recolha de informação decorreu no período entre 7 de Novembro e 16 de Dezembro de 2011.

A recolha de dados, ao que as autoras Polit, Beck, & Hungler (2004, p. 49) designam por descrições narrativas, foram obtidas através da escuta atenta às entrevistas entre os profissionais de saúde (médico, psicólogo, assistente social e enfermeira) e os participantes; conversas informais, com base num guião de entrevista semiestruturada, na maioria dos casos, aplicado fora do âmbito hospitalar.

Com a entrevista pretendi colher informações que permitissem conhecer melhor as pessoas entrevistadas, assim como compreender o quadro emocional destas pessoas, nas várias fases do Transplante Renal, para melhor perceber os seus sentimentos, dúvidas e medos.

3.2.5. Considerações éticas

Desde o início do estágio que as Enfermeiras Chefes e as Enfermeiras Orientadoras dos serviços tinham conhecimento dos objetivos do meu estágio, já que foi disponibilizado uma sinopse do projeto e um exemplar do instrumento de colheita de dados a aplicar, os quais incluía a elaboração deste trabalho.

Devidamente apresentada enquanto enfermeira e aluna da especialidade de nefrologia falei em particular com os participantes no estudo. Solicitei autorização, através do consentimento informado (Art. 84º OE, Código Deontológico, 2009), que dispensaram assinar, manifestando interesse espontâneo em participar. Os dados foram recolhidos em papel manuscrito, reservando sempre a sua identidade (Art. 85º OE, Código Deontológico, 2009).

Ao longo da recolha de informação tive sempre presente os princípios éticos vinculados no Código Deontológico da OE (2009) e narrados pelas autoras Polit et al. (2004, pp. 84-91).

3.3. APRESENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO²²

Tendo por base as Competências Gerais do Enfermeiro Especialista da OE (OE, 2009, p. 15-20) e os objetivos perspetivados no projeto de estágio, pretendo:

1. Justificar os campos de estágio selecionados e a necessidade de reformulação de objetivos face à problemática de investigação;
2. Definir e justificar as atividades desenvolvidas e resultados obtidos em cada campo de estágio;

Os objetivos enunciados no projeto de estágio serviram apenas de guia Orientador para o desenvolvimento do estágio e do relatório. Com o desenrolar do estágio houve a necessidade de alterar e reestruturar alguns objetivos e adaptar outros, face às especificidades existentes nos locais de estágio, assim como face às minhas necessidades individuais de aprendizagem e necessidades de articulação com o projeto.

Segundo Polit, Beck, & Hungler (2004, p. 56) o pesquisador qualitativo tem frequentemente uma abordagem flexível na colheita e na análise dos dados, logo é impossível definir o fluxo de atividades com precisão, já que em projeto não há uma precisão exata da forma como o estudo ira progredir. Assim, a resposta a cada um dos objetivos do projeto passou pela prática em contexto de EC, por estudos de caso, ações de formação e pela elaboração de um documento informativo sobre o Transplante Renal. Atividades estas, que se encontram em apêndice a este relatório.

Tendo em conta as questões éticas não serão identificados os hospitais envolvidos, assim como os profissionais que deles fazem parte. Ressalvando a identidade dos mesmos posso dizer que os campos de estágio escolhidos foram ao encontro dos objetivos propostos para a realização do relatório de estágio, bem como para a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens e de competências relacionadas com a especialidade de nefrologia.

Apelando um pouco à minha história de vida enquanto enfermeira militar e enquanto futura enfermeira especialista em Nefrologia, procuro com esta especialidade desencadear dinamismo, um pensar refletido sobre a prática de enfermagem e sobre a especialidade da Nefrologia nas suas vertentes da Doença Renal.

Atualmente no Hospital Militar onde me encontro a prestar serviço não existe a especialidade de Nefrologia, nem enfermeiros especialistas na área. Pegando nesta lacuna e na perspetiva atual

²² Campo de Estágio representa o espaço físico hospitalar. EC designa as atividades executadas no referido espaço físico hospitalar

sobre a fusão dos hospitais dos 3 Ramos das Forças Armadas, pretendo com esta especialidade trazer mais-valias para a Instituição. Pretendo associar a minha motivação pessoal de aprendizagem, conhecimento, e empreendedorismo, ao desenvolvimento e aplicação das boas práticas. Estas têm como alvo de intervenção a prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa e à família, inserida numa comunidade, atuando ao nível dos processos saúde/doença, onde o enfermeiro dirige as suas intervenções “...com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, palição, readaptação funcional e reinserção social.” (OE, Dezembro de 2009. p. 6).

A experiência clínica foi dividida em dois momentos. O primeiro momento compreende o período entre 3 de Outubro e 16 de Dezembro de 2011, no Hospital C da área de Lisboa. O segundo compreende o período entre 3 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2012, no Hospital M da área de Lisboa. Os EC foram alvo de avaliação qualitativa por parte das Enfermeiras orientadoras (ANEXO V, VI)

No Hospital C propus-me adquirir e desenvolver aprendizagens e competências na área da transplantação renal, desenvolver e dar resposta à minha pergunta de investigação; enquanto no Hospital M procurei adquirir e desenvolver aprendizagens e competências na área da nefrologia, nomeadamente no campo de intervenção da Hemodiálise como TSR.

3.3.1. Objetivo geral

Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa Nefrológica, segundo as competências gerais do enfermeiro especialista.

3.3.2. Objetivos específicos

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados na área da transplantação renal, da hemodiálise e diálise peritoneal;
2. Compreender a dinâmica do serviço/hospital sobre o processo do transplante renal;
3. Identificar, através da observação participante, os temas propulsores para o desenvolvimento de um trabalho educativo dirigido ao processo de transplantação renal;
4. Compreender a dinâmica do serviço/hospital sobre a pessoa com DRC em tratamento dialítico (Hemodiálise e Diálise Peritoneal);
5. Refletir sobre as vivências, aprendizagens adquiridas e principais dificuldades sentidas, ao

longo dos dois campos de estágio.

3.3.3. Competências a adquirir

No Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal pretendo:

1. Desenvolver uma prática profissional e ética;
2. Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No Domínio da Gestão da qualidade pretendo:

1. Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
2. Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
3. Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

No Domínio da Gestão dos cuidados pretendo:

1. Gerir cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores;
2. Adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens Profissionais pretendo:

1. Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
2. Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

3.3.4. Recursos / Estratégias utilizadas

Através da observação e da análise das práticas, fui capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DRC no pré e no Pós-Transplante Renal. Colhi informação pertinente para o meu estudo, através de entrevistas informais às pessoas com DRC, familiares e à equipa multidisciplinar. Interagi com a população em estudo (pessoa com DRC no Pré e no Pós Transplante Renal) através dos cuidados diretos prestados e do ensino efetuado, com base no Manual de Informação para os Doentes e suas Famílias (Serpa, 2005), da escuta atenta e da observação dos profissionais de saúde envolvidos.

Para melhor compreensão das questões emocionais a que estas pessoas estão sujeitas e de toda a dimensão anatomo-fisio-patológica que o Transplante Renal acarreta, procedi à leitura de normas, protocolos e procedimentos dos serviços; literatura científica disponível nos serviços, bibliotecas e em bases de dados da Internet. No desenrolar do primeiro EC senti a necessidade de elaborar

um documento informativo, com as noções gerais sobre o Transplante Renal (APÊNDICE D), de forma a organizar a minha aprendizagem e prepará-la acessivelmente para um recetor leigo, com base numa interpretação prática.

3.4. CAMPO DE ESTÁGIO I: HOSPITAL C

O estágio no Hospital C²³ traduziu-se numa experiência rica em aprendizagens sobre a pessoa transplantada renal. Neste EC pude fazer o seguimento e acompanhamento transversal da pessoa transplantada renal: desde à admissão no internamento para o Transplante Renal, o ato cirúrgico propriamente dito; o internamento do pós-operatório imediato; a preparação para a alta e a primeira consulta do Pós Transplante Renal. Todo este percurso físico envolve um acompanhamento psico-emocional profundo. Acompanhar o trajeto e a envolvimento emocional destas pessoas, nas várias fases do Transplante Renal, permitiu-me compreender melhor esta dinâmica, logo com mais aptidão para prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade e educar de forma sistemática e individualizada.

Os serviços onde estive foram a Unidade de Transplantação Renal e a Consulta externa do Transplante Renal.

A Unidade de Transplante é um serviço de internamento misto. A UCINT recebe pessoas do foro cirúrgico (cirurgia geral); a UCINTR recebe pessoas transplantadas renais. Nestas valências as pessoas permanecem durante alguns dias, numa média de 5 dias, enquanto necessitem de uma vigilância permanente. Na evolução favorável da sua situação cirúrgica são transferidas para o internamento da enfermaria.

No 3º dia pós-operatório é fornecido o Manual de Informação para os Doentes e suas Famílias (Serpa, 2005) contendo todas as informações necessárias para que a pessoa transplantada possa familiarizar-se com os cuidados a ter: higiene, ingestão hídrica, alimentação, cuidados com a pele; importância do registo dos parâmetros vitais, o reconhecimento precoce dos sinais de rejeição e principalmente a medicação. Esta última com o intuito de facilitar a adesão aos medicamentos, de forma a evitar a rejeição do órgão e melhor a sobrevida do enxerto a longo prazo. Estes ensinamentos são reforçados diariamente até a alta hospitalar. No 4º dia pós-operatório são fornecidas as receitas dos imunossupressores e medicamentos básicos para que a pessoa transplantada possa familiarizar-se com eles.

No desenrolar de todo o processo da transplantação, como tive oportunidade de observar e participar nos cuidados de enfermagem, a enfermeira atua de forma sistemática e direta com a pessoa com DRC, envolvendo a família, no desenvolvimento de atividades educativas e

²³ Caracterização do mesmo em APÊNDICE B

assistenciais, com vista a promover a sua autonomia e independência. Através de uma assistência individualizada a enfermeira planeia intervenções educativas e de ensino (Roza, e tal., 2008), de acordo com a avaliação que realiza, numa tentativa de ajudar estas pessoas a reaprender a viver com a nova realidade. Para que a pessoa transplantada assuma os cuidados e controle o seu esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, implementar medidas estratégicas, que permitam que a pessoa se sinta responsável e capaz de cuidar de si mesma. A promoção de uma educação conscienciosa propicia o desenvolvimento da pessoa como um todo, tornando-a agente da sua própria transformação.

Todo este acompanhamento faz-se sentir no momento da alta, através da validação dos conhecimentos adquiridos pela pessoa recém transplantada. Na alta do internamento a pessoa é encaminhada para a assistência na consulta externa de transplante, onde se faz um *continuum* de educação para a saúde.

As consultas externas integram: as consultas de cardiologia; as consultas de transplante renal; a consulta de diabetes e lípidos e a sala de pensos. Em apoio a estas existe o Hospital Dia Polivalente e o ADNP. As pessoas transplantadas, em caso de urgência deslocam-se ao ADNP, onde solicitam consulta. Este atendimento é exequível de segunda a sexta e das 9 as 16 horas. Fora deste período deslocam-se diretamente Serviço de Nefrologia, onde se encontram os médicos da especialidade de nefrologia. O Hospital dia dá apoio ao ADNP, em termos de tratamento (perfusões, transfusões, injetáveis, aerossóis, entre outros), assim como para tratamentos prescritos a pessoas programadas.

A equipa das consultas do transplante é composta por três enfermeiras (duas fixas e um de reforço), três secretárias, uma equipa médica de Pré-Transplante e uma equipa médica de Pós Transplante. A consulta de enfermagem de Pré-Transplante dá assistência apenas ao dador vivo e doação cruzada; enquanto a consulta de enfermagem do Pós-Transplante é realizada diariamente, no período da manhã.

Segundo os dados obtidos na Consulta externa de Transplante Renal, do referido Hospital, em 2010 foram realizados 17 transplantes com órgãos de dadores vivos, dos quais 12 homens e 5 mulheres e 67 transplantes de órgãos cadáveres, dos quais 42 homens e 25 mulheres. No ano de 2011 foram realizados 10 transplantes de dadores vivos e 59 transplantes de órgãos cadáveres. À data de 4 de Outubro 2011 aguardavam Transplante Renal 708 pessoas IRC.

Face a estes resultados internos do Hospital em causa e, comparativamente a nível Nacional, o

Relatório Anual do Gabinete de Registo da SPN (Nolasco, 2011) e a ASST (ASST, 2010) revelarem que em 2010 foram realizados 573 transplantes renais, dos quais 51 correspondem a órgãos obtidos de dadores vivos, o que representou uma subida de 8,9 % face ao ano anterior. 58,4 % dos casos tratava-se de DRC do sexo masculino e 41,6 % do sexo feminino. A ASST revela ainda que de 2007 a 2010 houve uma diminuição de 8,6 % dos doentes em lista de espera para Transplante Renal. Face aos 3 últimos anos, 2009 foi o ano em que foram realizados mais transplantes, 595 transplantes, comparativamente com 2008, que foram realizados 527. Em 2009 foram efetuadas 65 colheitas de órgãos de dadores vivos, comparativamente a 2010, que apresentou 51 colheitas. A mesma fonte revela que as listas de espera para transplantação renal continuam a cair, o que demonstra que estão a ser atingidos níveis de auto-suficiência nesta matéria. Acrescenta que em 2009 aguardavam em lista de espera para Transplante Renal 2111 pessoas e em 2010 encontravam-se em espera 1930.

3.4.1. Atividades desenvolvidas

Em retrospectiva, no EC do Hospital C vivi toda a envolvimento da pessoa transplantada, desde o seu acompanhamento na consulta de enfermagem do Pré Transplante, passando pelo transplante propriamente dito no Bloco Operatório, seguindo-se o internamento na UCINTR e na consulta de enfermagem Pós-Transplante.

No desenrolar desta experiência clínica adquiri e desenvolvi conhecimentos, capacidades e habilidades que me permitiram atuar no contexto da prática clínica; refleti sobre as necessidades de saúde do público-alvo e atuei no contexto de vida destas pessoas, nas fases do Pré, Intra e Pós-Operatório. Colaborei na gestão e na promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados. Cuidados esses que assentam numa prática diferenciada de qualidade, centrada nas necessidades da pessoa / família.

Para a pessoa transplantada renal, vinda à consulta (programada) é precedida de rotinas: em jejum faz análises ao sangue; traz uma amostra de urina das 24 horas de casa, para avaliar os níveis da “clearance” de creatinina²⁴ e, por sua vez a filtração glomerular; toma o pequeno-almoço e a respetiva medicação; faz o penso na sala de pensos e só depois é que vai à consulta de enfermagem.

²⁴ O valor da Creatinina Sérica (CrS) “...no primeiro ano após o Transplante Renal constitui um importante factor preditor da sobrevivência a longo prazo do enxerto renal. A CrS constitui um marcador simples e prático na identificação de doentes com risco de perda do enxerto renal. A longo prazo a sobrevivência do enxerto renal podera ser alcançada através da conservação da função renal no primeiro ano após o TR.” (Botelho et al. 2011, p. 67)

Na consulta de enfermagem é feita uma avaliação do estado geral da pessoa; avaliados os parâmetros antropométricos (peso, tensão arterial, temperatura axilar); são validados e reforçados os ensinamentos; assim como, o despiste de eventuais sinais de rejeição. Normalmente, só depois da hora do almoço é que são observadas pelo médico, por causa dos resultados analíticos, incluindo os doseamentos dos imunossupressores.

A consulta médica de nefrologia faz-se acompanhar da presença da enfermeira onde se sumariza a consulta com os ajustes terapêuticos e receituários médicos e eventuais exames por causa das alterações da função renal (renograma, ecografia renal, angiotac). Denota-se o papel da enfermeira como elemento fulcral na ligação entre a pessoa transplantada e o médico. Daí a necessidade de haver enfermeiros com “...*competências especializadas relativas a um campo de intervenção.*” (OE, Maio 2010. p 2)

Colaborei com a enfermeira das consultas na gestão e execução das mesmas, desde a avaliação dos dados antropométricos, aos ensinamentos; colaborei também na consulta médica do Pós-Transplante, na interligação entre a pessoa transplantada e o médico, no registo das alterações terapêuticas no livro individual do transplantado e no processo de enfermagem, assim como na articulação com a administrativa no agendamento de nova consulta.

Objetivamente falando, tive a oportunidade de observar o papel da enfermeira na identificação precoce de alguns casos que inspiravam cuidados. O acolhimento e a triagem precoce feita pela enfermeira permitem uma melhor assistência à pessoa; contribui para reduzir o tempo de espera das consultas; facilita e contribui para o trabalho em equipa com o médico e, acima de tudo, reduz o *stress* e a aflição das pessoas transplantadas e seus familiares.

No período da manhã a equipa de enfermagem, além de fazer a triagem das pessoas com consulta programada, faz também a triagem dos casos urgentes que aparecem. Esta triagem consta de uma avaliação de sinais e sintomas manifestados; esclarecimento de dúvidas; promoção de ensino; prescrição de análises ao sangue e urina, para despiste de eventuais infeções, entre elas CMV²⁵ e as ITU; encaminhamento para o médico nefrologista assistente. Muitas vezes, não havendo médico no período da manhã na consulta, torna-se necessário contactar o serviço de Nefrologia para pedir assistência. Nos casos de triagem urgente é protocolo, a enfermeira das consultas,

²⁵ O CMV é um vírus que pertence à família do Herpesviridae. Acredita-se que os seres humanos são o único reservatório para este vírus. A infeção pelo CMV é importante no transplante renal por sua alta prevalência, pela diversidade de síndromes clínicas associadas e pela capacidade imunomoduladora do vírus, assim como pela morbilidade e mortalidade que dela podem resultar. (Noronha, et al., 2006)

acompanhar a pessoa doente à ADNP para fazer análises, onde eu tive a oportunidade de assumir este papel.

Em pré-projecto, numa das minhas visitas ao campo de estágio foi levantada a eventual necessidade da existência da consulta de enfermagem de pré-transplante. No âmbito desta necessidade estabeleci como objetivo: colaborar com a equipa de enfermagem na implementação desta consulta. No entanto, no decorrer do estágio a implementação desta consulta não foi possível, por não haver condições humanas para dar resposta às consultas diárias do Pós-Transplante, as quais se praticam numa média de 20 a 25 consultas por dia. À data de 30 de Setembro 2011 existiam 812 pessoas a ser seguidas em consulta no Hospital, daí a dificuldade em formalizar uma consulta regular de Pré-Transplante Renal.

Reporto-me a um caso em que o médico nefrologista solicitou a avaliação da enfermeira sobre um caso em particular, de um Pré-Transplante de dador vivo (irmão para irmão) (APÊNDICE E). Ressalvo a nota de que este foi um caso que eu segui de perto, já que o recetor fez parte do meu estudo. A colheita de informação foi obtida por intermédio das entrevistas médicas, do psicólogo e de enfermagem. Após a avaliação do psicólogo e do médico nefrologista, foi posto em causa se a dádiva e a colheita era de livre vontade e se não havia coação implícita, já que o Transplante Renal assenta em diretrizes de gratuidade na doação, na beneficência em relação aos recetores e não maleficência em relação aos doadores vivos (Artigo 5º do DR, 1ª Série, nº124 de 2007).

Estas consultas são feitas em dois momentos: de forma individual e em simultâneo com o dador e o recetor. Na consulta, sempre que se reunisse o dador e o recetor e, mesmo que as perguntas fossem direccionadas ao dador era o recetor que respondia; este não dava a mínima oportunidade ao dador para responder.

Dadas as circunstâncias foi posto em causa se estaríamos perante um caso de manipulação por parte do recetor! Após a entrevista de enfermagem quer ao dador, quer ao recetor, à qual eu também assisti, denotou-se, aparentemente, boa-fé na dádiva, sentimentos de cumplicidade e de amizade fraternal, sem aparentes sinais de coação ou manipulação. De entre onze irmãos, este foi o primeiro a voluntariar-se, passo a citar as suas palavras: “...*não tenho nada a que me prenda, todos os meus irmãos são casados e com filhos, porquê não ser eu a ajudar o meu irmão!*” (E4). Este processo foi posteriormente discutido pela equipa de transplantação, para se prosseguir à etapa seguinte: exames médicos e viabilidade cirúrgica. Por intermédio de uma série de testes psicológicos e exames médicos, a equipa determina a possível viabilidade para o Transplante. Só

depois da confirmação pela equipa multidisciplinar, através da EVA é que determinam a viabilidade para transplante. Contudo, aqui a avaliação da enfermeira foi pertinente, para uma consolidação de opiniões e certificar a aparente veracidade de uma dádiva digna de compaixão e de amor fraternal.

O Artigo de Crombie et al (2006), identificado na RSL refere que estas questões familiares de doação de órgãos devem de ser identificadas e acompanhadas por profissionais especializados, identificando as suas necessidades psicológicas, sociais e culturais. Além de que devem ter em conta a complexidade da doação em vida, garantindo a QV do destinatário e do dador, para não ser comprometida.

Entre outros, tive também um caso de um recetor que pretendia receber o órgão da mãe, contudo esta após ter feito os respetivos exames, não era compatível. O recetor desde logo recusava receber órgão de dador cadáver, daí em concordância com a mãe propuseram-se para doação cruzada.

Na Unidade de Transplante tive a oportunidade de prestar cuidados diretos à pessoa com DRC no pré e no pós-operatório, na colaboração com as suas atividades de vida, segundo *Virgínia Anderson* (modelo de enfermagem de referência neste Hospital). Promovi ensino e prestei cuidados pré-operatórios (jejum, tricotomia, higiene da pele, remoção de próteses), na recolha de dados e informações pessoais; no ensino sobre o transplante (a técnica; os dispositivos físicos: sonda, cateteres, drenos, algália; os pensos). Atuei ao nível dos cuidados de enfermagem no pós-operatório (com a ferida operatória, com a higiene, com o uso da máscara facial). Implementei atividades de educação e ensino à pessoa transplantada e seus familiares, segundo o Manual de Informação para os Doentes e suas Famílias (Serpa, 2005), sobre a importância do controlo dos líquidos ingeridos e eliminados; registo e controlo da diurese (características); avaliação dos sinais vitais, do peso, da glicemia capilar; cuidados de higiene oral; cuidados com a ferida operatória; na identificação precoce de sinais de rejeição do órgão²⁶; incidindo nos cuidados com a terapêutica imunossupressora e na adesão ao tratamento.

A atuação da enfermagem no Pós-Transplante Renal deve incidir sobre a avaliação, deteção e intervenção precoces nas eventuais complicações. O período das primeiras 24h do pós-operatório está associado à grande instabilidade hemodinâmica, logo a evolução com poucas intercorrências

²⁶ Os sinais de rejeição caracterizam-se por mal esta geral, febre, dor na ferida, náuseas e/ou vômitos, diarreia, edemas, disúria, tosse, dificuldade respiratória. (Serpa, 2005)

nesse período inicial está associada a uma melhor sobrevida a longo prazo (Roza, et al, 2008).

Ainda em contexto de cuidados de enfermagem, assumi a prestação de cuidados diretos à pessoa no Pós-Transplante imediato, colaborando com a pessoa nos seus cuidados de higiene; preparei e administrei a sua terapêutica endovenosa e / ou oral; efetuei os registos de enfermagem em folha própria; acompanhei a pessoa transplantada nos seus exames de rotina (ecografia renal e renograma). Foi neste seguimento de rotinas, desde a sua admissão à alta que fui capaz de estabelecer uma relação empática e de confiança. Através de uma escuta atenta, de um olhar profundo e verdadeiramente refletido e vocacionado para prestar cuidados de qualidade (Hesbeen, 2001) pude estudar a pessoa na sua forma singular e compreender a sua dimensão emocional. Promovi ensino, tirei dúvidas; sinto que dei conforto e esperança a estas pessoas nos momentos menos bons, nos momentos de dúvida, de medo e de incerteza face às complicações cirúrgicas²⁷ e não cirúrgicas²⁸.

No seguimento desta reflexão recorro-me de alguns casos de insucesso no transplante, seja por complicações cirúrgicas, seja não cirúrgicas. Reporto-me a um caso, que retrata uma vivência descrita pela própria pessoa. Mesmo sendo um caso do qual não presenciei o Pré-Transplante e, não fazendo parte da amostra, vivi momentos marcantes do Pós-Transplante com esta pessoa que sofreu perda do enxerto (APÊNDICE F).

Neste contexto de prática real, apelo às palavras da autora Patrícia Benner (2001) para reforçar a importância que as práticas têm sobre a aprendizagem experiencial, na medida em que a autora refere que “*A enfermagem é socialmente construída e colectivamente concretizada.*” (p. 18). Pois é através das práticas no seio da comunidade que se adquire aprendizagens. Por sua vez, esta aprendizagem experiencial é transmitida, por vezes de forma dolorosa, em contexto de cuidados. Uma outra situação que me marcou foi o caso de um Sr. que foi contactado para Transplante Renal de dador cadáver (também não fez parte do estudo da amostra), o qual acabou por não ser transplantado, por outras complicações médicas (APÊNDICE G).

Por norma, estas pessoas quando contactadas pelo nefrologista, têm de se apresentar o mais rápido possível na Unidade Hospitalar, devido ao tempo de Isquemia fria²⁹. Aquando a sua chegada são de imediato submetidos a uma série de exames de rotina mandatórios no pré-

²⁷ Complicações cirúrgicas: trombose da artéria ou da veia renal; linfocela; estenose da artéria renal; necrose do uréter; fistula vesical; obstrução urinária; rutura renal; rutura da anastomose arterial). (Noronha, et al., 2007)

²⁸ Complicações não cirúrgicas: inúmeras infeções, incluindo por citomegalovírus; rejeição crónica do transplante). (Noronha, et al., 2006)

transplante imediato: ECG, Rx Tx; análises (se os valores do ionograma estiverem elevados, nomeadamente: eletrólitos, ureia e creatinina, têm de ser submetidos a diálise antes do Transplante); questionário médico e de enfermagem para a recolha de informações e dados importantes e consequente cirurgia. Após algumas horas, aproximadamente 5 horas, de intercorrências médicas (descrito no APÊNDICE G) foi clinicamente decidido devolver o órgão pelo limite de Isquemia fria. O Sr. ainda debilitado pela ocorrência clínica foi informado desta decisão médica. Num olhar sombrio e perplexo, nem sequer foi capaz de expressar verbalmente as suas emoções e sentimentos.

Mais um caso emocionalmente marcante, não só para a pessoa que foi exposta a este stress psicológico, como para mim, enquanto espectadora. Fez-me refletir sobre a importância das questões básicas do cuidar, da empatia, da escuta atenta.

Entre vários casos, expus estes dois pelo peso emocional que ambos comportam, diferentes no contexto, mas imponentes na sua individualidade. Este reviver de emoções, ao que António Damásio designa por emoções de fundo são “...*desencadeadas quando reflectimos sobre uma situação que já aconteceu...*” (Damásio, 2010. p. 161) e que de certa forma nos marcam, emocionalmente enquanto seres humanos sensíveis que somos e, enquanto fator de crescimento e de aprendizagem profissional.

No contexto dos vários internamentos e, entre inúmeros casos, estes dois casos estabeleceram o ponto de viragem que me levaram a refletir sobre uma necessidade: a importância sistemática do ensino numa fase precoce. Porque não nos Centros de Diálise, no momento em que se inscrevem para o transplante?

A pessoa quando é chamada para transplante de dador cadáver vem, grande parte das vezes, desprovida de conhecimentos sobre o transplante. Vive períodos de grande ansiedade no pré-operatório imediato por toda a agitação humana; rotinas de exames; entrevistas; questões; ensinamentos sobre o transplante propriamente dito, entre outros. Toda esta panóplia de informações gera medo, dúvida, incerteza face ao transplante, o que deixa a pessoa em perfeito desconforto, ansiedade e até mal-estar. Por se tratar de um facto por mim observado e enquanto enfermeira compete-me contribuir pelo zelo do bem-estar físico, bio-psico-sócio-espiritual e emocional da pessoa doente e seus familiares. O enfermeiro deve facilitar o esclarecimento de dúvidas;

²⁹ Segundo Paz, Ribeiro, Mascarenhas, & Silva (2011) “...há um tempo máximo permitido para a conservação dos órgãos em isquemia fria para a realização do transplante...o rim, até 48 horas...” (pp.126, 127).

implementar atividades educativas e de ensino, em todas as fases do Transplante (pré, intra e pós operatório), uma vez que é o elemento da equipe de saúde que mais tempo permanece ao lado da pessoa doente e, por sua vez é o elo de ligação entre a equipe multidisciplinar e a pessoa doente e seus familiares. (Roza, et al, 2008). Neste sentido, indo um pouco ao encontro das necessidades sentidas, propus-me realizar um documento em folha A4, onde estivesse, descrito sumariamente, o processo da transplantação, desde a admissão, à alta e ao acompanhamento nas consultas (ANEXO D). Não tive oportunidade de o aplicar nos ensinos do Pré-Transplante Renal, contudo serviu-me de guia para outros ensinos, como é o caso da preparação para a alta.

Ainda no desenrolar deste ensino clínico tive a oportunidade de assistir a uma formação sobre Infecção associada aos Cuidados de Saúde (ANEXO VII), que constitui a prática de enfermagem generalista.

Em síntese conclusiva, neste estágio tive a oportunidade de observar todas as rotinas do processo de transplantação: as consultas médicas (nefrologista e cirurgião) e de psicologia do pré-transplante (dador vivo, doação cruzada e recetor de órgão cadáver). Tive também a oportunidade de ir ao B.O. assistir a um transplante de dador vivo (dador: mãe; recetor: filho). Colaborei nas rotinas do internamento e no ensino para a alta; assim como, na gestão das consultas de Pós-Transplante Renal. Familiarizei-me com a terapêutica usada na transplantação, desde as Imunoglobulinas (ATG); Imunossupressores (azatioprina, ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, micofenolato de mofetil, micofenolato de sódio, everolimus); Corticosteroides (prednisona); Antibióticos (clotrimoxazol, tazobac, amoxicilina e ácido clavulânico); Antivirais (vanciclovir); entre outros.

3.5. CAMPO DE ESTAGIO II: HOSPITAL M

O Serviço de Nefrologia do Hospital M é um Serviço de utilização comum aos três Ramos das Forças Armadas e Forças de Segurança. Possui Enfermaria própria, Consulta Externa com três períodos de consulta semanal, escala de chamada com disponibilidade vinte e quatro horas por dia e Unidade de Hemodiálise com dez monitores.

Das vinte e quatro pessoas admitidas para tratamento só dezasseis é que eram crónicas do hospital, o que significa que oito recorreram ao hospital pela urgência e não houve continuidade de tratamento. Das dezasseis pessoas, designadas crónicas faziam HDF, oito por FAV, quatro por PTFE e quatro por CVC, uma população de seis mulheres e dez homens. Destas, treze tinham idade superior a sessenta e cinco anos de idade. Uma pessoa do sexo feminino a fazer DPCA e uma do sexo masculino a fazer DPA. Em 2011 recuperaram função renal três pessoas com DRC; faleceram quatro e três foram transferidas para outra unidade de Hemodiálise. Desta lista de dezasseis pessoas, uma pessoa estava em lista inativa para Transplante Renal, outra pessoa já tinha sido transplantada, tendo sofrido rejeição ao fim de sete anos por “fibrose, toxicidade da ciclosporina e depósitos de IgA nos glomerulos”. (Unidade de Hemodiálise, 2011)

3.5.1. Atividades desenvolvidas

A experiência clínica no Hospital M decorreu no período entre 3 de Janeiro e 17 de Fevereiro, num total de aproximadamente 168 horas práticas. Ao longo deste tempo procurei adquirir o máximo de informação possível na área da DRC, nomeadamente HD e na DP, forma a facilitar a minha aprendizagem. Trata-se de uma área extensa e intensivista, uma vez que muito para além da técnica existem os cuidados inerentes à pessoa com DRC e às componentes específicas das técnicas da HD e da DP.

Trazer a teoria até à prática ajudou-me a compreender e a familiarizar com esta vertente da Nefrologia, enquanto TSR.

À data de Fevereiro 2012 o Hospital tinha uma população de aproximadamente vinte pessoas com DRC em tratamento dialítico, por CVC, FAV e PTFE. A média de idade corresponde a setenta e sete anos; a moda corresponde a setenta e dois, oitenta e seis e noventa e um. A modalidade de tratamento era a HDF pós-diluição. Sete faziam diálise por CVC, dez por FAV e dois por PTFE. As principais causas da IRC retratam a HTA e a DM, sendo a HTA a principal

causa, seguindo-se a DM, a causa desconhecida, nefropatia IGA³⁰. Os rins poliquísticos³¹, a pielonefrite e a GNR³², também designada de glomerulonefrite rapidamente progressiva (necrosante) pauciimune integram a causa da IRC de apenas uma das pessoas que fazia tratamento na Unidade de HD.

Tive a oportunidade de conhecer a pessoa que fez DPCA. Contudo não presenciei nenhum tratamento de DP, pois neste período procedeu-se à substituição dos tratamentos de DPCA por HD, o que foi causada pela ineficácia da membrana peritoneal, resultando num aumento dos valores de creatinina e ureia, incompatíveis com um tratamento adequado (informação fornecida pela Enfermeira Orientadora). Não obstante presenciei e tomei conhecimento geral da técnica numa abordagem resumida por vídeo e prática, que a Enfermeira Responsável pela DP me proporcionou. Vi a conexão e desconexão para uma lavagem do peritонеu com heparina, para manter o cateter livre de obstruções (Montenegro & Olivares, 1999, p. 173), que a própria pessoa com DRC se disponibilizou a partilhar comigo.

Reporto-me à história oral de vida da pessoa com DRC, a fazer diálise por DPCA. Em diálise há, aproximadamente, 8 anos e seguida em consultas de Pré-Transplante há 2. Enquanto possível recetora, cativou o meu interesse, face à possibilidade de ensino sobre o processo da transplantação renal, seguindo o meu raciocínio pelo documento informativo criado no estágio do Hospital Civil. Infelizmente o meu contacto com a pessoa em causa resumiu-se apenas a dois dias, no período do tratamento dialítico. Fato que se deveu à sua transferência para o Centro de Diálise da sua área de residência. Da nossa interação deparei-me com uma pessoa que se dizia informada, no entanto quando lhe fazia perguntas dizia que não se lembrava. Apercebi-me de algum desinteresse e dificuldade em exprimir os seus conhecimentos na área, exprimir emoções e sentimentos face à doença e face ao tratamento. A pessoa com DRC “...antes de conseguir aceitar esta nova condição, pode experimentar vários sentimentos e emoções entre os quais raiva, tristeza e medo, pois tudo significa uma alteração de vida...” (Baxter, 2008, p. 49).

³⁰ “A imunoglobulina IgA deposita-se no glomérulo, e por vezes existe proliferação das células glomerulares. A causa deste depósito não é conhecida...” Manifesta-se por hematuria, por vezes associada a proteinúria, hipertensão ou perturbação da função excretora renal. (Thomas, N., Jeffrey, C. 2005, pp. 69, 70)

³¹ A doença do rim poliquístico é uma doença hereditária. Os rins são anormalmente maiores que o normal e “...consistem numa massa compacta de quistos que estão espalhados igualmente pela medula e córtex renais.” (Thomas, 2005, p. 72)

³² “...esta doença está associada a uma rápida e progressiva deterioração da função renal na presença de oligúria ou anúria....A causa subjacente é uma inflamação aguda do glomérulo, que fica por vezes com a forma de “quarto crescente” quando o glomérulo é esmagado pelas células que enchem o espaço de Bowman. Em alguns casos, estão presentes annti-corpos anti-membrana basal glomerular, mas na maioria dos casos não se detectam imunoglobulinas no glomérulo”. (Thomas, N., Jeffrey, C. 2005, p 70)

Um outro caso de interesse para o meu estudo reporta-se a um Sr. com 49 anos que se encontrava à aguardar o segundo Transplante, por rejeição aguda do primeiro enxerto (APENDICE H).

Ao longo do estágio, no decorrer das várias sessões de tratamento dialítico presenciei algumas das intercorrências, manifestadas pelas complicações mais comuns do tratamento dialítico: hipotensão, caibras e tonturas. Os autores Terra, et al (2010) referem que a hipotensão arterial está associada a uma serie de fatores, nomeadamente a taxa de ultrafiltração, diminuição da osmolaridade, temperatura do dialisato, a redução do volume intravascular, hiponatremia, aumento da libertação de substâncias vasodilatadoras e redução das vasoconstritoras. Por sua vez vão conduzir à redução do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. Além destas, outras estão implícitas, como o ganho excessivo de peso, superaquecimento da solução de diálise, ingestão de alimento e, uso de anti-hipertensores. O tratamento consiste “...na diminuição da ultrafiltração...na infusão de solução salina fisiológica, plasma e agentes hipertônicas e se necessário, colocar o paciente na posição de Trendelemburg e administrar oxigênio por via nasal” (p.190). Os autores supra citados, além de frisarem a hipotensão como a principal complicação ocorrida durante a HD, acrescentam outras como as náuseas e vômitos, cefaleias, dores no peito e lombares, prurido, febre e calafrios, diarreia, reações alérgicas, arritmia cardíaca, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insónia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia. Por sua vez dirigem-se à HD como “...um processo terapêutico praticamente isento de riscos para a vida do paciente.” Contudo existem complicações que podem sempre ocorrer, “...mesmo quando é realizada dentro da melhor técnica” (p. 188-190).

Segundo a APEDT (2011) tanto a HD como a DP são métodos eficazes. Em termos de aspetos de qualidade de vida o Transplante Renal é a melhor opção. Nos aspetos da integração social e de satisfação com o tratamento dialítico a DP revela melhores resultados.

Compreender a HD, enquanto técnica e TSR foi o meu principal objetivo neste segundo EC. Aprender a Técnica Dialítica, desde o contacto com a pessoa em programa de diálise, à máquina propriamente dita. Perceber as limitações que esta provoca, ao nível pessoal, físico e emocional, tais como: o isolamento social, perda de emprego, perda da autoridade no contexto familiar, afastamento dos amigos, impossibilidade de passeios e viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, disfunção sexual; dependência do equipamento, de uma equipe especializada, da obrigatoriedade de aceitar e

assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida, entre outros. (Terra et al. 2010, p. 192)

No mundo da Doença Crônica, compreender a pessoa que sofre de DRC e seus sentimentos face à doença é uma tarefa árdua; compreender a máquina de diálise é de facto bastante mais simples. A máquina não sente, apenas dá vida a quem tanto depende dela. É neste sentido que procurei e me esforcei a aprender a lidar com uma máquina, porque aprendi que sem ela, estas pessoas não vivem. É nesta simbiose entre máquina / corpo, que o corpo dá vida à máquina. Já para não falar da importância que o acesso venoso (FAV, PTFE ou o CVC) tem para estas pessoas, tornando-se no ponto de ligação com a esperança da vida.

Ao longo destas sete semanas adquiri conhecimentos com a máquina de hemodiálise e na área da técnica dialítica por CVC, PTFE e FAV. Parti de uma leitura atenta dos manuais sobre os monitores de diálise 5008, protocolos do Serviço e outra leitura pertinente sobre a Nefrologia e a Hemodiálise. Iniciei-me por uma observação atenta à abordagem da pessoa com DRC, ao manuseamento da máquina, à conceção e desconexão da mesma à pessoa em tratamento dialítico. A minha enorme vontade em conhecer esta nova realidade e especificidade da área da nefrologia, aliando a teoria à prática e à colaboração de toda a equipa de enfermagem permitiram-me progredir de uma forma muito harmoniosa, capacitando-me de autonomamente ligar e desligar a máquina de diálise, conectar e desconectar a pessoa em tratamento dialítico, seja por FAV, PTFE ou por CVC, administrar terapêutica, atuar ao nível das intercorrências / complicações do tratamento dialítico, face às especificidades dos monitores de diálise 5008.

3.6. RESULTADOS OBTIDOS

Ao longo destes dois EC tive a oportunidade de compreender as expectativas e as vivências das pessoas com DCR face ao Transplante Renal e elucidar-me sobre as TSR, através das práticas clínicas, das reflexões sobre as próprias práticas e, no desenvolvimento deste trabalho, que apelaram a necessidade de pesquisa bibliográfica e da execução de um documento que resumisse o processo da transplantação renal.

O primeiro EC foi o local perfeito para desenvolver o meu projeto, no sentido de desenvolver a minha pesquisa qualitativa e acima de tudo para desenvolver competências na área da Nefrologia, mais concretamente na área do Transplante Renal. Este EC proporcionou-me os elementos para uma reflexão que me auxiliaram na compreensão da dinâmica física e emocional da pessoa submetida a Transplante Renal. A reflexão é a essência implícita na prática profissional, para concretizar diagnósticos clínicos, intervir na prática de enfermagem (Abreu 2003, cit. Abreu, 2007, p. 163) e aprofundar saberes em torno da clínica e da aprendizagem³³ (Abreu, 2007, p. 239). Como em todas as aprendizagens, a aquisição de conhecimentos passa pela observação das práticas (Benner, 2001).

No primeiro EC, as experiências clínicas foram divididas pelas consultas e pela unidade de transplante, “saltitando” na tentativa de “absorver” todas as experiências que o hospital me poderia proporcionar, no âmbito da pessoa com DRC e do Transplante Renal. Se por um lado, como me foi dito, era um projeto ambicioso, por outro lado revelou-se emocionante. Por de tratar de uma área de certa forma desconhecida para mim, deixei-me levar pelo entusiasmo do conhecimento, da aprendizagem contínua, que me conduziram a uma prática reflexiva e a um pensamento crítico (Benner, 2001) essencial para consolidar o processo de aprendizagem.

O segundo EC contribuiu para a minha aquisição de conhecimentos com as restantes TSR, nomeadamente a HD, no manuseamento da técnica por CVC, PTFE e FAV. Tive a necessidade de proceder a leitura dos manuais sobre os monitores de diálise 5008, protocolos do Serviço e outra leitura pertinente sobre a Nefrologia e a Hemodiálise.

Este contacto permanente que tive com as práticas permitiram-me aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do ano letivo e desta forma desenvolver, reestruturar, completar os

³³ Ocorre aprendizagem “...quando existe uma transformação no significado da experiência” (Abreu (2001) cit. Abreu (2007) p. 134). Acrescenta ainda que a aprendizagem em contexto clínico é “...uma dimensão estruturante da socialização e da formação dos profissionais de saúde.” (Abreu, 2007, p 11).

objetivos delineados no meu projeto. Trata-se de uma prática de enfermagem que assentou no julgamento profissional, na relação de ajuda, na comunicação terapêutica, na reflexão crítica, no “*empowerment*” e no trabalho em equipa (Abreu, 2007, p. 12). Não obstante, para além destes pilares da prática de enfermagem é dever do enfermeiro especialista, seja qual for a área de especialização, a partilha dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das atividades profissionais. (OE, Maio 2010, pp. 2, 3).

Nesta linha de pensamento da prática de cuidados e do cuidar propriamente dito, Benner (2001) apela aos nossos sentidos, na medida em que devemos “*Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática...*”, pois esta atitude “*...revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer.*” (p16)

Neste sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento profissional de enfermeiros especialistas, de modo a que a pessoa seja cuidada por profissionais competentes, reconhecidos pelo seu elevado nível de cuidados especializados, prestados segundo as necessidades da pessoa, da família, da comunidade (OE, Dezembro de 2009, p. 5), tendo em consideração a sua valorização, enquanto ser singular na forma de pensar, agir e sentir.

4. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

4.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Após efetuada a recolha das descrições narrativas (Polit et al. 2004) os dados foram examinados e interpretados segundo a técnica de análise temática de Bardin (1995).

A amostra estudada é constituída por dez participantes, portadores de DRC, em tratamento dialítico, nas fases do Pré, Pós-operatório imediato e o Pós-Transplante Renal.

A partir da informação obtida pelas entrevistas foi possível elaborar a seguinte caracterização geral dos participantes:

1. Todos os participantes são acompanhados no Hospital Civil (EC I);
2. Quanto à nacionalidade: oito são portugueses, um da Guiné-Bissau e um de Cabo Verde;
3. Quanto ao sexo: cinco participantes são do sexo feminino e cinco são do sexo masculino;
4. As idades dos participantes estão compreendidas entre os quarenta e os sessenta e oito anos de idade;
5. A média é de cinquenta e três anos e nove meses e a moda é de cinquenta e seis e de cinquenta e oito anos de idade;
6. Dos dez participantes, seis faziam HD e quatro DP;
7. Dos dez participantes, a principal causa da IRC é a Doença Poliquística (três participantes). A causa “desconhecida” é indicada por três dos participantes no estudo. Para as causas da IRC da: “Nefropatia IgA, Infecção Urinária de repetição, Nefropatia Diabética e Nefrosclerose por HTA”, são enumeradas uma vez, apenas por um entrevistado.
8. Relativamente à escolaridade, a 4ª classe é o grau mais frequentado (cinco participantes). Segue-se o ensino Superior com dois participantes. O 6º e o 7º ano apenas frequentado por um participante.

No contexto da análise das entrevistas aos participantes, estes revelaram interesse em participar no estudo. Apresentaram um discurso coerente, conciso, linear e uniforme para todas as respostas. Manifestaram sempre grande expectativa em relação ao transplante, com poucos conhecimentos face às fases do processo da transplantação renal, eventuais complicações e de rejeição do órgão.

A análise de conteúdo parte da análise individual das entrevistas. Uma vez que este estudo retrata

dois períodos: a expectativa (o Pré-Transplante) e a vivência (o Pós-Transplante) foram elaboradas duas tabelas de análise de conteúdo. A sua categorização passou por vários momentos de reflexão, que se encontram descritos em três fases (APENDICES K, L, M).

4.1.1. Síntese conclusiva da análise de Conteúdo

A análise de conteúdo passou por várias etapas com o intuito de encaixar as subcategorias e obter resultados válidos.

O transplante é visto como uma oportunidade de salvação, gerador de uma melhor qualidade de vida, com maior liberdade e independência. São as exigências impostas pelos tratamentos dialíticos que interferem na vida destas pessoas, tornando-as dependentes de uma máquina, interferindo na sua liberdade.

Retratando as expectativas e vivências posso concluir que as subcategorias ansiedade e esperança estão subjacentes em ambas as fases temporais. A esperança do sucesso do transplante é gerador de grande ansiedade, onde existe uma permanente ambivalência de sentimentos, entre o medo da cirurgia e a alegria de terem a sorte de serem selecionados. A ansiedade desencadeada pelo tempo de espera, pela probabilidade de sucesso ou de insucesso da cirurgia e pelo medo da possível rejeição. Contudo esta subcategoria continua expressa nas vivências. Um transplante bem sucedido traduz satisfação, bem-estar, alívio, felicidade e tranquilidade. A probabilidade³⁴ do insucesso acarreta sentimentos de culpa, frustração e revolta. Os sentimentos de culpa são notórios, quer na expectativa, quer na vivência, quando se trata de casos de doação de órgão vivo, pelo medo da possibilidade de haver rejeição e pelos riscos, principalmente para o dador. A frustração e revolta estão associadas à doença que lhe tirou a liberdade.

4.1.2. Limitações da Investigação

Os objetivos para este trabalho foram previamente estabelecidos mas, como não poderia deixar de ser, este é também um processo de aprendizagem. Refletindo sobre este aspeto, sinto poder afirmar que a minha inexperiência criou algumas limitações ao desenvolvimento deste trabalho, nomeadamente a planificação das entrevistas, execução da análise de conteúdo e sua categorização. Já a minha análise, sobre o conteúdo das entrevistas, sinto que foi prejudicada pelo facto de não ter entrevistado ninguém que estivesse consciente de uma possível rejeição, o que neste tipo de trabalho seria fundamental para uma compreensão mais alargada dos casos de

insucesso. Estatisticamente falando interessam os casos de sucesso, mas para o desenvolvimento da investigação e na vivência da enfermagem interessam também os casos de insucesso, pois são esses que nos dão mais dificuldades e aqueles que mais justificariam o estudo destas questões.

Ao aplicar as entrevistas deparei-me com limitações temporais, organizacionais e de disponibilidade dos participantes, bem como limitações cognitivas inerentes aos próprios. Tal situação contribuiu para a ausência de um registo integral e mais aprofundado das entrevistas, que se traduziu num registo escrito das entrevistas.

4.1.3. Reflexão crítica

O Transplante Renal tem alcançado os seus objetivos ao nível da reabilitação física, mental e social da pessoa com DRC, fazendo com que aqueles que estão em tratamento dialítico tenham como principal meta e expectativa de vida, a realização desse procedimento cirúrgico.

O Transplante Renal tem revelado, além de custos inferiores ao tratamento hemodialítico, vantagens em termos de qualidade de vida. Portanto, é dever dos profissionais manterem uma luta constante em prol do aumento de doações de órgãos, e assim multiplicar o número de transplantes renais (Terra et al. 2007, p. 537). É também dever dos profissionais de saúde atuarem ao nível da promoção da saúde, no ensino e no acompanhamento sistemático e individualizado à pessoa com DRC, nas várias fases, ajudando-a a tomar decisões, gerindo os riscos e os benefícios, em prol de uma melhor qualidade de vida.

Realizar este relatório levou-me a refletir sobre a importância de melhorar os meus conhecimentos teórico práticos para intervir junto da pessoa com DRC e da sua família. Assim todos os Enfermeiros, essencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica, enquanto profissional de saúde deve ser dotado de formação científica e técnicas adequadas e atualizadas, aliadas a elevados valores humanos, para que possa estar ao nível das expectativas de quem em nós confia.

Transformar o projeto em relatório foi para mim um grande desafio, na medida em que, citando as autoras Alarcão & Roldão (2008), permitiu-me refletir sobre a minha própria reflexão, ao que as mesmas consideram como “...*promotora do conhecimento profissional...*” (2008, p. 30), uma vez que investe numa interrogação permanente sobre si mesmo e sobre as suas práticas, onde o conceito da reflexão vai surgindo como instrumento de auto-avaliação regulador do desempenho

³⁴ Não presenciei nenhum caso de rejeição pós-transplante

e gerador de novas questões. Reconheço que refletir sobre as experiências clínicas moldaram a minha ação, permitindo-me atuar com “...um pensamento sistemático e cuidadoso de forma a alcançar resultados bem sucedidos...” (Abreu, 1998, cit. Abreu, 2007, p. 163); permitiu-me consolidar conhecimentos teórico-práticos adquiridos e desenvolver competências na área do domínio das competências gerais do enfermeiro especialista (OE, Maio, 2010). “O conhecimento é fruto da reflexão, e por sua vez sustenta a própria reflexão. (Sá-Chaves et al, 2006, p. 120)

Espero que este estudo qualitativo possa contribuir para a reflexão por parte dos profissionais de saúde, acerca de um problema, de uma situação real, de forma a tornar possível uma consciencialização de potenciais soluções, na compreensão e na intervenção das preocupações, experiências, medos, sentimentos e emoções das pessoas com DRC. (Polit e tal. 2004, p. 58).

Por se tratar de um estudo exploratório, não exige conclusões definitivas, mas desde já se salienta ser imperativo desenvolver estratégias de proximidade e de acompanhamento empático com a pessoa. Mesmo que não sendo identificadas soluções, é fundamental identificar os pontos frágeis, que serão aspetos a tomar em consideração, para se poder continuar a investigar.

O papel do enfermeiro especialista em Nefrologia, no seio da DRCT e de entre as TSR, passa por dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas com DRC, com base no desenvolvimento da enfermagem, enquanto disciplina, da prática baseada na evidência e nas práticas reflexivas; no desenvolvimento da enfermagem enquanto arte de cuidar da pessoa como ser holista. Estes cuidados devem permitir aumentar e padronizar as boas práticas, que configuram em cuidados seguros e de qualidade. Mas, para isso é necessário um fluxo permanente de informação. Uma informação prática e atualizada, que deverá ser devidamente interpretada para poder conduzir a uma reflexão crítica sobre esses mesmos cuidados.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste capítulo farei uma reflexão acerca dos achados do presente Relatório de Estágio, identificando de que forma esses mesmos achados se refletem na RL identificada e como podem contribuir para a melhoria dos cuidados em enfermagem.

A recolha de informação para o desenvolvimento deste relatório de estágio partiu de uma RL, para fazer o enquadramento teórico, complementando-se com a RSL, de forma a documentar a necessidade do estudo e, passando pela recolha de informação nos EC, através das entrevistas. Estas fontes permitiram-me identificar o quadro emocional das pessoas submetidas a Transplante Renal, de uma forma longitudinal, no processo da transplantação. Todas acabam por retratar emoções e sentimentos comuns: a ansiedade e a esperança. A ansiedade está relacionada com a incerteza temporal, com o medo da cirurgia, com o risco de perda do enxerto; a esperança com a expectativa de regressar à normalidade das suas vidas.

Partindo para a análise das práticas em estágio (EC I), mais concretamente na aplicação das entrevistas, verifiquei que depois do transplante propriamente dito, os participantes expressaram sentimentos de angústia face a todo o processo de espera do transplante. Inicialmente manifestavam descrédito. Acredito que esta seja uma forma de se defenderem face a incerteza temporal da lista de espera. Contudo é marcante que estes vislumbram o tempo necessário através da unidade de anos, baseados no contato que tiveram com outros colegas de tratamento dialítico.

Posteriormente, na fase da análise do conteúdo das entrevistas e face ao enquadramento das expectativas conclui-se que a maioria refere-se ao transplante como uma possibilidade de uma melhoria da qualidade de vida, com maior liberdade e independência. Contudo, verifica-se ser gerador de grande ansiedade, medo e apreensão mas, mesmo sendo percecionado como um risco, preferem tentar “viver um dia de cada vez”, mantendo sentimentos de esperança.

Da categorização das vivências posso concluir que todos os participantes olham para o transplante como uma oportunidade de salvação, geradora de uma melhor qualidade de vida, com maior liberdade e independência. Reportam-se ao transplante com esperança no sucesso, mas manifestando um elevado nível de ansiedade, onde existe uma permanente ambivalência de sentimentos, medo da cirurgia e de não acordar, compensado pela alegria, por terem a sorte, de terem sido selecionados para o transplante.

São particularmente notórios os sentimentos de culpa, quer na expectativa, quer na vivência, quando se trata de casos de doação de órgão de dador vivo, pelo medo desencadeado pela

possibilidade de haver rejeição. Os sentimentos de frustração e revolta são sempre dirigidos à doença que lhes tirou a liberdade. O medo é a expressão mais notória, tanto pelos recetores de órgãos de dador vivo, como pelos recetores de cadáver, devido à possibilidade de rejeição. Os recetores de órgão de dador vivo exprimem medo da rejeição de que resultam riscos para o recetor, mas também para o dador, sem benefícios para nenhum deles.

Todas estas reações emocionais identificadas ao longo dos EC foram identificadas na RL e de forma mais resumida nos achados da RSL. O documento que elaborei em estágio, com o intuito de promover ensino, demonstrou ir ao encontro dos achados e das recomendações para a enfermagem, sugeridos pela RL e da RSL identificada e referenciada pelo Artigo de Hays et al. (2008), onde apela à necessidade de educação psicossocial e do encaminhamento precoce. Estas abordagens facilitarão a forma de lidar com a doença e a opção mais consciente pelo tratamento mais adequado. Sugere, ainda, que a informação sobre o transplante deve estar disponível nas consultas dos cuidados primários, médicos nefrologistas, centros de dialise e divulgada através de organizações.

Apesar de a RSL apresentar limitações, toca nos aspetos chaves, das questões emocionais, que retratam as expectativas e as vivências das pessoas com DRC, em processo de Transplante Renal. Permitiu também, identificar algumas das necessidades da intervenção da enfermagem, nomeadamente a criação e implementação precoce de programas educativos, suporte físico e psicossocial, e a necessidade de se desenvolverem e aplicar estratégias de *coping* e *empowerment*. A escolha da autora Callista Roy justifica-se devido ao seu conceito de Adaptação se enquadrar perfeitamente neste estudo, uma vez que vai ao encontro dos objetivos de enfermagem deste relatório. O qual pressupõe que as intervenções de enfermagem sejam sensíveis à pessoa, vista como um sistema adaptável, capacitando-a de forma adaptativa ao longo de cada fase de ajustamento da sua doença. Proporcionando assim, uma maior compreensão das várias etapas da doença e seus tratamentos (HD, DP e Transplante Renal) permitindo-nos lidar melhor com as necessidades e as preocupações emocionais da pessoa com DRC e contribuindo para o desenvolvimento de ferramentas adequadas, para fazer face as reações emocionais desencadeadas pela doença e seus tratamentos.

Contudo, não pretendo com este relatório, que considero uma primeira etapa de um trabalho necessariamente mais extenso, encontrar soluções, mas sim levantar questões e identificar as plataformas onde se pretende vir a trabalhar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos*: Que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anónimo, (s.d). *Documentos disponíveis na Intranet do Hospital de Santa Cruz (HSC)*
- Anónimo, (s.d). *Expectativas do Cliente em Hemodiálise Sobre o Transplante Renal – Estudo Sociopoético*. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Obtido em 17 de Julho de 2011, de <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/1277/954>
- Anónimo, (s.d). *Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E..* Obtido em 24 de Novembro de 2011, de <http://www.hsc.min-saude.pt/>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (A.C.S.S). (6 de Fevereiro de 2010). *Portal de Codificação e dos GDH*. Obtido em 20 de Julho de 2011, de Decreto-Lei n.º 45683: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Decreto-Lei_n.%C2%BA_45683
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina. pp. 166.
- Alarcão, I., & Roldão, M. D. (2008). *Supervisão - Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo. pp. 30-34
- Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal. (ADRNP). *Obtido em 10 de Julho de 2011, de Transplante Renal*: <http://www.adrnp-sede.org.pt/transplante.html>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR). (2011). *Colheita e Transplantação*. Obtido em 1 de Março de 2012, de <http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=6974ce5ac660610b44d9b9fed0ff9548&id=0cb929eae7a499e50248a3a78f7acfc7>

- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Dialise e de Transplantação (APEDT). (2011). *Manual para Enfermeiros: Diálise Peritoneal* (Vol. 1ª Edição). Lisboa: Cromotema - Artes Gráficas.
- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST). (s.d.). *Manual de Boas Práticas*. Obtido em 20 de Julho de 2011, de Unidades de Colheita, Bancos de Tecidos e Células, Unidades de Aplicação: <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ManualBoasPraticas.pdf>
- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST). (12 de Maio de 2008). Obtido em 15 de Julho de 2011, de REENDA: <http://www.asst.min-saude.pt/transplantacao/Paginas/rennda.aspx>
- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação. (ASST).(2010) Obtido em 23 de Julho de 2011, de Relatório de Actividades de Colheita e Transplantação: <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioActividadeColheitaTransplantacao2010.pdf>
- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST). (2011). Obtido em 6 de Abril de 2012, de Relatórios de Actividade: <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ColheitaTransplantacao2011.pdf>
- Azevedo, M. (2009). Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares. Lisboa: Universidade Católica.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baxter. (Junho de 2008). Manual de Procedimentos Hemodialise. 49. Edição Técnica.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (Vol. 2ª edição). Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, C., Aires, P., Romãozinho, C., Santos, L., Alves, R., Macário, F., et al. (17 de Março de 2011). Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de 25th Congress of the Portuguese Society of Nephrology. Abstracts: www.spnephro.pt/./artigo_11.pdf

- Colaço, A. (2002). *Representação Social do Doente Mental pelos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas.
- Consejería de Salud. (2005). *Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica : diálisis y trasplante renal : proceso asistencial integrado*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de Junta De Andaluzia: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_142/dialisis.pdf
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros (Original 2002)*. Loures: Lusociência.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. (T. L. Castro, Ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América. pp. 71
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: A construção do cérebro consciente*. Maia: Circulo Leitores.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (11ª edição ed.). (T. L. Castro, Ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América. pp. 79
- Diário da Republica (DR). (22 de Abril de 1993). N. 9. *A Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana, Lei Nº 12*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de http://www.apav.pt/portal/pdf/colheita_transplante_orgaos.pdf
- Diário da Republica (DR). (3 de Abril de 2007). 2ª. Série. *Normas para a selecção do par dador-receptor em homotransplantação com rim de cadáver*. Obtido em 18 de Julho de 2011, de Critérios gerais para transplantação renal: <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0873608737.pdf>
- Diário da Republica (DR). (29 de Junho de 2007). 1ª Série, Nº 124. Capítulo III. Artigo 10º. pp. 4146-4149. Obtido em 15 de Julho de 2011, de Da colheita em cadáveres: http://www.apav.pt/portal/pdf/colheita_de_orgaos.pdf

- Diário da Republica (DR). (16 de Setembro de 2009). 1.^a Série, N.º 180, Artigo 7º. Obtido em 18 de Julho de 2011, pp. 6529. De Alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf
- Diário da Republica (DR). (23 de Agosto de 2010). 1.^a Série, N.º 163 . Obtido em 19 de Julho de 2011, de Portaria n.º 802/2010: <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0367903680.pdf>
- Diário da Republica (DR). (18 de Fevereiro de 2011). 2.^a Série, N.º 35. Obtido em 12 de Julho de 2011, de *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, n.º 122/2011*: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Ferrito, C., Gato, A. P., Costa, F., Martins, L., & Pereira, M. (Janeiro-Março de 2010). Percursos. *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. (A. Freitas, Ed.) Ficha Técnica.
- Flores, R. V., & Thomé, E. G. (26 de Novembro/Dezembro de 2004). *Percepções do paciente em lista de espera para o Transplante Renal*. P687 Obtido em 14 de Julho de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a11.pdf>
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gambro. (s.d.). *Manual de pré-diálise - Programa Educativo - para o doente e sua família* (Vol. capítulo III).
- Godinho, N. (2010). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Centro de documentação e informação*.
- Gusmão, L., Galvão, J., & Possante, M. (s.d.). Serviço de Nefrologia num Hospital Militar. *Serviço de Nefrologia do Hospital Militar Principal*. Lisboa.
- Hagren, B., Pettersen, I., Severinsson, E., Lutzen, K., & Clyne, N. The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advanced*

- Nursing* 34, 2001, 196-202. Obtido em 23 de Julho de 2011, de: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001066179&site=ehost-live>>.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. pp. 7-15
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice – Foundations in Nursing and Health Care* . Obtido em 9 de 5 de 2011, de Gibbs Reflective Cycle. http://www2.hud.ac.uk/hhs/staffsupport/lqsu_files/Gibbs_Reflective_Cycle.pdf
- Kérouac, S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., & Major F. *La Pensée Infirmière. Conceptions et stratégies*. [Laval (Québec)]: Édition Études Vivantes & Édition Maloine, 1994.
- Lazure, H. (Janeiro/Fevereiro de 1997). O Processo de Transplantação de Órgãos: Quando os Cuidados de Enfermagem Enxertam a Esperança. *Servir*, Vol. 45, nº 1, pp. 37-42.
- Lira, A. L., & Lopes, M. V. (2010, Marco). Pacientes Transplantados Renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. Retrieved 2012, from <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11072/8444>
- Mahon, A., & Jenkins, K. (24 de Setembro de 2007). Doença Renal Crónica. *Guia para a Prática Clínica*. European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Trad.: APEDT (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação)
- Malta, I. (Agosto de 2009). *Emoções e Sentimentos segundo António Damásio*. Obtido em 15 de Julho de 2011, de <http://pt.scribd.com/doc/53310467/Emocoes-e-Sentimentos-segundo-Antonio-Damasio>
- Marshall, P., & Daare, A. (Maio/Junho de 1999). Aspectos Culturais e Psicológicos do Transplante de Órgãos. *Servir*, Vol. 47, nº 3, pp. 153-159.
- Ministério da Saúde. (21 de Março de 2011). Circular Normativa nº 1. ASST: *Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação*. Obtido em 23 de Julho de 2011, de Circular Normativa Nº 1. PNDRC: Programa Nacional de Doação Renal Cruzada:

<http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/CN12011.pdf>

Ministério da Saúde. (1 de Abril de 2011). Circular Normativa nº 2. *ASST: Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação*. Obtido em 24 de Julho de 2011, de Circular Normativa Nº 2. Dador VHC Positivos: http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/CircNorm2_2011.pdf

Montenegro, J., & Olivares, J. (1999). *La dialisis Peritoneal*. Dibe, S.L.

Mourinho, Elsa. et al. (Jul./Ago.1999) *Manutenção do dador multiorgânico*. Servir. Lisboa: [s.n.]. ISSN 0871-2370. Vol. 47, n.º4 p.203-204

Newman, Stanton (1997) Transplantation. In Baum, Andrew, et al. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. pp. 612. Cambridge: Cambridge Press, ISBN 0-521-43686-9.

Nicolau, P. F. (Dezembro de 2004). *Entrevista António Damásio*. Obtido em 17 de Julho de 2011, de Psiquiatria Geral: http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/entrevista_antonio_damasio.htm

Nolasco, F. (31 de Março de 2011). *CienciaPT - A Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Português*. Obtido em 18 de Julho de 2011, de Transplantes Renais em Portugal: Relatório Anual do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN): http://www.cienciapt.net/pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103327

Noronha, I. L., Ferraz, A. S., Filho, A. P., Saitovich, D., Carvalho, D. B., Paula, F. J., et al. (2007). *Transplante Renal: complicações cirúrgicas*. Obtido em 12 de Dezembro de 2011, de Diretrizes em foco: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a12v53n3.pdf>

Noronha, I. L., Ferraz, A. S., Filho, A. P., Saitovich, D., Carvalho, D. B., Paula, F. J., et al. (30 de Junho de 2006). *Transplante Renal: complicações não-cirúrgicas*. Obtido em 12 de Dezembro de 2011, de Projeto Diretrizes: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/36-Transprenaocirurgic.pdf

Nunes, M. d., & Luz, P. C. (Julho de 1998). Transplantações: Direitos e Responsabilidades de cada um. *Enfermagem em Foco - Sindicato Enfermeiros Portugueses, Ano VIII, nº31*, pp.

18-20.

Ohler, L., et al. (September/October de 1994). Cardiac Transplantation: A Review for Critical Care Nurses. *In Journal of Intensive Care Medicine*, Vol. 9, nº5, pp. 221-226.

Ordem Enfermeiros. (OE). (11 de Março de 2010). *Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista, no momento actual: Parecer nº267/2010*. Obtido em 27 de Julho de 2010, de Conselho de Enfermagem: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE_267_2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (OE) (Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem*. p. 1-10. Obtido em 12 de Julho de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (OE) (29 de Maio de 2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. pp. 1-14. Obtido em 20 de Julho de 2011, de Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (OE) (Dezembro de 2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. pp. 1-20. Obtido em 12 de Julho de 2011. De Caderno Temático: http://www.cogitare.forumenfermagem.org/wp-content/uploads/2010/02/Caderno_Tem%C3%A1tico_MDP_SIEC_VF_08_02_2010.pdf

Ordem Enfermeiros, (OE). (16 de Setembro de 2009). *Código Deontológico*. Obtido em 18 de Dezembro de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem Enfermeiros (OE). (21 de Agosto de 1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: REPE*. pp. 3. Obtido em 23 de Maio de 2011, de 55

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

- Paz, A. C., Ribeiro, P. C., Mascarenhas, M. D., & Silva, M. V. (4 de Abril de 2011). *Caracterização dos doadores de órgãos e tecidos para transplante do estado de Piauí, de 2000 a 2009*. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de Enfermagem em Foco: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/110/92>
- Pessini, Leo; Barchifontaine, Christian de Paul. 2002. *Problemas atuais de Bioética*. 6ª Edição. São Paulo: Edições Loyla, 2002. ISBN: 85-15-00321-X.
- Philips, Kenneth D. Irmã Callista Roy (2004) Modelo de Adaptação. Em *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, 301 - 333, Loures: Lusociência - Edições Técnica e Científicas, Lda.
- Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica* (Vols. Volume I- Tomo I - 2ª edição) pp. 33-34 Lisboa: Lusodidata.
- Pinto, P. Feytor V. (Jan./Fev. 2001), *Ética e Transplantes*. Servir. Lisboa: [s.n.]. ISSN 0871-2370. Vol. 49, n.º1 p. 26 -28.
- Quintana, A. M., Weissheimer, T. K., & Hermann, C. (Jan/Março de 2011). *Atribuições de significados ao transplante renal*. pp. 23-30. Obtido em 18 de Julho de 2011, de Psico: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/6057/6295>
- Ramos, N, et al. 2009. *Multiculturalidade, Perspectivas da Enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar*. Lisboa : Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-45-5
- Rocha, L. K., Galante, N. Z., Alvarez, V. A., Areco, K. C., Noguti, M. A., Amaral, R. Q., et al. (2009). *Mutação G20210A no gene da protrombina, fator V de Leiden e anticorpos anticardiolipina não influenciam a sobrevida do enxerto renal após o transplante*. (E. E. Ltda, Ed.) pp. 278-285. Obtido em 15 de Julho de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v31n4/v31n4a06.pdf>
- Roza, B., Duarte, M. F., Luz, R., Mendes, K., & Lima, A. (2008). *Assistência de enfermagem ao paciente submetido ao Transplante Renal*. Obtido em 21 de Novembro de 2011, de

Protocolo de cuidados de enfermagem em Transplante de Órgãos:
http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/departamentos/arquivos/Assist%C3%A0ncia_de_Enfermagem_ao_pcte_Transpl_Renal.pdf

Roy, Callista, & Andrews, Heather A. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sá-Chaves, I., Araújo E Sá, H. M., & Moreira, A. (2006). *Isabel Alarcão percursos e pensamento*. Aveiro: Gráfica Maiadouro. pp. 102

Sabaté, Eduardo, ed. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Genève: World Health Organization, Obtido em 18 de Julho de 2011, de <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf>.

Sadala, Maria (2004). *Doação de Órgãos: A experiência de enfermeiras, médicos e familiares de Doadores*. pp. 22-28. 1.^a ed. São Paulo: Editora Unesp. ISBN 85-7139-517-9.

Serpa, P. (2005). *Manual de Informação para os Doentes e suas Famílias*. Lisboa: Novartis.

Sociedade Portuguesa Nefrologia, (SPN). (Dezembro de 2009). Futuro exige mais especialistas. Obtido em 13 de Janeiro de 2012, de http://www.spnephro.pt/spnews/PDF's/SPNews_n16.pdf

Sociedade Portuguesa Nefrologia, (SPN). (31 de Março de 2011). *CienciaPT - A Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Português*. Obtido em 18 de Julho de 2011, de Transplantes Renais em Portugal: Relatório Anual do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN): http://www.cienciapt.net/pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103327

Sousa, S. R., Galante, N. Z., Barbosa, D. A., & Pestana, J. O. (2 de Julho de 2010). *Incidência e fatores de risco para complicações infecciosas no primeiro ano após o transplante renal*. pp. 77-84. Obtido em 15 de Julho de 2011, de infecciosas no primeiro ano após o transplante renal

Streubert & Carpenter. *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. ISBN: 972-

8383-29-0

- Terra, F. S., & Costa, A. M. (Out/Dez de 2007). *Expectativa De Vida De Clientes Renais Crônicos Submetidos A Hemodiálise*. Obtido em Julho de 16, de <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a09.pdf>
- Terra, F. d., Costa, A. M., Figueiredo, E. T., Morais, A. M., Costa, M. D., & Costa, R. D. (2010). *As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise*. Pp. 187-192. Obtido em 15 de Abril de 2012, de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf>
- Thompson, Ian E.; Melia, Kath M.; Boyd, Kenneth M.. *Ética em Enfermagem*. 4ª Ed. Loures. Lusociência - Edições Técnica e Científicas, Lda, 2004. ISBN: 972-8383-67-3
- Transplantação, A. p. (2011). Obtido em 6 de Abril de 2012, de *Relatórios de Actividade*: <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ColheitaTransplantacao2011.pdf>
- Thomas, N., Jeffrey, C. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-85-1.
- Transdoreso. (2005). *Associação dos Pacientes Doadores e Transplantados Renais*. Obtido em 15 de Julho de 2011, de Transplante Renal: <http://www.transdoreso.org/transplantes.shtml>
- Twycross, Robert. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa : Climepsi, 2003. ISBN 972-7996-093-6
- Unidade de Hemodiálise do HMP. (2011). *Relatório Anual de Actividades do Serviço de Nefrologia do HMP*. Lisboa.
- Sorensen, & Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidata.
- Xavier, B. L., & Santos, I. (Edits.). (2 de Dezembro de 2010). pp. 1441-1449
- Wilson, P., M., Kendal S., & Brooks, F. (2007). The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health and Social Care in the Community* 15, 2007, 426-438. Obtido em 17 de Julho de 2011 <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=12&sid=6bdfc8be-d7f9-42d7-87cf-60d1749ea811%40sessionmgr15>>.

White, R. B. (July-August 2004). Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. *Nephrology Nursing Journal* , Vol. 31 N° 4, p.432-435.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA RL

References CINALH 1-64

- Esmatjes Mompó, E., & Ricart Brulles, M. (2008). [Diabetes and pancreas transplantation] [Spanish]. *Nutricion Hospitalaria*, 2364-70. Retrieved from EBSCOhost.
- Williams, A., & Manias, E. (2008). A structured literature review of pain assessment and management of patients with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 69-81. Retrieved from EBSCOhost.
- Abstracts: oral presentations. (2009). *Dynamics*, 20(2), 11-40. Retrieved from EBSCOhost.
- Noble, H. (2011). An aging renal population - is dialysis always the answer?. *British Journal of Nursing (BJN)*, 20(9), 545-547. Retrieved from EBSCOhost.
- Jayasekera, H., Pinto, N., Mundy, J., Wood, A., Beller, E., Griffin, R., & ... Shah, P. (2011). Cardiac surgery in the presence of dialysis: Effect on mid-term outcomes and quality of life. *Heart, Lung & Circulation*, 20(2), 105-110. Retrieved from EBSCOhost.
- Davison, S. (2007). Chronic kidney disease. Psychosocial impact of chronic pain. *Geriatrics*, 62(2), 17. Retrieved from EBSCOhost.
- El-Husseini, A., Sobh, M., & Ghoneim, M. (2008). Complications of pediatric live-donor kidney transplantation: a single center's experience in Egypt. *Pediatric Nephrology*, 23(11), 2067-2073. Retrieved from EBSCOhost.
- Townley, W., Carrell, T., Jenkins, M., Wolfe, J., & Cheshire, N. (2006). Critical limb ischemia in the dialysis-dependent patient: infrainguinal vein bypass is justified. *Vascular & Endovascular Surgery*, 40(5), 362-366. Retrieved from EBSCOhost.
- Ghods, A. (2009). Ethical issues and living unrelated donor kidney transplantation. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 3(4), 183-191. Retrieved from EBSCOhost.
- McEwan, P., Baboolal, K., Conway, P., & Currie, C. (2005). Evaluation of the cost-effectiveness of sirolimus versus cyclosporin for immunosuppression after renal transplantation in the United Kingdom. *Clinical Therapeutics*, 27(11), 1834-1846. Retrieved from EBSCOhost.
- Leung, S., & Shiu, A. (2007). Experience of Hong Kong patients awaiting kidney transplantation in mainland China. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 16(11c), 341-349. Retrieved from EBSCOhost.

- Crombie, A., & Franklin, P. (2006). Family issues implicit in living donation. *Mortality*, 11(2), 196-210. Retrieved from EBSCOhost.
- Petrie, J. (2009). First dialysis in Australia and Queensland experiences of renal replacement therapy. *Renal Society of Australasia Journal*, 5(2), 57-58. Retrieved from EBSCOhost.
- Canaud, B. (2007). Formaldehyde-fixed arterial allograft as a novel vascular access alternative in end-stage renal disease patients. *Kidney International*, 72(10), 1179-1181. Retrieved from EBSCOhost.
- van Dijk, M., Niesing, J., Heide, J., de Maar, E., Ploeg, R., van Son, W., & Seelen, M. (2010). Gastrointestinal symptoms in kidney transplant recipients: what about silent sufferers?. *Progress in Transplantation*, 20(1), 75-80. Retrieved from EBSCOhost.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., & Niakas, D. (2009). Gender- and age-related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 721-729. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00670.x
- Ghods, F., Solgi, G., Amirzargar, A., Nikbin, B., & Ghods, A. (2009). High frequency of clinically significant infections and cytomegalovirus disease in kidney transplant recipients with serum mannose-binding lectin deficiency. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 3(1), 28-33. Retrieved from EBSCOhost.
- de Silva, T., Post, F., Griffin, M., & Dockrell, D. (2007). HIV-1 infection and the kidney: an evolving challenge in HIV medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(9), 1103-1116. Retrieved from EBSCOhost.
- Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. (2009). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 14(Pt 1), 17-34. doi:10.1348/135910708X292355
- Williams, M. (2010). Improving outcomes for diabetic patients on dialysis-an introduction. *Seminars in Dialysis*, 23(2), 127-128. doi:10.1111/j.1525-139X.2010.00715.x
- Hays, R., & Waterman, A. (2008). Improving preemptive transplant education to increase living donation rates: reaching patients earlier in their disease adjustment process. *Progress in Transplantation*, 18(4), 251-256. Retrieved from EBSCOhost.
- Niakas, D., & Kontodimopoulos, N. (2009). Is renal transplantation the most cost-effective and preferable therapy for patients suffering from end-stage renal disease or not?... Health

- Policy. 2008 Dec;88(2-3):392-6. *Health Policy*, 89(3), 329-331. doi:10.1016/j.healthpol.2008.07.005
- Einollahi, B. (2010). Kidney transplantation in Iran. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 35(1), 1-8. Retrieved from EBSCOhost.
- Chung, S., Huang, C., Wang, S., Chueh, S., Hung, S., Tsai, Y., & Yu, H. (2010). Laparoendoscopic single-site (LESS) nephroureterectomy and en bloc resection of bladder cuff with a novel extravesical endoloop technique. *Surgical Innovation*, 17(4), 361-365. Retrieved from EBSCOhost.
- Kazemzadeh, G., Modaghegh, M., & Tavassoli, A. (2008). Laparoscopic correction of peritoneal catheter dysfunction. *Indian Journal of Surgery*, 70(5), 227-230. Retrieved from EBSCOhost.
- Farney, A., Hines, M., Al-Geizawi, S., Rogers, J., & Stratta, R. (2011). Lessons Learned from a Single Center's Experience with 134 Donation after Cardiac Death Donor Kidney Transplants. *Journal of the American College of Surgeons*, 212(4), 440-451. Retrieved from EBSCOhost.
- Morales, L., & Castillo, E. (2007). Lived experiences of adolescents in dialysis: life with multiple losses [Spanish]. *Colombia Medica*, 38(4), 44-53. Retrieved from EBSCOhost.
- Ibrahim, H., Foley, R., Tan, L., Rogers, T., Bailey, R., Guo, H., & ... Matas, A. (2009). Long-term consequences of kidney donation. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 459-469. doi:10.1056/NEJMoa0804883
- Birks, E. (2010). Myocardial recovery in patients with chronic heart failure: is it real?. *Journal of Cardiac Surgery*, 25(4), 472-477. Retrieved from EBSCOhost.
- Gahl, W., Balog, J., & Kleta, R. (2007). Nephropathic cystinosis in adults: natural history and effects of oral cysteamine therapy. *Annals of Internal Medicine*, 147(4), 242-250. Retrieved from EBSCOhost.
- Falger, J., Landolt, M., Latal, B., Ruth, E., Neuhaus, T., & Laube, G. (2008). Outcome after renal transplantation. Part II: quality of life and psychosocial adjustment. *Pediatric Nephrology*, 23(8), 1347-1354. Retrieved from EBSCOhost.
- Majid, A., Al Khalidi, L., Ahmed, B., Opelz, G., & Schaefer, F. (2010). Outcomes of kidney transplant tourism in children: a single center experience. *Pediatric Nephrology*, 25(1), 155-159. doi:10.1007/s00467-009-1303-x

- Gorgulu, N., Caliskan, Y., Yelken, B., & Turkmen, A. (2010). Outcomes of renal transplants from spousal donors: 25 years of experience at our center. *International Journal of Artificial Organs*, 33(1), 40-44. Retrieved from EBSCOhost.
- Downes, M., Mohan, P., Little, D., & Hickey, D. (2005). Pancreas transplantation in Ireland. *Surgeon (Edinburgh University Press)*, 3(1), 17-21. Retrieved from EBSCOhost.
- White, S., Shaw, J., & Sutherland, D. (2009). Pancreas transplantation. *Lancet*, 373(9677), 1808-1817. doi:10.1016/S0140-6736(09)60609-7
- Orr, A., Orr, D., Willis, S., Holmes, M., & Britton, P. (2007). Patient perceptions of factors influencing adherence to medication following kidney transplant. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 509-517. Retrieved from EBSCOhost.
- Doss, S., DePascal, P., & Hadley, K. (2011). Patient-Nurse Partnerships. *Nephrology Nursing Journal*, 38(2), 115-124. Retrieved from EBSCOhost.
- Goldstein, S., Rosburg, N., Warady, B., Seikaly, M., McDonald, R., Limbers, C., & Varni, J. (2009). Pediatric end stage renal disease health-related quality of life differs by modality: a PedsQL ESRD analysis. *Pediatric Nephrology*, 24(8), 1553-1560. doi:10.1007/s00467-009-1174-1
- Scott, K., & Hollingsworth, G. (2010). Perceptions of a multiple kidney transplant recipient: understanding a fragile life. *Nephrology Nursing Journal*, 37(2), 161-167. Retrieved from EBSCOhost.
- Liem, Y., Bosch, J., & Hunink, M. (2008). Preference-based quality of life of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value in Health (Wiley-Blackwell)*, 11(4), 733-741. Retrieved from EBSCOhost.
- Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors -- United States, 1999-2004. (2007). *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 56(8), 161-165. Retrieved from EBSCOhost.
- Banerjee, S., & Thompson-Roach, H. (2008). Professional issues. Interventional nephrology: a growing strategy for optimal patient care. *Nephrology Nursing Journal*, 35(6), 599-600. Retrieved from EBSCOhost.
- Novak, M. (2008). Psychonephrology: an emerging field. *Primary Psychiatry*, 15(1), 43-44. Retrieved from EBSCOhost.

- Buyan, N., Turkmen, M., Bilge, I., Baskin, E., Haberal, M., Bilginer, Y., & ... Dogrucan, N. (2010). Quality of life in children with chronic kidney disease (with child and parent assessments). *Pediatric Nephrology*, 25(8), 1487-1496. doi:10.1007/s00467-010-1486-1
- Riaño-Galán, I., Málaga, S., Rajmil, L., Ariceta, G., Navarro, M., Loris, C., & Vallo, A. (2009). Quality of life of adolescents with end-stage renal disease and kidney transplant. *Pediatric Nephrology*, 24(8), 1561-1568. doi:10.1007/s00467-009-1175-0
- Fine, D., Perazella, M., Lucas, G., & Atta, M. (2008). Renal Disease in Patients with HIV Infection : Epidemiology, Pathogenesis and Management. *Drugs*, 68(7), 963-980. Retrieved from EBSCOhost.
- Mann, A., Soundararajan, P., & Shroff, S. (2009). Renal transplantation in a HIV positive patient. *Indian Journal of Nephrology*, 19(3), 119-121. doi:10.4103/0971-4065.57110
- Thomas, D. (2010). Riding the emotional rollercoaster: renal transplant from a doctor's perspective. *Journal of Renal Care*, 36(3), 145-148. doi:10.1111/j.1755-6686.2010.00189.x
- McFarlane, P. (2010). Should patients remain on intensive hemodialysis rather than choosing to receive a kidney transplant?. *Seminars in Dialysis*, 23(5), 516-519. doi:10.1111/j.1525-139X.2010.00740.x
- Beto, J., & Nicholas, M. (2009). So just what can I eat? Nutritional care in patients with diabetes mellitus and chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(5), 497-504. Retrieved from EBSCOhost.
- Curtis, C., Rothstein, M., & Hong, B. (2009). Stage-specific educational interventions for patients with end-stage renal disease: psychological and psychiatric considerations. *Progress in Transplantation*, 19(1), 18-24. Retrieved from EBSCOhost.
- Komenda, P., Copland, M., Makwana, J., Djurdjev, O., Sood, M., & Levin, A. (2010). The cost of starting and maintaining a large home hemodialysis program. *Kidney International*, 77(11), 1039-1045. doi:10.1038/ki.2010.37
- Lefebvre, P., Duh, M., Mody, S., Bookhart, B., & Piech, C. (2007). The economic impact of epoetin alfa therapy on delaying time to dialysis in elderly patients with chronic kidney disease. *Disease Management*, 10(1), 37-45. Retrieved from EBSCOhost.
- Cole, E. (2008). The evolution of immunosuppressant therapy in renal transplantation. *Drugs*, 68(1), 1-2. Retrieved from EBSCOhost.

- de Mattos, M., & Maruyama, S. (2009). The family experience of a person with diabetes mellitus and in treatment of hemodialysis [Portuguese]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 971-981. Retrieved from EBSCOhost.
- Connor, A., Mortimer, F., & Higgins, R. (2011). The follow-up of renal transplant recipients by telephone consultation: three years experience from a single UK renal unit. *Clinical Medicine*, 11(3), 242-246. Retrieved from EBSCOhost.
- McFarlane, P., Bayoumi, A., Pierratos, A., & Redelmeier, D. (2006). The impact of home nocturnal hemodialysis on end-stage renal disease therapies: a decision analysis. *Kidney International*, 69(5), 798-805. Retrieved from EBSCOhost.
- Gill, J., Rose, C., Pereira, B., & Tonelli, M. (2007). The importance of transitions between dialysis and transplantation in the care of end-stage renal disease patients. *Kidney International*, 71(5), 442-447. Retrieved from EBSCOhost.
- Gill, P., & Lowes, L. (2009). The kidney transplant failure experience: a longitudinal case study. *Progress in Transplantation*, 19(2), 114-121. Retrieved from EBSCOhost.
- Stephens, E., Bolderson, I., Clark, B., Kinsey, S., Gooi, H., & Cook, G. (2006). The measurement of whole blood pre-treatment cyclosporine A: metabolite ratios predicts the onset of renal dysfunction in recipients of allogeneic stem cell transplantation. *Annals of Clinical Biochemistry*, 43(Part 5), 382-388. Retrieved from EBSCOhost.
- Cerrato, A., Avitable, M., & Hayman, L. (2008). The relationship between the sick role and functional ability: one center's experience. *Progress in Transplantation*, 18(3), 192-198. Retrieved from EBSCOhost.
- Anderson, K., Yeates, K., Cunningham, J., Devitt, J., & Cass, A. (2009). They really want to go back home, they hate it here: the importance of place in Canadian health professionals' views on the barriers facing Aboriginal patients accessing kidney transplants. *Health & Place*, 15(1), 390-393. doi:10.1016/j.healthplace.2008.03.002
- Knoll, G. (2008). Trends in kidney transplantation over the past decade. *Drugs*, 683-10. Retrieved from EBSCOhost.
- Teta, D. (2010). Weight loss in obese patients with chronic kidney disease: who and how?. *Journal of Renal Care*, 36163-171. doi:10.1111/j.1755-6686.2010.00176.x

References MEDLINE 1-76

- Jay, C., Butt, Z., Ladner, D., Skaro, A., & Abecassis, M. (2009). A review of quality of life instruments used in liver transplantation. *Journal Of Hepatology*, 51(5), 949-959. Retrieved from EBSCOhost.
- Williams, A., & Manias, E. (2008). A structured literature review of pain assessment and management of patients with chronic kidney disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(1), 69-81. Retrieved from EBSCOhost.
- Silverberg, D., Wexler, D., Iaina, A., Steinbruch, S., Wollman, Y., & Schwartz, D. (2006). Anemia, chronic renal disease and congestive heart failure--the cardio renal anemia syndrome: the need for cooperation between cardiologists and nephrologists. *International Urology And Nephrology*, 38(2), 295-310. Retrieved from EBSCOhost.
- Nissenson, A. (2009). Bottom-up nanotechnology: the human nephron filter. *Seminars In Dialysis*, 22(6), 661-664. Retrieved from EBSCOhost.
- Flechner, S., Kobashigawa, J., & Klintmalm, G. (2008). Calcineurin inhibitor-sparing regimens in solid organ transplantation: focus on improving renal function and nephrotoxicity. *Clinical Transplantation*, 22(1), 1-15. Retrieved from EBSCOhost.
- Zuckermann, A., & Aliabadi, A. (2009). Calcineurin-inhibitor minimization protocols in heart transplantation. *Transplant International: Official Journal Of The European Society For Organ Transplantation*, 22(1), 78-89. Retrieved from EBSCOhost.
- Wong, G., & Chapman, J. (2008). Cancers after renal transplantation. *Transplantation Reviews (Orlando, Fla.)*, 22(2), 141-149. Retrieved from EBSCOhost.
- Almaguer, M., Herrera, R., Alfonzo, J., Magrans, C., Mañalich, R., Martinez, A., & ... Landrove, O. (2006). Chronic kidney disease in Cuba: epidemiological studies, integral medical care, and strategies for prevention. *Renal Failure*, 28(8), 671-676. Retrieved from EBSCOhost.
- Davison, S. (2007). Chronic kidney disease: psychosocial impact of chronic pain. *Geriatrics*, 62(2), 17-23. Retrieved from EBSCOhost.
- Carson, K., Evens, A., Bennett, C., & Luminari, S. (2005). Clinical characteristics of erythropoietin-associated pure red cell aplasia. *Best Practice & Research. Clinical Haematology*, 18(3), 467-472. Retrieved from EBSCOhost.

- Berlanda, M., Di Cocco, P., Mazzotta, C., Rizza, V., D'Angelo, M., Bellini, M., & ... Orlando, G. (2008). Clinical operational tolerance after kidney transplantation: a short literature review. *Transplantation Proceedings*, 40(6), 1847-1851. Retrieved from EBSCOhost.
- Merville, P. (2005). Combating chronic renal allograft dysfunction : optimal immunosuppressive regimens. *Drugs*, 65(5), 615-631. Retrieved from EBSCOhost.
- Davidson, M. (2005). Considerations in the treatment of dyslipidemia associated with chronic kidney failure and renal transplantation. *Preventive Cardiology*, 8(4), 244-249. Retrieved from EBSCOhost.
- Laskin, B., & Goebel, J. (2010). Cost-efficient screening for BK virus in pediatric kidney transplantation: a single-center experience and review of the literature. *Pediatric Transplantation*, 14(5), 589-595. Retrieved from EBSCOhost.
- Al-Khoury, S., Afzali, B., Shah, N., Thomas, S., Gusbeth-Tatomir, P., Goldsmith, D., & Covic, A. (2007). Diabetes, kidney disease and anaemia: time to tackle a troublesome triad?. *International Journal Of Clinical Practice*, 61(2), 281-289. Retrieved from EBSCOhost.
- Novak, M., Mendelssohn, D., Shapiro, C., & Mucsi, I. (2006). Diagnosis and management of sleep apnea syndrome and restless legs syndrome in dialysis patients. *Seminars In Dialysis*, 19(3), 210-216. Retrieved from EBSCOhost.
- Zatz, R., & Romão, J. (2006). End-stage renal failure and national resources: the Brazilian experience. *Renal Failure*, 28(8), 627-629. Retrieved from EBSCOhost.
- Ghods, A. (2009). Ethical issues and living unrelated donor kidney transplantation. *Iranian Journal Of Kidney Diseases*, 3(4), 183-191. Retrieved from EBSCOhost.
- Fine, R. (2010). Etiology and treatment of growth retardation in children with chronic kidney disease and end-stage renal disease: a historical perspective. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 25(4), 725-732. Retrieved from EBSCOhost.
- Pham, P., Pham, P., Pham, P., Parikh, S., & Danovitch, G. (2010). Evaluation of adult kidney transplant candidates. *Seminars In Dialysis*, 23(6), 595-605. doi:10.1111/j.1525-139X.2010.00809.x
- Germain, D. (2010). Fabry disease. *Orphanet Journal Of Rare Diseases*, 530. Retrieved from EBSCOhost.

- Corsini, A., & Holdaas, H. (2005). Fluvastatin in the treatment of dyslipidemia associated with chronic kidney failure and renal transplantation. *Renal Failure*, 27(3), 259-273. Retrieved from EBSCOhost.
- Harambat, J., & Cochat, P. (2009). Growth after renal transplantation. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 24(7), 1297-1306. Retrieved from EBSCOhost.
- Sousa, C., Gama, M., Andrade, M., Faria, M., & Pereira, E. (2008). Haemodialysis for children under the age of two years. *Journal Of Renal Care*, 34(1), 9-13. Retrieved from EBSCOhost.
- Martin, P., & Fabrizi, F. (2008). Hepatitis C virus and kidney disease. *Journal Of Hepatology*, 49(4), 613-624. Retrieved from EBSCOhost.
- de Silva, T., Post, F., Griffin, M., & Dockrell, D. (2007). HIV-1 infection and the kidney: an evolving challenge in HIV medicine. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 82(9), 1103-1116. Retrieved from EBSCOhost.
- Carmichael, J., & Easty, M. (2010). Imaging chronic renal disease and renal transplant in children. *Pediatric Radiology*, 40(6), 963-974. Retrieved from EBSCOhost.
- Müller, D., Zimmering, M., Chan, C., McFarlane, P., Pierratos, A., & Querfeld, U. (2008). Intensified hemodialysis regimens: neglected treatment options for children and adolescents. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 23(10), 1729-1736. Retrieved from EBSCOhost.
- Faenza, S., Bernardi, E., Cuppini, F., Gatta, A., Lauro, A., Mancini, E., & ... Pinna, A. (2005). Intensive care complications in liver and multivisceral transplantation. *Transplantation Proceedings*, 37(6), 2618-2621. Retrieved from EBSCOhost.
- Dhanireddy, K., Maniscalco, J., & Kirk, A. (2005). Is tolerance induction the answer to adolescent non-adherence?. *Pediatric Transplantation*, 9(3), 357-363. Retrieved from EBSCOhost.
- van Heurn, E., & de Vries, E. (2009). Kidney transplantation and donation in children. *Pediatric Surgery International*, 25(5), 385-393. Retrieved from EBSCOhost.
- Kalb, B., Martin, D., Salman, K., Sharma, P., Votaw, J., & Larsen, C. (2008). Kidney transplantation: structural and functional evaluation using MR Nephro-Urography. *Journal Of Magnetic Resonance Imaging: JMRI*, 28(4), 805-822. Retrieved from EBSCOhost.

- Muehrer, R., & Becker, B. (2005). Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Seminars In Dialysis*, 18(2), 124-131. Retrieved from EBSCOhost.
- Dols, L., Kok, N., & Ijzermans, J. (2010). Live donor nephrectomy: a review of evidence for surgical techniques. *Transplant International: Official Journal Of The European Society For Organ Transplantation*, 23(2), 121-130. Retrieved from EBSCOhost.
- Sahney, S., & Chinnock, R. (2006). Management of infants and young children with combined heart and kidney failure. *Pediatric Transplantation*, 10(4), 408-412. Retrieved from EBSCOhost.
- Webster, A., Wong, G., Craig, J., & Chapman, J. (2008). Managing cancer risk and decision making after kidney transplantation. *American Journal Of Transplantation: Official Journal Of The American Society Of Transplantation And The American Society Of Transplant Surgeons*, 8(11), 2185-2191. Retrieved from EBSCOhost.
- White, C., Knoll, G., & Poggio, E. (2010). Measuring vs estimating glomerular filtration rate in kidney transplantation. *Transplantation Reviews (Orlando, Fla.)*, 24(1), 18-27. Retrieved from EBSCOhost.
- Birks, E. (2010). Myocardial recovery in patients with chronic heart failure: is it real?. *Journal Of Cardiac Surgery*, 25(4), 472-477. Retrieved from EBSCOhost.
- Knopp, E., & Cowper, S. (2008). Nephrogenic systemic fibrosis: early recognition and treatment. *Seminars In Dialysis*, 21(2), 123-128. Retrieved from EBSCOhost.
- Gerson, A., Butler, R., Moxey-Mims, M., Wentz, A., Shinnar, S., Lande, M., & ... Hooper, S. (2006). Neurocognitive outcomes in children with chronic kidney disease: Current findings and contemporary endeavors. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(3), 208-215. Retrieved from EBSCOhost.
- Krishnan, A., Pussell, B., & Kiernan, M. (2009). Neuromuscular disease in the dialysis patient: an update for the nephrologist. *Seminars In Dialysis*, 22(3), 267-278. Retrieved from EBSCOhost.
- Stallone, G., Infante, B., & Gesualdo, L. (2010). Older donors and older recipients in kidney transplantation. *Journal Of Nephrology*, 23 Suppl 15S98-S103. Retrieved from EBSCOhost.
- White, S., Shaw, J., & Sutherland, D. (2009). Pancreas transplantation. *Lancet*, 373(9677), 1808-1817. Retrieved from EBSCOhost.

- Veltman, Y., Shields, J., Ciancio, G., & Bird, V. (2010). Percutaneous nephrolithotomy and cystolitholapaxy for a "forgotten" stent in a transplant kidney: case report and literature review. *Clinical Transplantation*, 24(1), 112-117. Retrieved from EBSCOhost.
- Josephson, M., Williams, J., Chandraker, A., & Randhawa, P. (2006). Polyomavirus-associated nephropathy: update on antiviral strategies. *Transplant Infectious Disease: An Official Journal Of The Transplantation Society*, 8(2), 95-101. Retrieved from EBSCOhost.
- Liem, Y., Bosch, J., & Hunink, M. (2008). Preference-based quality of life of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value In Health: The Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research*, 11(4), 733-741. Retrieved from EBSCOhost.
- Landreneau, K., Lee, K., & Landreneau, M. (2010). Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation--a meta-analytic review. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 37(1), 37-44. Retrieved from EBSCOhost.
- Malek, S., Keys, B., Kumar, S., Milford, E., & Tullius, S. (2011). Racial and ethnic disparities in kidney transplantation. *Transplant International: Official Journal Of The European Society For Organ Transplantation*, 24(5), 419-424. doi:10.1111/j.1432-2277.2010.01205.x
- Fine, D., Perazella, M., Lucas, G., & Atta, M. (2008). Renal disease in patients with HIV infection: epidemiology, pathogenesis and management. *Drugs*, 68(7), 963-980. Retrieved from EBSCOhost.
- Soulsby, N., Greville, H., Coulthard, K., & Doecke, C. (2009). Renal dysfunction in cystic fibrosis: is there cause for concern?. *Pediatric Pulmonology*, 44(10), 947-953. Retrieved from EBSCOhost.
- Robertson, A., & Noble, H. (2007). Renal nursing and the Human Tissue Act 2004. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 16(12), 750-755. Retrieved from EBSCOhost.
- Bittar, J., Arenas, P., Chiurciu, C., de la Fuente, J., de Arteaga, J., Douthat, W., & Massari, P. (2009). Renal transplantation in high cardiovascular risk patients. *Transplantation Reviews (Orlando, Fla.)*, 23(4), 224-234. Retrieved from EBSCOhost.

- Hong, D., Wong, C., & Gutierrez, K. (2007). Severe cryptosporidiosis in a seven-year-old renal transplant recipient: case report and review of the literature. *Pediatric Transplantation*, 11(1), 94-100. Retrieved from EBSCOhost.
- Lessan-Pezeshki, M., & Ghazizadeh, S. (2008). Sexual and reproductive function in end-stage renal disease and effect of kidney transplantation. *Asian Journal Of Andrology*, 10(3), 441-446. Retrieved from EBSCOhost.
- Muehrer, R. (2009). Sexuality, an important component of the quality of life of the kidney transplant recipient. *Transplantation Reviews (Orlando, Fla.)*, 23(4), 214-223. Retrieved from EBSCOhost.
- McFarlane, P. (2010). Should patients remain on intensive hemodialysis rather than choosing to receive a kidney transplant?. *Seminars In Dialysis*, 23(5), 516-519. doi:10.1111/j.1525-139X.2010.00740.x
- Shrestha, B. (2006). Simultaneous pancreas and kidney transplantation for end-stage renal failure secondary to diabetic nephropathy : principles and practice. *JNMA; Journal Of The Nepal Medical Association*, 45(163), 323-330. Retrieved from EBSCOhost.
- Mavanur, M., Sanders, M., & Unruh, M. (2010). Sleep disordered breathing in patients with chronic kidney disease. *The Indian Journal Of Medical Research*, 131277-284. Retrieved from EBSCOhost.
- Perl, J., Unruh, M., & Chan, C. (2006). Sleep disorders in end-stage renal disease: 'Markers of inadequate dialysis'?. *Kidney International*, 70(10), 1687-1693. Retrieved from EBSCOhost.
- Gusbeth-Tatomir, P., Boisteanu, D., Seica, A., Buga, C., & Covic, A. (2007). Sleep disorders: a systematic review of an emerging major clinical issue in renal patients. *International Urology And Nephrology*, 39(4), 1217-1226. Retrieved from EBSCOhost.
- Shayamsunder, A., Patel, S., Jain, V., Peterson, R., & Kimmel, P. (2005). Sleepiness, sleeplessness, and pain in end-stage renal disease: distressing symptoms for patients. *Seminars In Dialysis*, 18(2), 109-118. Retrieved from EBSCOhost.
- van der Mei, S., Krol, B., van Son, W., de Jong, P., Groothoff, J., & van den Heuvel, W. (2006). Social participation and employment status after kidney transplantation: a systematic review. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 15(6), 979-994. Retrieved from EBSCOhost.

- Curtis, C., Rothstein, M., & Hong, B. (2009). Stage-specific educational interventions for patients with end-stage renal disease: psychological and psychiatric considerations. *Progress In Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 19(1), 18-24. Retrieved from EBSCOhost.
- Perico, N., Plata, R., Anabaya, A., Codreanu, I., Schieppati, A., Ruggenenti, P., & Remuzzi, G. (2005). Strategies for national health care systems in emerging countries: the case of screening and prevention of renal disease progression in Bolivia. *Kidney International. Supplement*, (97), S87-S94. Retrieved from EBSCOhost.
- Perico, N., Codreanu, I., Schieppati, A., & Remuzzi, G. (2005). The future of renoprotection. *Kidney International. Supplement*, (97), S95-S101. Retrieved from EBSCOhost.
- Ronco, C., Davenport, A., & Gura, V. (2011). The future of the artificial kidney: moving towards wearable and miniaturized devices. *Nefrología: Publicación Oficial De La Sociedad Española Nefrología*, 31(1), 9-16. doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Nov.10758
- McFarlane, P., Bayoumi, A., Pierratos, A., & Redelmeier, D. (2006). The impact of home nocturnal hemodialysis on end-stage renal disease therapies: a decision analysis. *Kidney International*, 69(5), 798-805. Retrieved from EBSCOhost.
- Meier-Kriesche, H., & Schold, J. (2005). The impact of pretransplant dialysis on outcomes in renal transplantation. *Seminars In Dialysis*, 18(6), 499-504. Retrieved from EBSCOhost.
- Langone, A., & Chuang, P. (2005). The management of the failed renal allograft: an enigma with potential consequences. *Seminars In Dialysis*, 18(3), 185-187. Retrieved from EBSCOhost.
- Walker, P. (2009). The renal biopsy. *Archives Of Pathology & Laboratory Medicine*, 133(2), 181-188. Retrieved from EBSCOhost.
- Mannon, R. (2008). Therapeutic management of posttransplant diabetes mellitus. *Transplantation Reviews (Orlando, Fla.)*, 22(2), 116-124. Retrieved from EBSCOhost.
- Fabrizi, F., Messa, P., Dixit, V., & Martin, P. (2010). Therapy with nucleos(t)ide analogues: current role in dialysis patients. *The International Journal Of Artificial Organs*, 33(6), 329-338. Retrieved from EBSCOhost.
- Ehlers, S., Rodrigue, J., Patton, P., Lloyd-Turner, J., Kaplan, B., & Howard, R. (2006). Treating tobacco use and dependence in kidney transplant recipients: development and

- implementation of a program. *Progress In Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 16(1), 33-37. Retrieved from EBSCOhost.
- Knoll, G. (2008). Trends in kidney transplantation over the past decade. *Drugs*, 68 Suppl 13-10. Retrieved from EBSCOhost.
- Locatelli, F., & Becker, H. (2009). Update on anemia management in nephrology, including current guidelines on the use of erythropoiesis-stimulating agents and implications of the introduction of "biosimilars". *The Oncologist*, 14 Suppl 116-21. Retrieved from EBSCOhost.
- Teta, D. (2010). Weight loss in obese patients with chronic kidney disease: who and how?. *Journal Of Renal Care*, 36 Suppl 1163-171. Retrieved from EBSCOhost.

APENDICE A

CRITÉRIOS GERAIS PARA TRANSPLANTAÇÃO RENAL

A Transplantação Renal como método elegido para o tratamento da Insuficiência Renal Crónica é regulado pelo Despacho nº 10 507/2000, do DR, 2ª Série, Nº66 (DR, 2007). Este despacho preconiza:

1. Os candidatos a Transplantação Renal podem efectuar a inscrição simultânea em duas unidades de transplantação, devendo indicar a unidade pela qual têm preferência;
2. A cada candidato é atribuído um grau de urgência clínica, actualizado pelo médico da consulta pré-transplante das unidades em que o candidato está inscrito;
3. No caso de haver divergência nos graus de urgência indicados pelas duas unidades, será considerado o de maior urgência;
4. Existem dois graus de urgência activa: muita urgência (SU) e urgência (U). Considera-se em SU o doente em insuficiência renal crónica terminal, sem possibilidade de construção de acesso vascular definitivo e no qual a diálise peritoneal não é possível;
5. O doente poderá clinicamente ser considerado em contra-indicação temporária (CT) numa unidade das unidades em que se encontra inscrito. Nessa situação, compete aos centros de histocompatibilidade informar a outra unidade. O doente em contra-indicação definitiva (CD) em duas unidades de inscrição deverá ser retirado da lista de espera.

São estabelecidos como critérios de exclusão, tendo em conta a prevenção de doenças transmissíveis, a presença no dador de:

1. Septicemia incontrolada ou de origem desconhecida;
2. Comportamento de risco para doenças infecto-contagiosas;
3. Anticorpos anti-HIV e ou HTLV positivos;
4. Marcadores da hepatite B: HBsAg positivos; HbcAc IgG positivos, (IgM negativo) isolado, para doentes negativos para HBV ou doentes com Hbs Ac < 10 UI;
5. Marcadores da hepatite C: anticorpos anti-HCV positivos. Contudo foi implementada uma Circular Normativa do Ministério da Saúde de 2011, que prevê critério absoluto de exclusão a presença no dador de Hepatite C, com Anticorpos anti-HCV positivos, para doentes negativos. Os rins provenientes de dadores HCV positivos podem apenas ser transplantados

em receptores VHC positivos. (Ministério da Saúde, Circular Normativa nº 2, 2011)

Para cada candidato, a transplantação só é considerada se existirem cumulativamente com o dador:

1. Compatibilidade no sistema ABO;
2. A distribuição dentro do sistema ABO deverá ser prioritariamente isogrupal, excepto para crianças ou doentes com grau de urgência, sensibilização superior a 80%;
3. A compatibilidade no sistema Rh é considerada no caso de haver imunização conhecida para antigénios deste sistema;
4. *Crossmatch* antilinfocitário negativo por citotoxicidade com o último soro.

Todo o processo de distribuição de rins deverá ser realizado de forma que a unidade de inscrição do doente a quem é oferecido um órgão decida da sua aceitabilidade no prazo máximo de uma hora.

Assim, toda a pessoa com Doença Renal Crónica a ser submetida a TR deve preencher também os seguintes requisitos: suportar a cirurgia, com uma duração entre 4 a 6 horas, não ter lesões em outros órgãos que impeçam o transplante, como cirrose, cancro ou vítima de aneurisma vascular cerebral (AVC); não sofrer de infecções urinárias, dentárias, tuberculose ou fungos; não ter problemas imunológicos. (Transdoreso, 2005)

A Lei nº 12/93, de 22 de Abril, apenas previa a doação de órgãos entre familiares até ao 3º grau. A Lei nº 22/2007 de 29 de Junho permite que qualquer pessoa, como conjugues ou amigos, seja dador de órgãos em vida, independentemente de haver relação de consanguinidade. (S.P.N., 2009)

Para a inclusão de um par dador-receptor no Plano Nacional Doação Renal Cruzada (PNDR) (DR, 1.ª Série, N.º 163, Portaria n.º 802/2010; Ministério da Saúde, Circular Normativa nº 1, 2011) são estabelecidos como critérios:

1. De grupo sanguíneo e/ou prova cruzada positiva por toxicidade dependente do complemento e por citometria de fluxo;

Como critérios de exclusão:

1. Contra-indicação para o transplante com dador vivo;
2. Ausência de consentimento informado por escrito para doação renal cruzada, assinado por ambos os membros do par a incluir no programa.

A selecção de pares para o cruzamento é efectuada duas vezes por ano, ou sempre que necessário.

A selecção de pares para o cruzamento é feita pelo Comité de Peritos, de acordo com o Artigo 7º da Portaria 802/2010 de 23 Agosto, e deve obedecer aos seguintes critérios:

1. Compatibilidade de grupo Sanguíneo;
2. Critérios Imunológicos (a) sensibilização conhecida para antígenos do dador).

APENDICE B

CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL C

O Hospital em questão é uma instituição pública de saúde, especialmente vocacionada e reconhecida pelo tratamento de doentes com patologias graves dos foros cardíaco e renal. (Anónimo, CHLO).

Este hospital foi construído nas instalações de uma clínica privada, criada nos anos 60, e que foi desactivada na sequência do 25 Abril de 1974. Por sua vez iniciou a sua atividade a 23 de Abril de 1980. A sua construção esteve na origem, da necessidade que se fazia sentir na época, de procedimentos altamente diferenciados na área da cardiologia e da nefrologia.

Este hospital, em 29 de Dezembro de 2005, integrou o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E.. Assim, segundo o Manual de acolhimento dos enfermeiros, o CHLO tem como principal objectivo:

“...servir o doente, proporcionando-lhe, através de uma equipa dotada dos mais elevados níveis de conhecimento técnico-científico e da utilização de tecnologia moderna e adequada, a prestação de cuidados de saúde de qualidade, com vista ao seu bem estar físico e psicológico”.

A sua missão pauta-se pela *“...excelência na prestação de cuidados de saúde, através da qualidade dos serviços e qualificação crescente e contínua dos recursos humanos existentes, promovendo uma cultura de responsabilidade sem, no entanto, descurar a humanização na prestação dos cuidados de saúde e o constante respeito pela dignidade individual dos doentes...”* (Anónimo, (s.d). CHLO, pp. 1, 2).

Entre outros procedimentos este hospital foi pioneiro na realização da primeira angioplastia coronária (1984) e do primeiro transplante cardíaco (1986) em Portugal. Na área da transplantação renal também tem sido pioneiro na história do primeiro transplante em 1985 e mais recentemente, no transplante renal com dador vivo (Anónimo, (s.d) CHLO)

O CHLO presta cuidados de saúde diferenciados a uma população de cerca de 950 mil habitantes. Abrange os conselhos de Oeiras, Cascais, Amadora e Sintra; as freguesias de S. Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável do concelho de Lisboa.

APENDICE C

CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL M

O embrião do atual Serviço nasceu em 1977, com a Unidade de hemodialise, uma das primeiras existentes no país. Iniciou funções a dois de Julho de 1979. Tem como objetivo prestar assistência à Doença Renal dos Militares e Familiares dos três Ramos das Forças Armadas e Forças de Segurança (Gusmão, Galvão, & Possante, s.d.).

Segundo o Relatório Anual de Atividades do Serviço de Nefrologia do referido hospital, aprovado em Assembleia Geral a 27 Maio de 2011, (Unidade de Hemodiálise, 2011) o quadro pessoal é composto por: três Médicos Nefrologistas, três Médicos Residentes à Unidade de Hemodiálise, sete Enfermeiros, um Assistente Social, um Dietista/Nutricionista, três Funcionários de Serviços Gerais, um Funcionário Administrativo.

APENDICE D

GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE O TRANSPLANTE

–Para uma Melhor Qualidade De Vida–

1. O que é um Transplante Renal?

É um acto cirúrgico, que à mercê da Lei 12/93, veio regulamentar a retirada de órgãos, ou tecidos de origem humana, quer se trate de pessoas vivas (dador vivo) ou falecidas (dador cadáver).

2. De quem pode receber um rim?

I. **Dador vivo:** necessita de um dador familiar até 3º grau, ou conjugues compatíveis. Permite que a cirurgia possa ser programada com antecedência.

II. **Doação Cruzada:** um familiar não compatível pode propor-se a dar um rim a uma pessoa desconhecida e outra pessoa desconhecida dar-lhe um rim a si.

III. **Dador cadáver:** deve estar inscrito na Lusotransplante, através do Centro de Diálise e em dois hospitais para o transplante. Sempre que aparece um rim, as suas características são disponibilizadas num programa informático que selecciona da lista de espera o receptor mais compatível. Assim a qualquer momento pode ser chamado do hospital onde se encontra inscrito, a convoca-lo para o transplante.

3. Para saber se pode ser transplantado que exames poderá ter que fazer?

IV. Análises ao sangue e urina;

V. Electrocardiograma;

VI. Rx Tórax;

VII. Eco abdominal;

VIII. Renograma;

IX. Cintigrafia Renal;

X. AngioTac

4. Caso se trate de transplante de dador cadáver, quando chegar ao hospital deverá:

I. Estar em jejum;

- II. Fazer análises ao sangue e urina;
- III. Fazer diálise em caso de necessidade;
- IV. Será questionado pelos vários profissionais de saúde;
- V. Fará um electrocardiograma e um Rx Tórax;
- VI. Ser-lhe-ão administrados certos medicamentos.

5. A cirurgia do transplante...

- I. Poderá durar de 3 a 6 horas sob anestesia geral;
- II. O cirurgião faz uma incisão de cerca de 12 cm num dos lados da região inferior do abdómen;
- III. O novo rim é ligado a uma artéria e veia na zona da virilha e o uréter à bexiga. Assim que o rim receber sangue começa logo a produzir urina.
- IV. Normalmente não é necessário retirar os seus rins nativos.

6. Quando acordar...

- I. Vai ter uma sonda no nariz;
- II. Vai estar algaliado;
- III. Vai ter drenos (tubinhos inseridos na ferida operatória, para drenar o excesso de líquidos e sangue);
- IV. Poderá sentir algumas dores (fale com o enfermeiro);
- V. Poderá levantar-se após 1 ou 2 dias;
- VI. Se tudo correr bem, o internamento poderá durar 1 a 2 semanas.

7. Antes de ter alta...

I. A equipa de transplantação explicar-lhe-á todos os cuidados a ter:

- a. Com a **medicação** (imunossuppressores) a tomar para toda a vida;
- b. Com a **alimentação**;
- c. Com a **pele** (risco de cancro da pele);
- d. E outros.

II. Esteja atento aos sinais de rejeição do rim:

- e. Aumento de peso superior a 1 - 1,5kg em 24 horas;
- f. Urina escura;

- g. Pouca ou nenhuma urina;
- h. Estado de fraqueza geral;
- i. Temperatura igual ou superior a 38°, mesmo que depois a febre desapareça;
- j. Dor no rim transplantado;
- k. Entre outros.

III. O que é a rejeição do rim?

É uma resposta imunitária onde o órgão estranho ao organismo (rim transplantado) é atacado pelas defesas (anticorpos) do nosso sistema imunitário. Para evitar esta rejeição torna-se necessário tomar medicação para toda a vida (Imunossupressores).

8. Depois da alta...

I. Será acompanhado pela equipa médica e de enfermagem na consulta externa de transplantação;

II. Sempre que for à consulta deverá:

- a. Ir em jejum;
- b. Levar uma amostra da urina das 24 h;
- c. Levar os medicamentos para tomar no dia da consulta;
- d. Levar a lista de medicamentos para pedir ao médico;
- e. Levar um lanche.

APÓS O TRANSPLANTE...

9. No 1º mês não deverá sair de casa, excepto para ir às consultas;

10. Os primeiros 3 meses são o período de maior risco de ocorrência de um episódio de rejeição, pelo que os cuidados devem ser redobrados durante este período de tempo;

11. Até aos 3 meses deve:

- I. Usar máscara sempre que sai de casa;
- II. Não andar em locais públicos fechados;
- III. Não deve ter animais em casa;
- IV. Não deve estar em contacto com ninguém doente ou constipado;
- V. Evite aglomerado de pessoas em casa.

12. Depois dos 3 meses...

- I. Em concordância com a equipa de transplantação considere:
 - a. Regressar ao seu trabalho;
 - b. Retomar a condução do seu automóvel e as viagens.

13. Depois dos 6 meses...

- I. Deve fazer check-ups periódicos de saúde:
 - a. Exame oftalmológico
 - b. Exame dermatológico para detecção do cancro da pele
 - c. Vacinação contra a gripe e outras vacinas
 - d. Exame à próstata (homens)
 - e. Mamografia e papanicolau (mulheres)
 - f. Exame oral e dentário
 - g. Evite multidões nos primeiros 6 meses;
 - h. Evite contacto com o solo nos primeiros 6 meses.

14. Após 1 ano de transplante...

- I. Pode retomar à sua vida normal;
- II. Mantenha os bons hábitos
- III. Tome a medicação a horas
- IV. Vigie o seu rim

IMPORTANTE:

I. Nunca falte às consultas

- 1. Organize-se, faça um calendário com a data das consultas;
- 2. Registe as suas dúvidas em papel para quando for a consulta não se esquecer.

II. Beba água entre as refeições (3 litros no total de líquidos)

- 1. Controle diariamente os líquidos entrados e eliminados.

III. Esteja atento a sinais e sintomas de rejeição

IV. Registe diariamente o peso, temperatura e a tensão arterial

V. Tome sempre a medicação anti-rejeição

- 1. Utilize o alarme do telemóvel para não se esquecer;

2. Tenha sempre stock em casa;
3. Prepare a lista do que lhe faz falta antes de ir para a consulta;
4. Prepare antecipadamente, uma caixa própria para medicamento, que contenha a quantidade necessária para uma semana de tratamento;
5. Tenha a medicação diária numa embalagem própria para que a possa transportar consigo para todo o lado (mantendo o invólucro de origem);
6. Quando viajar leve consigo medicação extra e informe a equipa de transplante.

VI. Cuidados com a pele:

1. Proteja-se do sol por causa do risco de cancro da pele.

VII. Cuidados com a higiene:

1. Lave frequentemente as mãos com água e sabão;
2. Tome duche diário;
3. Sempre que possível evite beijos nos lábios e apertos de mão;
4. Pratique sexo seguro;
5. Não partilhe os seus objectos pessoais.

VIII. Cuidados com a alimentação:

1. Tenha uma alimentação saudável para não engordar;
2. Não salte refeições;
3. Evite açúcar e gorduras, prefira os cozidos e grelhados;
4. Reduza o consumo do sal;
5. Pode comer toda a fruta bem lavada e descascada, excepto morangos;
6. Prefira comer fruta fresca em vez de beber sumos, uma vez que estes contêm menos fibra e mais açúcar;
7. Opte por carnes magras;
8. Opte por comer pão escuro, tem mais fibra;
9. Coma devagar, saboreie os alimentos.

IX. Faça exercício físico

1. Moderado no 1º mês por causa da ferida operatória;
2. Opte por 30 minutos de caminhada por dia.

X. Sempre que tiver dúvidas contacte o Hospital

1. Dias úteis, das 9 as 16 contacte a consulta externa de transplante;

2. Fora do horário anteriormente descrito, fins-de-semana e feriados contacte o piso 2 (serviço de nefrologia);
3. Sempre que for a outras consultas deverá informar a equipa de transplantação;
4. Sempre que em caso de urgência for assistido noutra hospital deverá informar o médico assistente de que é transplantado e posteriormente, antes de tomar qualquer medicamento deverá informar a equipa de transplantação;
5. Se tem ou pensa ter um animal de estimação consulte a equipa de transplantação;
6. Antes de tomar outros medicamentos, incluindo vitaminas ou produtos naturais contacte a equipa transplantação.

APENDICE E

ESTUDO DE CASO DE TRANSPLANTE DE UM DADOR VIVO

Recetor de 51 anos de idade, natural e residente no Funchal. Casado, tem um filho a estudar em Lisboa. IRC desde a ano 2000 por doença hereditária (rins poliquísticos). Iniciou hemodiálise em Julho de 2010 por FAV, três vezes por semana. Refere que passa bem as sessões de diálise, mas o início foi muito doloroso. Contudo anseia ser transplantado “*pelos condicionalismos que a máquina lhe causa*”. Desempenha funções de jardinagem e tenciona retomar a tempo inteiro as suas funções. Em contrapartida o irmão, de 45 anos, desempregado, solteiro, vizinho do irmão (recetor), vive com a namorada, que o sustenta. Aparentemente poucos recursos cognitivos e pouco comunicativo.

APENDICE F

ESTUDO DE CASO DE INSUCESSO DO TRANSPLANTE (PERDA DO ENXERTO)

Senhora de 37 anos de idade; IRC desde Junho 2008, por doença poliquística que se tem vindo a agravar nos últimos 14 anos. A fazer diálise por PTFE aguardava Transplante Renal de dador cadáver. No dia 11 de Setembro 2011, por volta das 2h da madrugada foi contactada para estar no hospital as 9h a fim de ser transplantada. Naquele momento ela referiu uma ambivalência de sentimentos: “...*choro e alegria ao mesmo tempo, medo por causa da cirurgia*”. Já no hospital, na admissão referiu sentir “...*muita preocupação, pois era muita informação junta*”. Quando acordou, referiu “...*pânico, pela sonda nasogástrica (SNG) que tinha no nariz*...”, contudo “bafejou” de alívio a expressão “...*estou viva*...”. O seu internamento prolongou-se por complicações não cirúrgicas (hipertensão pulmonar). Na sequência do nosso diálogo e, com o olhar posto no chão, disse: “...*com tanta complicação preferia continuar com a diálise*...”. Teve alta no dia 10 de Outubro. No dia 14 de Outubro veio à 1ª consulta após a alta, fez as rotinas habituais mandatórias (análises em jejum e urina das 24 horas), as quais detetaram valores de creatínina superiores a cinco. De imediato fez exames, os quais detetaram aneurisma da artéria renal. Foi submetida a nefrectomia do rim transplantado e para agravar, dado o seu estado imunodeprimido desenvolveu uma infeção respiratória. À data de 5 de Janeiro de 2012 ainda se encontrava internada (...).

APENDICE G

ESTUDO DE CASO DO INSUCESSO DO TRANSPLANTE (NÃO SUCEDIDO)

Foi durante a noite que o Sr. foi contatado pelo Nefrologista, dando-lhe a informação que tinha um rim compatível. Às 8h já estava no serviço. Uma sala repleta de profissionais de saúde à sua volta, não pouparam esforços para atizar a urgência em realizar os exames pré-operatórios, já que se suspeitava que teria que realizar diálise pré operatória, visto a última sessão ter sido há 2 dias. Poucos minutos passavam das 9h quando vejo a Sr^a Auxiliar com a pessoa em causa numa cadeira de rodas, vindo da cardiologia, onde tinha ido para fazer um ECG. Recordo-me que ela estava muito ansiosa e só dizia: “...enfermeiras, enfermeiras... a cardiologia mandou o Sr. para cima porque ele não se está a sentir bem...”. Colaborei com a enfermeira na sua monitorização; enquanto ela contactava o médico assistente, procurei tranquiliza-lo. A pessoa em causa só dizia “...mas porque ninguém me diz nada, pareço um boneco...eu preciso de saber o que me andam a fazer...não é mandarem-me ir para aqui e para “acoli” e não me dizem nada...”. Neste episódio de extrema ansiedade desencadeada, por aparente desconhecimento das rotinas, foi-nos dada a indicação via telefone para lhe dar um “diazepan” bebível com água, mas sem sucesso no seu efeito pretendido. Com taquicardia na ordem dos 200 BPM, foi contactada também a médica cardiologista. Na presença da cardiologista e por sua indicação, enquanto a enfermeira colocava as pás do desfibrilhador, eu canalizei um acesso venoso para eventual necessidade de administração de drogas. Facto é que a pessoa foi sedada, desfibrilhada e foram administradas drogas. Passado algum tempo a pessoa acordou. Não passou de um pesadelo, pois o rim foi devolvido e houve cirurgia.

APENDICE H

ESTUDO DE CASO SOBRE A ESPERA DE UM TRANSPLANTE RENAL, APÓS REJEIÇÃO DO PRIMEIRO ENXERTO

Este caso retrata a história de vida de um Sr. de 49 anos, casado, que aguarda o segundo transplante, por rejeição aguda do primeiro enxerto. Os seus conhecimentos na área eram muitos e a necessidade de partilhar as suas emoções e sentimentos também. Através de conversas informais com o próprio, aos 43 dias Pós-Transplante sofreu a primeira rejeição aguda, confirmada com elevação dos valores de creatinina e com biopsia do enxerto. Fez corticoterapia, que reverteu. Sete anos mais tarde houve rejeição do enxerto por fibrose, toxicidade pela ciclosporinaa e depósitos de IgA nos glomérulos, levando-o a iniciar diálise. Só um ano mais tarde é que foi submetido a nefrectomia do enxerto. Pelas suas palavras foram descritos sentimentos de enorme tristeza e de angústia, por se caracterizar como uma pessoa cuidada e zelosa com a saúde. Contudo afirma que não perdeu a esperança para um segundo transplante com sucesso.

APENDICE I

DESCRITORES DA REVISAO DA LITERATURA

Search History CINALH 1-64

ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S14	S10 and S11 and S12	Limiters - Full Text; Published Date from: 20050101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	64
S13	S10 and S11 and S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	230
S12	S7 or S8 or S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	31548
S11	S4 or S5 or S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	223877
S10	S1 or S2 or S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	21754

			Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	369
S9	Kidney Failure, Chronic surgery	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	31516
S8	Transplantation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	4790
S7	Kidney Transplantation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	55099
S6	Quality of Life	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	151982
S5	experienc*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	35687
S4	emotion*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	15137
S3	Kidney Failure	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	

			Advanced Search	
			Database - CINAHL	
			Plus with Full Text	
			Interface - EBSCOhost	
			Search Screen -	
			Advanced Search	
			Database - CINAHL	
S2	Kidney Diseases	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text	7307
			Interface - EBSCOhost	
			Search Screen -	
			Advanced Search	
			Database - CINAHL	
S1	Kidney Failure, Chronic	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text	9859

Search History MEDLINE 1-76

Search				
ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S18	S10 and S11 and S12	Limiters - Full Text; Date of Publication from: 20050101-20111231; English Language; Review Articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	76
S17	S10 and S11 and S12	Limiters - Full Text; Date of Publication from: 20050101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	450
S16	S10 and S11 and S12	Limiters - Date of Publication from: 20050101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	897
S15	S10 and S11 and S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	2212
S14	S10 and S11 and S12	Limiters - Full Text; Published Date from: 20050101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	64
S13	S10 and S11 and S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search	230

			Database - CINAHL Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	
S12	S7 or S8 or S9	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	31548
S11	S4 or S5 or S6	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	223877
S10	S1 or S2 or S3	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	21754
S9	Kidney Failure, Chronic surgery	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	369
S8	Transplantation	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	31516
S7	Kidney Transplantation	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text	4790

			Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	
S6	Quality of Life	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	55099
S5	experienc*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	151982
S4	emotion*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	35687
S3	Kidney Failure	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	15137
S2	Kidney Diseases	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	7307
S1	Kidney Failure, Chronic	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	9859

APENDICE J

RESUMO DOS ARTIGOS DA REVISÃO DA LITERATURA

Os 9 (nove) artigos selecionados foram resumidos em tabela, contendo:

- Referência bibliográfica
- Tipo de estudo
- Nível de evidência
- Participantes
- Objetivo do estudo
- Intervenções estudadas
- Principais resultados

Artigo 1

Autor: Muehrer et al Ano: 2005 Título do estudo: Live after Transplantation: New transitions in Quality of Life and Psychological Distress Publicação: Seminars in Dialysis	Tipo de estudo: Meta análise e revisões sistemáticas. Métodos de colheita de dados: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, SF-36, SF-12, Kidney Transplant Questionnaire, End-Stage Renal Disease Symptom Checklist, Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation. Psychosocial Levels System, Transplant Evaluation Rating Scale, Beck Depression Inventory, Symptom Checklist, Brief Symptom Inventory, Minnesota Multiphase Personality Inventory	Participantes: população em geral (sobreviventes a longo prazo com mais de 10 anos de função de enxerto), que se traduzem em mais de 14000 recetores de Transplante Renal
Objetivos do estudo: Avaliar se efetivamente o Transplante Renal contribui para que os seus recetores voltem à normalidade das suas vidas. Intervenções: Através do uso de ferramentas e instrumentos, analisar a QV pós transplante, para identificar se o objetivo foi atingido. Resultados: A análise da QV é uma peça fundamental no processo do transplante, fornecendo aos profissionais de saúde informações importantes sobre o impacto físico e psicossocial do Transplante Renal. O seu sucesso está associado ao bem-estar físico, emocional e social. Os estudos revelam que o Transplante Renal contribui em 100% para a melhoria da QV no geral: 85% diz respeito à melhoria nos domínios da saúde mental, 78% nos domínios físico e funcional e 63% no domínio social. As questões psicológicas são o domínio da QV que merecem mais atenção depois do Transplante		

Renal.

O consenso geral é que o Transplante Renal melhora significativamente a QV. Contudo existem fatores que a podem afetar. Para tal é necessário intervir na redução dos efeitos adversos do pós-transplante, na retoma do emprego, apoio social e na abordagem da imagem corporal e sexual.

As emoções e os sintomas que afetam o psicológico depois do transplante renal são: ansiedade causada pela preocupação permanente de uma possibilidade de perda do enxerto, depressão associada à não adesão ao tratamento médico, ou seja, quanto maior é a depressão, menor é a adesão ao tratamento, angústia causada pela obrigação da adesão ao tratamento médico, culpa associada a potencial dor do dador e suas consequências. O luto e a tristeza foram as emoções associadas com a rejeição.

Os estudos revelam que o stress psicológico está relacionado com a adesão ao tratamento e a uma série de outros fatores que podem afetar os comportamentos de saúde. A ansiedade e a depressão são os principais sintomas manifestados e de maior necessidade de intervenção médica.

Artigo 2

Autor: Curtis et al Ano: 2009 Título do estudo: Stage/Specific educational interventions for patients with end-stage disease> psychological and psychiatric considerations Publicação: Washinton University School of Medicine, St Louis, Missouri	Tipo de estudo: Revisão de Literatura Métodos de colheita de dados: Experiencia clínica e literatura disponível	Participantes: 0
Objetivos do estudo: Implementar programas educacionais para adultos em estágio terminal da doença renal Intervenções: Intervir educativa e adequadamente ao longo das várias fases de adaptação do paciente à doença Resultados: As intervenções educativas devem ser sensíveis a cada pessoa na sua fase de ajustamento à doença, porque as soluções para um estágio podem não ser apropriadas a uma nova fase. Os programas devem ser adaptados aos pacientes conforme o seu desenvolvimento psicossocial. Na fase inicial a pessoa pode alcançar um estado de crise quando se confronta com a doença, caracterizada por medo, choque, raiva, tristeza, ansiedade, vergonha e “self blame”. Pode envolver se em negação da sua saúde para reduzir a ansiedade ou manter a esperança na capacidade de ainda levar uma vida positiva. O período da lua-de-mel é frequentemente conseguido através de falsas expetativas e atribuições. A abertura para o transplante pode ser baixa nesta fase de adaptação à doença. A fase da transição desperta emoções confusas: frustração com o rigor do regime do tratamento, desesperança sobre a condição médica e euforia com a perspetiva de um possível transplante ou outro tratamento que possa melhorar a qualidade de vida. Nesta fase os educadores devem concentrar se em ajudar estas pessoas a identificar as razões pessoais para querer prosseguir o processo do transplante ou a identificar os seus receios. Na fase da aceitação alguns pacientes chegam a um ponto de aceitação, em que eles próprios aceitam as limitações da sua doença, ou por outro lado podem ter dificuldades porque se tornaram confortáveis com o seu atual regime ou assustados com a perspetiva de recomeçar uma nova rotina. Os programas educacionais podem ser cruciais no fornecimento de mais informações e de acesso em tempo útil às várias terapias de substituição renal, contribuindo para reduzir a ansiedade e a angústia, melhorar a satisfação e o afeto entre os pacientes, facilitar o processo de doação de órgão vivo, contribuir para a adaptação psicossocial da pessoa ao tratamento, proporcionar um comportamento cognitivo e promover independência. É necessário compreender como os pacientes lidam com o desenvolvimento das necessidades e com as suas preocupações emocionais, para permitir que os prestadores de cuidados de saúde prestem a melhor ajuda possível. As intervenções educativas pró-ativas do transplante abordam os medos e as preocupações mais comuns dos potenciais recetores de Transplante Renal, contribuindo de forma adaptativa para o desenvolvimento de estratégias de “coping”, aumentar a auto/eficácia, reduzir sentimentos de		

desespero e de desamparo.

Artigo 3

Autor: Scott et al Ano: 2010 Título do estudo: Perceptions of a Multiple Kidney Transplant Recipient: Understanding a fragile life Publicação: American Nephrology Nurses` Association	Tipo de estudo: estudo interpretativo biográfico Métodos de colheita de dados: análise da história de vida de uma família com múltiplas rejeições de Transplante Renal e entrevista individual semi-estruturada	Participantes: 1
Objetivos do estudo: Fornecer uma visão geral das consequências emocionais da DRC e tratamentos associados. Intervenções: Através da experiencia de vida de uma esposa e mãe com DRC, identificar as consequências emocionais de múltiplas rejeições de Transplante Renal. Resultados: A aprendizagem e o relacionamento com a doença renal a uma adaptação ao longo da vida. Surge a esperança em minimizar a perda de controlo e de auto/estima. Surge a Esperança de ser saudável novamente com o transplante. As múltiplas rejeições trouxeram consigo cicatrizes emocionais de mudanças físicas que afetam a auto estima, conduzem à depressão, desesperança e uma qualidade de vida reduzida. O isolamento social e a solidão estão associados à depressão e à perda de auto estima. O sentimento de frustração é notório para referenciar a forma como a entrevistada descreve a sua vida.		

Artigo 4

Autor: Gill Ano: 2009 Título do estudo: The Kidney Transplant failure experience: a longitudinal case study Publicação: University of Glamorgan, Pontypridd, Cardiff University, United Kingdom	Tipo de estudo: estudo de caso longitudinal Métodos de colheita de dados: 3 entrevistas semi-estruturadas realizadas em 3 tempos: antes do transplante, aos 3 meses e aos 10 meses	Participantes: 1 casal (dador-recetor)
Objetivos do estudo: Explorar a experiencia do ponto de vista dos participantes da rejeição do Transplante Renal Intervenções: Analisar a experiencia dos dadores e dos recetores de órgão vivo após a rejeição do enxerto, através de entrevistas Resultados: A perspetiva do transplante é uma significativa fonte de esperança e otimismo, apesar do medo da rejeição ser sempre uma grande preocupação. O medo foi tratado usando a emoção focada nas estratégias de “coping”. A rejeição do enxerto está associada a sentimentos de tristeza, perda e raiva, resultando em depressão e até suicídio. A tristeza e a depressão parecem estar relacionadas com a perda “do futuro imaginado” do recetor. A culpa está associada ao facto de submeter o dador a um procedimento cirúrgico desnecessário. Os achados do estudo têm potenciais implicações para a prestação de cuidados, informação e apoio para os pacientes e suas famílias, antes e após o transplante e para a investigação relacionada com o futuro. As dimensões pessoais de falência do enxerto, a partir da perspetiva dos pacientes e suas famílias são pouco investigadas, e por isso pobremente compreendidas.		

APENDICE K

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS EXPETATIVAS E DAS VIVÊNCIAS (1ª Reflexão)

Inicialmente foram classificadas em 4 categorias³⁵ (Qualidade de Vida; Independência; Quadro Emocional e Quadro Sentimental) e por sua vez em unidades de registo (citações dos participantes em estudo).

Fase nº 1 de reflexão das expetativas:

O conceito de “qualidade de vida” (QV) foi eleito como categoria, na medida em que era auferido em grande escala pelos participantes no estudo, que direta ou indiretamente estava explícito / implícito quer na expectativa, quer na vivência.

Na análise da expectativa, na categoria da QV estão predominantemente expressões dos participantes de estudo, onde a esperança é o conceito chave, já que se reportam ao Transplante como uma esperança na “melhoria da qualidade de vida”. Pois está associada à forma como o Transplante Renal poderia modificar a vida destes, relacionada com o desejo em não precisar mais de tratamentos de diálise. “...a esperança que seria a melhor coisa...” E1; “Que me traga uma melhor qualidade de vida.” E2; “Que a vida ande para a frente, daqui para a frente...” E3; “Melhoria da qualidade de vida...” E4.

A esperança surge na perspetiva de que o transplante proporcione uma melhor qualidade de vida, ao libertar a pessoa com DRC da máquina de hemodiálise. (Lira & Lopes, 2010)

Face à categoria da “independência”, associado ao conceito da liberdade que o transplante proporciona, dois dos quatro participantes do estudo, direta ou indiretamente, dirigem-se ao tratamento dialítico como “uma limitação à sua vida e à vida daqueles que coabitam com eles”: “...limita-me muito na minha vida, a mim e à minha família.” E1; “...pois eles também ficam limitados por minha causa...” E2. A diálise também é vista como uma prisão, para três dos participantes: “...agarrada as máquinas.” E2; “...foi muito custoso quando soube que era para toda a vida.” E3; “...tive de deixar de viajar...” E4. A diálise vem tirar a estas pessoas liberdade, aprisionando-as à máquina, aos tratamentos constantes. Os condicionalismos das restrições alimentares e hídricas nem sequer foram referidos

³⁵ A categoria designa a “Classificação de conceitos em categorias mais amplas comparando uma categoria com a outra. As categorias mais amplas servem como um guarda-chuva sob qual os conceitos relacionados são agrupados”(Streubert & Carpenter, 2002, p. 367)

pelos participantes, só denota o quanto eles valorizam a liberdade.

Face à categorização das “emoções” a ansiedade é notoriamente expressa pelos participantes no estudo: “...ansiosa...” E1; “*Muito ansioso...*” E3. A espera pelo Transplante Renal acaba por gerar intensa ansiedade, pela incerteza temporal. Já a tristeza é expressa numa reflexão face à doença: “...foi muito custoso quando soube que era para toda a vida.” E3. Por outro lado, o medo surge de forma marcante, implícito ou explícito nos relatos dos participantes (“...tenho muito medo.” E2), podendo estar associado a vários aspetos. Por vezes as pessoas por vezes experimentam intercorrências ao longo das sessões de tratamento dialítico, as quais são do seu conhecimento. O Transplante está associado a uma incerteza temporal; a uma incerteza do possível sucesso do procedimento cirúrgico e do bom funcionamento do enxerto; da possibilidade de rejeição associada ao Transplante Renal; do receio quanto à possibilidade de voltar à hemodiálise após a realização do transplante. Existe também o medo associado ao risco de dano familiar: “...medo de tirar um rim ao meu irmão e que as coisas não corram bem” E3. Aqui está implícito o princípio da beneficência / não maleficência. O princípio da beneficência ou da não maleficência tem como ideias chave: o dever de praticar o bem e evitar prejudicar os outros; o dever de cuidar e de proteger os mais vulneráveis (Sorensen & Luckmann, 1998, p.58).

A categoria dos “sentimentos” é muito díspar, uma vez que cada um dos participantes expressa-se de forma diferente, entre a tranquilidade manifestada, onde parece haver um certo grau de conformismo em relação à espera, uma vez que nada pode ser feito para encurtar esse tempo (“nem penso muito...procuro manter-me ocupada...vivo um dia de cada vez.” E1), a culpa (A minha mãe ficou sem o rim e eu perdi-o.” E1). O sentimento de frustração (“A minha filha vai agora até ao Algarve e eu não vou.” E2) pela limitação física, condicionada pelos tratamentos impostos pela doença. O sentimento de esperança também está subjacente: “tudo é um risco, porquê não tentar” E4. Torna-se evidente este sentimento, na expectativa de que com o transplante irão ocorrer várias mudanças, proporcionando maior liberdade física, principalmente, mas também quanto à alimentação e aos líquidos ingeridos. Isso poderia tornar a rotina diária destas pessoas mais fácil, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Tabela 1 – Análise de Conteúdo das Expectativas da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.

Categorias	Unidades de registo	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos	Nº
Qualidade de vida	“...nem penso muito no transplante...” E1	Tranquilidade		1
	“...tinha a esperança que seria a melhor coisa...imagina uma creatinina 0,8-0,9...” E1	Esperança	Limitação: pessoal	1
	“...limita-me muito na minha vida, a mim e à minha família.” E1		Limitação: familiar	1
	“Que me traga uma melhor qualidade de vida.” E2	Esperança		1
	“Tem de ir um carro só para mim, por causa das minhas máquinas, as caixas...”; “Ninguém gosta de estar agarrada as máquinas.” E2		Dependência física	1
	“...pois eles também ficam limitados por minha causa...” E2		Limitação: familiar	1
	“Que fique bom”. E3 Que a vida ande para a frente, daqui para a frente...” E3 “...que tenha melhor qualidade de vida”. E3	Esperança		3
	O Transplante vem-me trazer uma maior liberdade, para poder passear.” E4	Liberdade: para passear		1
	“Melhoria da qualidade de vida...” E4	Esperança	Limitação: viajar	1
	“Por causa da doença tive de deixar de viajar em trabalho por esse mundo fora, agora limito-me a fazer o mínimo e claro também recebo o salário mínimo.” E4		Limitação: física Perda poder económico	1
Emoções	“...ansiosa...” E1		Ansiedade	1
	“Antes desta grande infeção que tive até estava desejosa que aparecesse o rim, agora tenho muito medo.” E2		Medo	1
	“Muito ansioso...” E3		Ansiedade	1
	“...foi muito custoso quando soube que era para toda a vida.” E3		Tristeza	1
	“Com medo de tirar um rim ao meu irmão e que as coisas não corram bem” E3		Culpa Medo	1 1
	“...vi as máquinas da diálise, o que me deixaram muito apreensivo e assustado. E4		Medo	1
Sentimentos	“...nem penso muito no transplante...” E1	Tranquilidade		1
	“A minha mãe ficou sem o rim e eu perdi-o”. E1		Culpa	1
	“O transplante era a melhor coisa que me podia acontecer”. E2	Esperança		1
	“A minha filha vai agora até ao Algarve e eu não		Frustração Limitação:	1

	<i>vou. Tem de ir um carro só para mim, por causa das minhas máquinas, as caixas...”E2</i>	viajar	1
	<i>“A ideia de ser para toda a vida”E3</i>	Frustração	1
	<i>“Tudo é um risco, mas porque não tentar!? Nada é eterno.” E4</i>	Esperança	1
	<i>“Actualmente tranquilo.” E4</i>	Tranquilidade	1

Fase nº 1 de reflexão sobre as Vivências:

Relativamente à análise das vivências face ao transplante, foram também categorizadas em quatro categorias.

No contexto da “qualidade de vida” os seis participantes retratam várias expressões que traduzem satisfação, bem-estar e liberdade e, que por sua vez servem para avaliar o grau de satisfação da pessoa com a sua saúde e com o tratamento: “...salvação, nunca mais chegava este momento...estou bem e realizada.” E5; “Com o Transplante já posso sair...” E5; “...sem compromissos” E6; “Ganhei uma nova vida.” E7; “...despreocupado...” E8; “...voltei à liberdade” E9; “...não...olhar para o relógio...” E10; “A minha qualidade de vida melhorou muito...” E10.

Na categoria da “independência” estão inerentes dois conceitos principais: a liberdade e a despreocupação. O conceito da liberdade é ilustrado por quatro dos participantes: “já posso sair...” E5; “vou até ao Porto, não tenho pressa em vir...” E6; “... tinha de levar a máquina atrás de mim...” E8; “... fazer o que quero...” E9. O conceito de despreocupação é referido: “já não tenho que ter aquela preocupação em ir para a diálise...” E5; “...não tenho de me preocupar com as 2^{as}, 4^a e 6^a...” E6; “... nem preocupações de ter que ir para a diálise”. E7; “Andava sempre preocupado com as horas...” E8. A questão da liberdade torna-se tão mediática para estas pessoas, pelo facto de até então estarem privados de uma vida considerada normal. Ausência de liberdade para viverem em função do tratamento dialítico, com a exigência de comparecer regularmente. As exigências impostas pela terapia dialítica acabam por interferir na rotina destas pessoas, interferindo na liberdade de cada um.

Face à categoria das “emoções”, o “medo e alegria” são os conceitos mais frequentes: “...medo da cirurgia, de não acordar, de fazer uma cirurgia em vão e o rim não funcionar...” E5; “Quando me chamaram foi a maior alegria que senti na minha vida...” E6; “...a esposa voluntariou-se para me dar um rim, só que eu tinha medo...” E9. Esta ambivalência de emoções retrata mais uma vez um estado de felicidade por finalmente verem-se livres da máquina, mas ao mesmo tempo a incerteza do bom funcionamento do enxerto; da possibilidade de rejeição do mesmo; do receio quanto à possibilidade de voltar à hemodiálise. Contudo, o choro e a ansiedade também são expressos pelos participantes no estudo: “É uma ambivalência de emoções: choro, alegria, ansiedade...” E7.

Na categoria dos sentimentos, os participantes do estudo manifestaram essencialmente sentimentos de alívio, felicidade, esperança e tranquilidade: “O Transplante é a minha salvação, nunca mais chegava este momento.” E5; “... feliz, mesmo não sabendo se vou ficar bem com este rim, mesmo que sejam só 2 anos, são menos 2 anos que sofro na diálise.” E6; “Super tranquilo e feliz.” E6; “...valeu a pena esta espera toda.”

E7; “...nunca mais chegava a minha vez...” E8; “...foi um alívio que senti quando me chamaram.” E10. Contudo há um sentimento de desesperança retratado por um dos participantes quando refere que “...já tinha perdido a esperança, pois via pessoas mais novas passarem à minha frente.” E5. O sentimento de revolta foi referido por um participante, quando se reporta à sua história de vida e de doença: “...foi muito difícil aceitar a situação, sempre fui muito saudável e de repente vi-me naquela situação...” E8. O sentimento de culpa também foi expresso, implicitamente, por um dos entrevistados que foi submetido a transplante de dador vivo. Retrata um medo de rejeição, que põe em causa terceiros: “podia rejeitar e depois não era para mim, nem para ela.” E9. Este sentimento de culpa é referido pelos autores Newman (1997), Flores & Thomé, (2004) pela possibilidade de haver rejeição do enxerto, principalmente quando se refere a um doador parente.

Tabela 2 – Análise de Conteúdo das Vivências da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.

Categorias	Unidades de registo	Aspectos Positivos	Aspectos negativos	Nº
Qualidade de vida	“O Transplante é (foi) a minha salvação, nunca mais chegava este momento. Neste momento estou muito bem e realizada.” E5	Satisfação		1
	“Com o Transplante já posso sair...” E5	Bem-estar		1
	“...já não tenho que ter aquela preocupação em ir para a diálise e não chegar atrasada” E5	Liberdade		2
	“Chegar o sábado e dizer à minha mulher: vamos até ao Algarve. Se me apetecer venho, senão fico, sem compromissos” E6	Liberdade		4
	“...só em saber que não tenho de me preocupar com as 2 ^{as} , 4 ^a e 6 ^a ...” E6	Liberdade		1
	“...se vou até ao Porto, não tenho pressa em vir, mas com a diálise tenho de vir sempre, é uma responsabilidade.” E6	Satisfação		1
	“Ganhei uma nova vida.” E7	Liberdade		1
	“... nem preocupações de ter que ir para a diálise”. E7			
	“Andava sempre preocupado com as horas...” E8	Liberdade		2
	“Agora ando despreocupado...” E8			
	“... tinha de levar a máquina atrás de mim, para onde quer que eu fosse...” E8			
	“Já estava saturado de estar preso à máquina e com o Transplante voltei à liberdade” E9	Liberdade		3
	“...não estar com a preocupação das horas, da diálise...” E9	Liberdade		
	“... fazer o que quero...” E9			

	“...não ter que ir para a diálise, estar a olhar para o relógio...” E10	Liberdade		3
	“A minha qualidade de vida melhorou muito...” E10	Liberdade		1
	“...não ter que ir para a diálise, estar a olhar para o relógio...” E10	Satisfação		
		Liberdade		
Emoções	“Tenho vivido a minha doença com muita tristeza... queria ir para algum lado e não podia.” E5		Tristeza	1
			Medo	1
	“Se era medo da cirurgia, de não acordar, de fazer uma cirurgia em vão e o rim não funcionar...” E5	Alegria		1
	“...se era alegria...era uma mistura de sentimentos entre o medo e a alegria.” E5			
	“Quando me chamaram foi a maior alegria que senti na minha vida...tipo o euro milhões...” E6	Alegria		1
	“No dia que me telefonaram...fiquei muito receosa...” E7		Medo	2
	“É uma ambivalência de sentimentos: choro, alegria, ansiedade...” E7	Alegria	Choro	1
			Ansiedade	1
	“O pior foi acordar com aqueles tubos todos pendurados no corpo... é que me fez muita confusão, impressionou-me muito.” E7		Medo	1
	“O pior foi sem dúvida acordar com os drenos...” E8		Ansiedade	1
	“...a esposa voluntariou-se para me dar um rim, só que eu tinha medo...” E9		Medo	1
	“O melhor foi acordar e não ter dores nenhuma.” E9	Alegria		1
Sentimentos	“... o pior foi acordar com os tubos”. E10		Ansiedade	1
	“Agora se tivesse que voltar para a diálise preferia que Deus me levasse.” E10		Medo	1
	“O Transplante é a minha salvação, nunca mais chegava este momento. Neste momento estou muito bem e realizada.” E5	Alívio		1
		Felicidade		1
	“...de certa forma já tinha perdido a esperança, pois via pessoas mais novas passarem à minha frente.” E5		Desesperança	1
			Revolta	1
	“Estou super feliz, mesmo não sabendo se vou ficar bem com este rim, mesmo que sejam só 2 anos, são menos 2 anos que sofro na diálise.” E6	Esperança		1
		Felicidade		2
		Alívio		2
	“Super tranquilo e feliz” E6	Felicidade		
		Alívio		
	“Bebo água e vejo que sai, já urino bem.” E6			
	“Agora estou em casa super tranquila, sem nervosismo nenhum...” E7	Tranquilidade		1
		Alívio		1
				1
	“Sempre valeu a pena esta espera toda.” E7	Felicidade		

	<i>“...foi muito difícil aceitar a situação, sempre fui muito saudável e de repente vi-me naquela situação...” E8</i>	Revolta	1
	<i>“...podia rejeitar e depois não era para mim, nem para ela.” E9</i>	Culpa	1
	<i>“...saturado de estar preso à máquina...” E9</i>	Alívio	1
	<i>“... estou muito satisfeito, sinto-me muito bem.” E9</i>	Felicidade	1
	<i>“...foi um alívio que senti quando me chamaram.” E10</i>	Alívio	1

APENDICE L

ANÁLISE DE CONTEÚDO (2ª Reflexão)

Fase nº 2 de análise das entrevistas e sua categorização face às expectativas e às vivências:

Apesar dos esforços para categorizar, deparei-me com vários conceitos, que poderiam integrar mais de uma categoria.

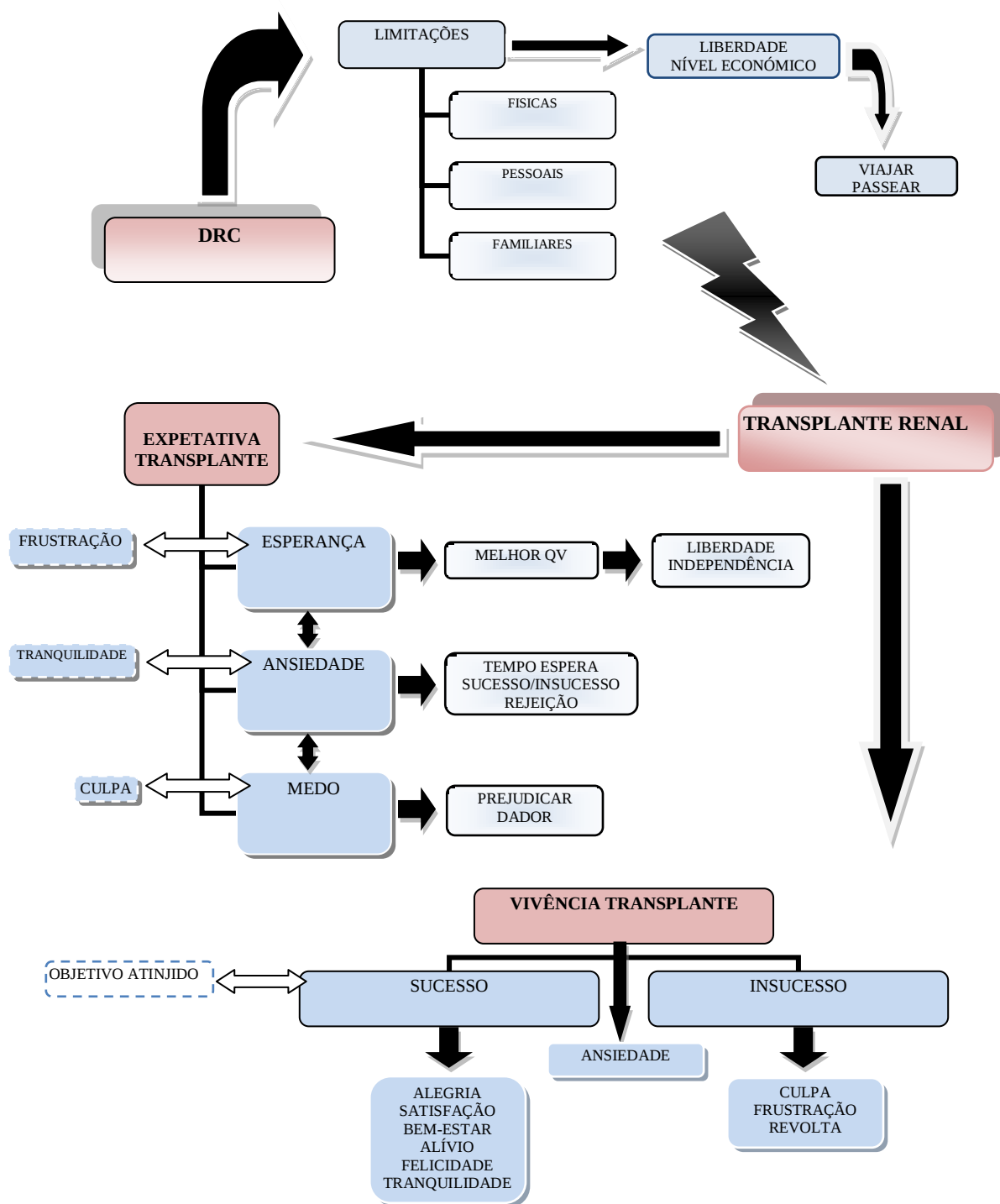
Posteriormente apercebi-me que os participantes no estudo atribuíam significados positivos e negativos, à categorização das Unidades de Registo e, que por sua vez se podem traduzir em sub-categorias.

Nesta segunda fase procurei sintetizar a análise a 3 categorias e suas sub-categorias, classificadas em aspetos positivos e aspetos negativos. Assim, para melhor categorizar foram arrumados na categoria da Qualidade de Vida (QV) os conceitos de: esperança, liberdade, satisfação e bem-estar. Na categoria do Quadro Emocional (QE) foram introduzidas os conceitos de: medo, choro, alegria, tristeza e ansiedade. Na categoria do Quadro Sentimental (QS) os conceitos de: tranquilidade, esperança/desesperança, felicidade, alívio, revolta, frustração e sentimento de culpa.

A categoria da “Independência” foi absorvida pela categoria do quadro sentimental, na subcategoria da “Esperança” de melhor qualidade de vida que o transplante possa trazer, ou seja, a esperança do sucesso do transplante é gerador de liberdade e de independência.

Em síntese desta 2ª análise percebi que a “esperança”, enquanto possível sub-categoria da categoria da QV, enquadrava-se largamente na categoria do quadro sentimental. Ora, numa tentativa de esquematizar o raciocínio elaborei um organigrama que me levou a uma 3ª fase de reflexão. Este Organigrama, por sua vez, foi baseado num esquema de interpretação da análise de conteúdo utilizado no trabalho de Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, *“Representação Social do Doente Mental pelos Profissionais de Saúde. O Caso do Pessoal de Enfermagem”* (Colaço, 2002)

Organigrama 1



APENDICE M

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS EXPECTATIVAS E DAS VIVÊNCIAS (3ª Reflexão)

A Fase nº 3 de análise das entrevistas e sua categorização face às expectativas e às vivências foi resumida apenas a duas principais categorias: Quadro Emocional e Quadro Sentimental.

Partindo da razão pelo qual se despoleta todo este quadro, a DRC. A doença é por si só geradora de limitações, entre as quais físicas, pessoais e familiares. Por sua vez, estas interferem no nível socioeconómico e na liberdade da pessoa em poder passear e viajar. A doença por si só, acrescida das limitações impostas por ela própria desencadeia um conjunto de emoções e sentimentos. Segundo Damásio (2010, pp. 142, 143) emoção e sentimento são processos distinguíveis, embora façam parte de um ciclo muito apertado. As emoções são ações acompanhadas por ideias e modos de pensar. Os sentimentos são sobretudo, percepções daquilo que o nosso corpo faz durante a emoção.

A ansiedade está subjacente quer na expectativa, quer na vivência. Por sua vez está relacionada com o tempo de espera pela cirurgia, pelo possível sucesso ou insucesso da mesma, ou possível rejeição do enxerto.

O transplante para estas pessoas é sempre visto como “tábua de salvação”, com esperança de uma melhor QV e que por sua vez, lhes traga uma maior liberdade e independência. São descritos sentimentos de tranquilidade numa perspectiva de pacificidade de aceitação do inevitável. Assim, a expectativa do transplante está associada a uma ambiguidade de emoções e de sentimentos, entre o medo da cirurgia e de prejudicar o dador e a esperança de uma melhor QV. Contudo mesmo depois do transplante a ansiedade e o medo mantêm-se subjacentes, face ao possível sucesso ou insucesso do transplante. O sucesso da cirurgia traduz-se em alegria, satisfação, bem-estar, alívio, felicidade e tranquilidade. O insucesso está relacionado com culpa, frustração e revolta.

A subcategoria da tristeza é expressa quando os participantes se dirigem à vivência da doença e às limitações impostas pela mesma.

Tabela 3 – Análise de Conteúdo das Expectativas da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.

Categorias	Unidades de registo	Sub-categorias		Nº
		Aspetos Positivos	Aspectos Negativos	
Emoções	“...ansiosa...” E1		Ansiedade	1
	“Antes desta grande infeção que tive até estava desejosa que aparecesse o rim, agora tenho muito medo.” E2		Medo	1
	“Muito ansioso...” E3		Ansiedade	1
	“...foi muito custoso quando soube que era para toda a vida.” E3		Tristeza	1
	“Com medo...que as coisas não corram bem” E3		Medo	1
	“...vi as máquinas da diálise, o que me deixaram muito apreensivo e assustado. E4		Medo	1
Sentimentos	“...tinha a esperança que seria a melhor coisa...imagina uma creatinina 0,8-0,9...” E1	Esperança		1
	“...limita-me muito na minha vida, a mim e à minha família.” E1		Frustração (Limitação: pessoal; Limitação: familiar)	1
	“...nem penso muito no transplante....” E1	Tranquilidade		1
	“A minha mãe ficou sem o rim e eu perdi-o”. E1		Culpa	1
	“O transplante era a melhor coisa que me podia acontecer”. E2	Esperança		2
	“Que me traga uma melhor qualidade de vida.” E2	Esperança		
	“Tem de ir um carro só para mim, por causa das minhas máquinas, as caixas...”; “Ninguém gosta de estar agarrada as máquinas.” E2		Frustração (Dependência física)	1
	“...pois eles também ficam limitados por minha causa...” E2		Culpa (Limitação: familiar)	1
	“A minha filha vai agora até ao Algarve e eu não vou. Tem de ir um carro só para mim, por causa das minhas máquinas, as caixas...” E2		Culpa (Limitação: viajar)	1
	“A ideia de ser para toda a vida” E3		Frustração	1
	“Que fique bom”. E3			
	Que a vida ande para a frente, daqui para a frente...” E3	Esperança		3

<i>“...que tenha melhor qualidade de vida”. E3</i>			
<i>“Tudo é um risco, mas porque não tentar!? Nada é eterno.” E4</i>	Esperança		2
<i>“Actualmente tranquilo.” E4</i>	Tranquilidade		1
<i>O Transplante vem-me trazer uma maior liberdade, para poder passear.” E4</i>	Liberdade (para passear)		1
<i>“Melhoria da qualidade de vida...” E4</i>			1
<i>“Por causa da doença tive de deixar de viajar em trabalho por esse mundo fora, agora limito-me a fazer o mínimo e claro também recebo o salário mínimo.” E4</i>	Esperança	Frustração (Limitação: viajar; Limitação: física; Perda poder económico)	1

Tabela 4 – Análise de Conteúdo das Vivências da pessoa com DRC, face ao Transplante Renal.

Categorias	Unidades de registo	Sub-categorias		Nº
		Aspetos Positivos	Aspectos Negativos	
Emoções	“Tenho vivido a minha doença com muita tristeza... queria ir para algum lado e não podia.” E5		Tristeza	1
			Medo	1
	“Se era medo da cirurgia, de não acordar, de fazer uma cirurgia em vão e o rim não funcionar...” E5	Alegria		1
	“...se era alegria...era uma mistura de sentimentos entre o medo e a alegria.” E5			
	“Quando me chamaram foi a maior alegria que senti na minha vida...tipo o euro milhões...” E6	Alegria		1
	“No dia que me telefonaram...fiquei muito receosa...” E7		Medo	1
	“É uma ambivalência de sentimentos: choro, alegria, ansiedade...” E7	Alegria	Choro Ansiedade	1 1
	“O pior foi acordar com aqueles tubos todos pendurados no corpo... é que me fez muita confusão, impressionou-me muito.” E7		Medo	1
	“O pior foi sem dúvida acordar com os drenos...” E8		Ansiedade	1
	“...a esposa voluntariou-se para me dar um rim, só que eu tinha medo...” E9		Medo	1
Sentimentos	“O melhor foi acordar e não ter dores nenhuma.” E9	Alegria		1
	“... o pior foi acordar com os tubos”. E10		Ansiedade	
	“Agora se tivesse que voltar para a diálise preferia que Deus me levasse.” E10		Medo	
	“O Transplante é a minha salvação, nunca mais chegava este momento. Neste momento estou muito bem e realizada.” E5	Alívio Felicidade		1 1
	“...de certa forma já tinha perdido a esperança, pois via pessoas mais novas passarem à minha frente.” E5		Desesperança Frustração	1 1
	“O Transplante é (foi) a minha salvação, nunca mais chegava este momento. Neste momento estou muito bem e realizada.” E5	Satisfação Bem-estar		1 1
	“Com o Transplante já posso sair...” E5	Liberdade		2
	“...já não tenho que ter aquela preocupação em ir para a diálise e não chegar atrasada” E5	Liberdade		
	“Estou super feliz, mesmo não sabendo se vou ficar bem com este rim, mesmo que sejam só 2 anos, são menos 2 anos que sofro na diálise.”	Esperança Felicidade		1 2

E6	Felicidade	
“Super tranquilo e feliz” E6	Alívio	1
“Bebo água e vejo que sai, já urino bem.” E6	Liberdade	3
“Chegar o sábado e dizer à minha mulher: vamos até ao Algarve. Se me apetecer venho, senão fico, sem compromissos” E6	Liberdade	
“...só em saber que não tenho de me preocupar com as 2 ^{as} , 4 ^a e 6 ^a ...” E6	Satisfação	
“...se vou até ao Porto, não tenho pressa em vir, mas com a diálise tenho de vir sempre, é uma responsabilidade.” E6	Liberdade	
“Agora estou em casa super tranquila, sem nervosismo nenhum...” E7	Tranquilidade	1
	Alívio	1
	Felicidade	1
“Sempre valeu a pena esta espera toda.” E7	Satisfação	1
“Ganhei uma nova vida.” E7	Liberdade	
“... nem preocupações de ter que ir para a diálise”. E7		1
“...foi muito difícil aceitar a situação, sempre fui muito saudável e de repente vi-me naquela situação...” E8	Revolta	1
“Andava sempre preocupado com as horas...”	Liberdade	2
“Agora ando despreocupado...” E8		
“... tinha de levar a máquina atrás de mim, para onde quer que eu fosse...” E8		
“...podia rejeitar e depois não era para mim, nem para ela.” E9	Culpa	1
“...saturado de estar preso à máquina...” E9	Alívio	1
“... estou muito satisfeito, sinto-me muito bem.” E9	Felicidade	1
	Liberdade	3
“Já estava saturado de estar preso à máquina e com o Transplante voltei à liberdade” E9		
“...não estar com a preocupação das horas, da diálise...” E9		
“... fazer o que quero...” E9		
“...foi um alívio que senti quando me chamaram.” E10	Alívio	1
“...não ter que ir para a diálise, estar a olhar para o relógio...” E10	Liberdade	3
“A minha qualidade de vida melhorou muito...” E10	Liberdade	
		1
“...não ter que ir para a diálise, estar a olhar para o relógio...” E10	Satisfação	
	Liberdade	

ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Enfermeira Carla Sofia Cunha Fernandes, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Especialidade de Nefrologia, na ESEL, pretendo fazer um estudo, através de uma entrevista semi-estruturada a dez pessoas com Doença Renal Crónica (DRC), no pré (expectativa) e pós (vivência) Transplante Renal.

Com este estudo pretendo compreender a dimensão emocional da pessoa face ao Transplante Renal (expectativas e vivências). A expectativa reporta-se à projeção futura face ao Transplante Renal. Neste período a pessoa encontra-se em lista de espera (ativa ou inativa) para Transplante Renal. A vivência reporta-se a todo o processo que a pessoa viveu a partir do momento em que se encontrava em lista (ativa ou inativa) para o Transplante Renal, até ao atual momento.

O estudo engloba 10 pessoas (adultos com mais de 18 anos).

- 4 Entrevistas a pessoas em consulta de Pré-Transplante:
 - 1 Pessoa em processo para Transplante dador vivo;
 - 1 Pessoa em processo para doação cruzada;
 - 2 Pessoas que aguardam rim de dador cadáver.
- 2 Entrevistas a pessoas no internamento do pós-operatório imediato (até 7 dias de Transplante Renal);
- 4 Entrevistas a pessoas em consulta Pós Transplante Renal até 1 ano pós-operatório:
 - 1 Entrevista após 1 mês de Transplante Renal;
 - 1 Entrevista após 3 mês de Transplante Renal;
 - 1 Entrevista após 6 meses de Transplante Renal;
 - 1 Entrevista após 1 ano de Transplante Renal;

Pretendo com as conclusões desta investigação recolher informações úteis para melhor prestar cuidados de enfermagem, pela compreensão dos sentimentos e emoções daqueles que sofrem de DRC e que anseiam pelo Transplante Renal. Pois só percebendo esta dimensão emocional se é capaz de estabelecer uma relação de ajuda especializada, de forma a prestar cuidados competentes e diferenciados à pessoa com DRC e à sua família.

Autorizo

ANEXO II

ENTREVISTAS DO PRÉ-TRANSPLANTE

E1

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☐
Feminino ☒

2. **Idade:** 44

3. **Naturalidade:** Torres Vedras

4. **Nível de ensino frequentado**

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☐	Secundário	☐
2º Ciclo	☒	Superior	☐

5. **Estado Civil**

Solteiro/a	☐
Casado e/ou união de facto	☒
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. **Agregado familiar**

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☒	
Filhos	☒	1 rapaz
Pais/Sogros	☐	
Outros	☐	

7. **Situação profissional**

Empregado

Exerce funções	☒
Baixa	☐
Desempregado	☐

Reformado

Por idade	☐
Por doença	☐
Doméstica	☐

8. Qual é a sua religião?

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| Católica | ☒ |
| Protestante | ☐ |
| Judaica | ☐ |
| Islâmica | ☐ |
| Budista | ☐ |
| Hindu | ☐ |
| Outra | ☐ |
| Não sou religioso | ☐ |

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

- | | |
|--------------------|-------------------------------------|
| Não sou praticante | ☐ |
| Ocasionalmente | ☐ |
| Ativamente | ☒ |

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1º Transplante 2003 a 2010 dador vivo

Aguarda agora Transplante dador cadáver

- Como tem vivido com a sua Doença Renal, sobretudo nesta fase mais adiantada da doença?
- Encontra alguma causa para a sua doença?

“Sim. Infecções urinárias de repetição. Tive uma Pielonefrite aguda aos 22 anos depois de ter o filho em 93. As coisas foram-se complicando, até que em 2003 fui transplantada com um rim da minha mãe, antes de sequer iniciar dialise. Só que em Dezembro 2010 sofri rejeição crónica por múltiplas infeções urinárias, com perda do rim a 17/12/2010. Sempre tive vários problemas urinários, infeções repetidas no pré e no pós Transplante e inda por cima apanhei o citomelalovirus. Entretanto fiz DPCA em Abril 2010, passando a DPA em Maio 2010, até então”.

- Referente à doença o que tem sido mais difícil de tolerar? E desde que está em lista ativa?

“Quando soube que os rins pararam sofri muito, mas levantei-me. Tive o apoio do meu marido. Nem sempre contei tudo à minha mãe e irmãs para não as preocupar. O meu

problema vai continuar, porque enquanto não tirar os meus rins nativos vou estar sempre com estas infecções...”

- Onde tem procurado forças para enfrentar a doença?

“Eu sou muito ativa, sou muito reservada, Conto comigo mesma”.

- Que cuidados tem atualmente com a sua saúde?

“Alimentação, como pouco sal; mas também como pouco. Ainda urino 1 litro. Se tiver que retirar os rins, vou deixar de ir à DP. E fazer HD não queria...”

- A nível familiar tem sentido apoio e compreensão face às limitações que sente? E a nível profissional?

- Tem sentido necessidade de apoio psicológico? E de falar com pessoas que tenham já feito um Transplante Renal? “Não”

- Como tem lidado com a espera pelo Transplante Renal?

“A minha mãe ficou sem o rim e eu perdi-o. Fiquei mal, andei a ser seguida em Santa Maria, cheguei a tomar medicação, mas agora já não tomo nada. Neste momento nem penso muito no transplante, vivo um dia de cada vez...também estou à espera da decisão médica...tirar ou não tirar os meus rins, mas depois também há o problema que deixo de urinar imediatamente e tenho que fazer HD...o ideal era aparecer um rim, assim era transplantada, tiravam os meus rins ao mesmo tempo e já não tinha que passar pela HD...”

- Que expectativas tem para a sua vida após o Transplante Renal?

“Na altura com o rim da minha mãe tinha a esperança que seria a melhor coisa, só podia correr bem...imagina uma creatinina 0,8-0,9...nunca pensei que ia viver a penúria que vivi. No dia do Transplante propriamente dito estava muito ansiosa. O internamento durou mais que o normal...a creatinina começou a subir e as infecções continuaram. Como me encontro bem a fazer a DPA nem penso muito no transplante...procuro manter-me ocupada e isso distrai-me”.

- O que é para si Qualidade de Vida? “é ser saudável, acima de tudo...”.

- A sua qualidade de vida tem sido muito afectada pela sua doença? Como a sente atualmente?

“Sim muito. De momento estou a dar-me bem com a DP e agora prefiro estar assim. Mas limita-me muito na minha vida, a mim e à minha família”.

E2

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

4. **Sexo:** Masculino ☐
Feminino ☒

5. **Idade:** 61

6. **Naturalidade:** torres vedras. **Vive em** Mem Martins

4. Nível de ensino frequentado

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☐	Secundário	☐
2º Ciclo	☐	Superior	☒

fez formação superior, só que depois do 25 abril 1974 não deram equivalência(?)

5. Estado Civil

Solteiro/a	☐
Casado e/ou união de facto	☒
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. Agregado familiar

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☒	
Filhos	☒	uma filha de 35 anos
Pais/Sogros	☐	
Outros	☐	

7. Situação profissional

Empregado

Exerce funções	☐
Baixa	☐
Desempregado	☐

Reformado pré reforma (administrativa na sua empresa de equipamentos elétricos)

Por idade	☐
Por doença	☒

Doméstica ☐

8. Qual é a sua religião?

Católica ☒

Protestante ☐

Judaica ☐

Islâmica ☐

Budista ☐

Hindu ☐

Outra ☐

Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

Não sou praticante ☒

Ocasionalmente ☐

Ativamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Causa IRC: Doença poliquística (sabe há 30 anos da sua doença) seguida em Nefrologia desde 2003 no Hospital Curry Cabral. Iniciou diálise em 6/2008 (DPCA). É seguida no Hospital Curry Cabral, onde esta também inscrita para Transplante de dador Cadáver

- Como tem vivido com a sua Doença Renal, sobretudo nesta fase mais adiantada da doença?
“Como sabia que mais cedo ou mais tarde tinha que fazer dialise, fui-me preparando. Atualmente já iniciei DPCA Ultra e aumentei as horas para aumentar a filtragem, já faço 12 horas por dia, mas ainda ando com os valores muito altos. Em setembro fiz uma peritonite e estive a fazer 3 antibióticos até outubro, porque não havia maneira de passar a bicharada, até os dentes e as gengivas ficaram pretos. Nunca fiz HD. A DPCA ainda me dá alguma liberdade. Sinceramente HD era a última coisa que queria fazer. Ao princípio sentia-me deprimida, mal, não podia viajar. Eu adoro viajar, pelo menos 1 vez por ano. Agora vivo com tranquilidade, no verão vou para a minha casa de santa cruz para a praia, visto o fato de banho e o cateter lá está de baixo. E não tenho qualquer problema com isso, não se vê, está escondido pelo fato de banho...” (risos).

- Encontra alguma causa para a sua doença?
“Doença poliquística...infelizmente já sei deste problema há pelo menos 30 anos, por isso fui-me preparando...mas nunca estamos verdadeiramente preparados. Só desde 2003 é que estou a ser acompanhada...”
- Referente à doença o que tem sido mais difícil de tolerar? E desde que está em lista ativa?
“A DPCA não me custa fazer, custa-me bem mais dormir com aquele aparelho para não rressonar. Se não fosse por causa do meu marido não usava aquilo. Pareço um bicho com aquilo no “focinho”.
- Onde tem procurado forças para enfrentar a doença?
“A mim mesma e na fé que tenho em Deus”.
- Que cuidados tem atualmente com a sua saúde?
“Muitos, principalmente mais agora que os níveis não tem maneira de baixarem. Não como nada com sal, tento não me irritar, tomo toda a medicação, tenho muito cuidado com a comida, cozinho o mais simples possível. Tenho uma horta onde produzo lá um pouco de tudo biológico. Compro peixe fresco de Peniche”.
- A nível familiar tem sentido apoio e compreensão face às limitações que sente? E a nível profissional?
- Tem sentido necessidade de apoio psicológico? E de falar com pessoas que tenham já feito um Transplante Renal?
“Falei com algumas pessoas que foram transplantadas e disseram-me que têm de tomar medicamentos para toda a vida e, que com eles ficamos mais frágeis do que agora. Ora se estou para apanhar infeções...como passei tão mal com esta peritoníte, se com o rim apanhar outras como esta que apanhei agora, não aguento, até o cabelo me caía, os dentes e as gengivas ficaram pretas. Não sei o que me espera, não mentalizei bem o assunto!...”
- Como tem lidado com a espera pelo Transplante Renal?
“Antes desta grande infecção que tive, até estava desejosa que aparecesse o rim, agora tenho muito medo. Mas lá em casa toda a gente espera que eu seja chamada, pois eles também ficam limitados por minha causa, ta tudo desejoso que seja chamada. A minha filha vai agora até ao Algarve e eu não vou. Tem de ir um carro só para mim, por causa das minhas máquinas, as caixas, enfim...”
- Que expectativa tem para a sua vida após o Transplante Renal?

“Que me traga uma melhor qualidade de vida. Ninguém gosta de estar agarrada as máquinas. Se tiverem que me tirar o cateter da DPCA e ter que fazer HD, sei que vou ficar muito em baixo, tenho primos que fazem HD e até dizem que passam bem, mas eu quando os vejo, parecem uns zombies, com aquele sangue a correr fora das veias, horrível. A HD tem de ser à hora certa, a DPCA sempre tenho alguma liberdade, enquanto faço DPCA posso ler, ver Tv., estar no computador, consigo gerir melhor o tempo, se não faço numa hora, faço na outra a seguir. Lá que o transplante era a melhor coisa que me podia acontecer, era...”

- O que é para si Qualidade de Vida?

“Liberdade, fazer o que quero, ir para onde quero, ter saúde...”

- A sua qualidade de vida tem sido muito afectada pela sua doença? Como a sente atualmente?

“A minha doença afetou-me muito, a mim e a todos lá em casa, não é que eu já não soubesse da minha doença, mas nunca estamos preparados para o mal...”

E3

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☒
Feminino ☐

2. **Idade:** 51

3. **Naturalidade:** funchal

4. **Nível de ensino frequentado**

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☒	Secundário	☐
2º Ciclo	☐	Superior	☐

5. **Estado Civil**

Solteiro/a	☐
Casado e/ou união de facto	☒
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. **Agregado familiar**

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☒
Filhos 1 filho 28 anos	☒
Pais/Sogros	☐
Outros	☐

7. **Situação profissional**

Empregado jardineiro pensa retomar as funções a tempo inteiro

Exerce funções	☒
Baixa	☐
Desempregado	☐
Reformado	
Por idade	☐
Por doença	☐
Doméstica	☐

8. Qual é a sua religião?

- Católica ☒
- Protestante ☐
- Judaica ☐
- Islâmica ☐
- Budista ☐
- Hindu ☐
- Outra ☐
- Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto prática a sua religião?

- Não sou praticante ☐
- Ocasionalmente ☒
- Ativamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Como tem vivido com a sua Doença Renal, sobretudo nesta fase mais adiantada da doença?
“Já estava meio preparado, o 1º mês foi muito custoso quando soube que era para toda a vida. Tenho 32 anos de profissão e isso é que distrai e só me lembro da diálise quando vou para lá”.
- Encontra alguma causa para a sua doença?
“Rins poliquísticos. Soube há 10 anos (tinha 40)...faço HD por FAV há 1 ano 6 meses (desde Julho 2010). Ainda urino 1 litro”.
- Referente à doença o que tem sido mais difícil de tolerar? E desde que está em lista ativa?
“A ideia de ser para toda a vida. A restrição da comida e da água não me causava muito stress. A minha mulher vive comigo e tem muitos cuidados com a alimentação...é o meu pilar”.
- Onde tem procurado forças para enfrentar a doença?
“No trabalho e na família”
- Que cuidados tem atualmente com a sua saúde?
“Muitos cuidados com a alimentação, com a higiene...gosto de fazer caminhadas. A minha

esposa é cozinheira e tem muitos cuidados com a comida, não comemos sal nenhum em casa”.

- A nível familiar tem sentido apoio e compreensão face às limitações que sente? E a nível profissional?
- Tem sentido necessidade de apoio psicológico? E de falar com pessoas que tenham já feito um Transplante Renal?

“Sim, já falei com um rapaz que já tem um rim de um cadáver há 20 anos...com ele correu tudo bem!...”.

- Como tem lidado com a espera pelo Transplante Renal?

“Muito ansioso, claro. Com medo de tirar um rim ao meu irmão e que as coisas não corram bem”. A ideia do Transplante foi sua? “Não, foi o meu irmão que se prontificou a dar-me um rim. Eu tenho mais irmãos, só que este disse logo que queria ser ele. Os outros irmãos são casados e com filhos e este não...” (Questão esta descrita em relatório do estágio pela suspeita de coação implícita, o que levou à interação de toda a equipa multidisciplinar)

- Que expectativas tem para a sua vida após o Transplante Renal? Porque quer ser transplantado?

“Que fique bom. Que a vida ande para a frente daqui para a frente e que tenha melhor qualidade de vida”.

- O que é para si Qualidade de Vida?

“Poder fazer a minha vida normal, poder voltar a trabalhar a tempo inteiro, cuidar dos jardins, que é o que eu mais gosto...”

- A sua qualidade de vida tem sido muito afetada pela sua doença? Como a sente atualmente?

“Há sim, sem dúvida, vai-se andando

E4

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☒
Feminino ☐

2. **Idade:** 56

3. **Naturalidade:** Sertã. Mora em Vila Nova Santo André

4. Nível de ensino frequentado

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☐	Secundário	☐
2º Ciclo	☒	Superior	☐

5. Estado Civil

Solteiro/a	☐
Casado e/ou união de facto	☒
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. Agregado familiar

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☒
Filhos 1 filho 28 anos	☒
Pais/Sogros	☐
Outros	☐

7. Situação profissional

Empregado mecânico

Exerce funções	☒
Baixa	☐
Desempregado	☐
Reformado	
Por idade	☐
Por doença	☐
Doméstica	☐

8. Qual é a sua religião?

- Católica ☒
- Protestante ☐
- Judaica ☐
- Islâmica ☐
- Budista ☐
- Hindu ☐
- Outra ☐
- Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

- Não sou praticante ☐
- Ocasionalmente ☐
- Ativamente ☒

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Causa IRC: desconhecida. Consta ser má formação glomerular.

Inserido em lista de espera dador cadáver em dois Hospitais.

- Como tem vivido com a sua Doença Renal, sobretudo nesta fase mais adiantada da doença?
“Um certo dia trabalhava em Lisboa, era verão e comecei a sentir-me mal, náuseas, vômitos, pressão na cabeça. Fiz exames e fui enviado para Nefrologia do H.S.B. em Setúbal. Em 98 a função renal regrediu, ainda vi as máquinas da diálise, o que me deixaram muito apreensivo e assustado. Fiz uma alimentação extremamente cuidada e fui-me aguentando. Até que em Janeiro 2007 tive um grande acidente (queda de 8 metros, parti uma perna, um braço e 3 costelas). Tive várias complicações resultantes do acidente, que tive de começar a fazer HD por cateter central. Ainda fiz 6 sessões. Recuperei e em Maio puseram-me o Cateter da DPCA e em Agosto iniciei diálise peritoneal 3 vezes/dia (12h). Aquele dia foi um impacto muito grande, vi aqueles tubos todos, todos os cuidados com o penso, enfim...a minha senhora (esposa) ajudou-me muito”.
- Encontra alguma causa para a sua doença?
Não, Consta ser má formação glomerular”.

- Referente à doença o que tem sido mais difícil de tolerar?
“A DPCA tenho suportado bem, agora já nem penso, faz parte do meu dia-a-dia. No início é que foi muito doloroso, encarar com esta dependência”.
- Onde tem procurado forças para enfrentar a doença?
“Em Deus e na família”.
- Que cuidados tem atualmente com a sua saúde?
“Muitos cuidados com a alimentação, com a higiene por causa do cateter, gosto de fazer caminhadas. A minha esposa é cozinheira e tem muitos cuidados com a comida, não comemos sal nenhum em casa”.
- A nível familiar tem sentido apoio e compreensão face às limitações que sente? E a nível profissional?
- Como tem lidado com a espera pelo Transplante Renal? A ideia do Transplante foi sua?
“Atualmente tranquilo. Em 93 fomos a uma consulta para Transplante, na altura ainda não era autorizado a doação em dador vivo (mulher/marido). A lei não permitia, pela possibilidade de sermos próximos e haver coação. A esposa sempre disse que assim que a lei autorizasse ela queria dar-me o rim e nunca mais se falou sobre o assunto, até que agora houve esta possibilidade e aqui estamos”.
- Que expectativas tem para a sua vida após o Transplante Renal? Porque quer ser transplantado?
“Melhoria da qualidade de vida, poder passear, ir às peregrinações. Tudo é um risco, mas porque não tentar!? Nada é eterno. Quando tive o acidente, cáí, mas levantei-me. O Transplante vem-me trazer uma maior liberdade, para poder passear. Por causa da doença tive de deixar de viajar em trabalho por esse mundo fora, agora limito-me a fazer o mínimo e claro também recebo o salário mínimo. Sinto-me um homem muito ativo, sempre muito ocupado”.
- O que é para si Qualidade de Vida?
“É mesmo isso, ter uma vida normal, trabalho, comer, viajar...”
- A sua qualidade de vida tem sido muito afetada pela sua doença? Como a sente atualmente?
“No início foi, sempre fui muito ativo e tudo isto mexeu muito comigo, com o meu ritmo de vida. Agora lá vou fazendo umas horitas, mas nada como antes...agora espero que tudo corra bem para poder ser transplantado. Tudo é um risco, mas porque não tentar!? Nada é

eterno“.

ANEXO III

ENTREVISTAS DO INTRA-OPERATÓRIO

E5

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☐
Feminino ☒

2. **Idade:** 58 anos

3. **Naturalidade:** Lisboa

4. Nível de ensino frequentado

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☒	Secundário	☐
2º Ciclo	☐	Superior	☐

5. Estado Civil

Solteiro/a	☐	
Casado e/ou união de facto	☒	1 filha, 3 netos e 1 bisneta
Viúvo/a	☐	
Divorciado/a	☐	

6. Agregado familiar

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☒
Filhos	☐
Pais/Sogros	☐
Outros: netos e bisneta de 7 meses	☒

7. Situação profissional trabalhava nas limpezas

Empregado

Exerce funções	☐
Baixa	☐
Desempregado	☐

Reformado

Por idade	☒
Por doença	☐
Doméstica	☒

8. Qual é a sua religião?

- Católica ☒
- Protestante ☐
- Judaica ☐
- Islâmica ☐
- Budista ☐
- Hindu ☐
- Outra ☐
- Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

- Não sou praticante ☒
- Ocasionalmente ☐
- Activamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 DIA PÓS-TRANSPLANTE

AP: DMID; HTA; Colecistectomia há 30 anos; artrite reumatóide diagnosticada em 2006; obesidade; retinopatia diabética

Causa da IRC: Nefropatia diabética

Fez HD durante 8 anos

FAV membro superior direito braquicefalica; FAV membro superior esquerdo não funcionante

Dador feminino 61 anos por AVC Hemorrágica

- Como vivenciou o Transplante Renal? (Sentimentos e emoções vividos (as) desde que o/a chamaram para ser transplantado)

“Tenho vivido a minha doença com muita tristeza, queria ir para algum lado e não podia. Sofria muito com a diálise, muitas câmbrias. O que foi mais difícil para mim mesmo, foi a diálise. Estou em lista de espera há 6 anos. E de certa forma já tinha perdido a esperança, pois via pessoas mais novas passarem à minha frente. (Vinha chorar no dia que a chamaram, no dia que deu entrada no hospital. Perguntei porquê e ela nem sabia responder). “Se era

medo da cirurgia, de não acordar, de fazer uma cirurgia em vão e o rim não funcionar; se era alegria...era uma mistura de sentimentos entre o medo e a alegria.” Ela diz que no dia que lhe telefonaram os netos agarraram-se a ela a chorar com ela, com medo.

- Acolhimento e apoio dado pelos técnicos de saúde durante a hospitalização e tratamento
- Satisfação ou não com a relação e a comunicação com os técnicos de saúde
- O que recorda de melhor e pior desde o dia do Transplante?

“O melhor foi tirarem-me da diálise; o pior o tempo de espera, quando me trouxeram a maca e ao vir o Dr. fiquei logo a chorar”.

- Expetativas que tem para a sua vida com o Transplante? Já sentiu alterações na sua qualidade de vida? Se sim, quais?

“Com o Transplante já posso sair, já não tenho que ter aquela preocupação em ir para a diálise e não chegar atrasada. Com o rim novo penso que vou poder fazer uma vida praticamente normal...”.

- O suporte informativo sobre a sua reabilitação tem sido suficiente face às suas necessidades?
- O apoio familiar tem-se mantido?

“Os meus netos é que me dão força, eles são o meu alívio, tudo, eles é que me inspira, eles sem mim não vivem. O meu marido quando não bebe até que é amigo, mas quando bebe não há quem o ature”.

- Como se sente face à medicação?

“Penso que não vou ter problemas, pois já tomava os outros todos na diálise”.

- Pensa retomar o seu trabalho?

“sim, a minha lida doméstica habitual...” (risos)

- Como vê o Transplante? As perspectivas que tinha para a sua vida após o transplante têm vindo a realizar-se?

“O Transplante é a minha salvação, nunca mais chegava este momento. Neste momento estou muito bem e realizada”.

- Como sente que as pessoas olham para si após o transplante?

“Com o Transplante não há problema, sinto que as pessoas tinham mais complexos por causa da fistula, do que propriamente por ter um rim dum morto”.

- Psicologicamente sente-se fortalecido(a) após o transplante?

E6

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☒
Feminino ☐

2. **Idade:** 56 anos

3. **Naturalidade:** Cabo Verde

4. Nível de ensino frequentado

Nenhum ☐ 3º Ciclo ☐
Primária ☒ Secundário ☐
2º Ciclo ☐ Superior ☐

Estudou em São Tomé e Príncipe até à 4ª classe

5. Estado Civil

Solteiro/a ☐
Casado e/ou união de facto ☒ 1 filho 17 anos
Viúvo/a ☐
Divorciado/a ☐

6. Agregado familiar

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira ☒
Filhos ☒
Pais/Sogros ☐
Outros ☐

7. Situação profissional trabalhava nas obras

Empregado

Exerce funções ☐

Baixa ☐

Desempregado ☐

Reformado

Por idade ☐

Por doença ☒

Reformou-se antes de ser transplantado e antes de fazer HD
por úlcera gástrica e HDA

Doméstica ☐

8. Qual é a sua religião?

Católica ☒

Protestante ☐

Judaica ☐

Islâmica ☐

Budista ☐

Hindu ☐

Outra ☐

Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

Não sou praticante ☒

Ocasionalmente ☐

Ativamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

5 DIAS PÓS-TRANSPLANTE

AP: doença obliterativa túbio-peroneal ligeira por acidente moto, donde resultou fratura joelho esquerdo; hábitos alcoólicos que resultaram em ulcera gástrica com hemorragia digestiva alta e pancreatite aguda em 2005; colecistectomia em 2006.

Causa da IRC: Nefrosclerose HTA

Fez HD durante 5 anos e 9 meses

Dador feminino 65 anos por AVC Isquémico

- Como vivenciou o Transplante Renal? (Sentimentos e emoções vividos (as) desde que o/a chamaram para ser transplantado)

“Quando me chamaram foi a maior alegria que senti na minha vida...tipo o euro milhões...só em saber que não tenho de me preocupar com as 2^{as}, 4^a e 6^a...quando iniciei a diálise deixei de poder programar nada, por exemplo: se vou até ao Porto, não tenho pressa em vir, mas

com a diálise tenho de vir sempre, é uma responsabilidade”.

“Fui chamado às 4 da manhã e às 7 horas já cá estava. Nem sequer pensava na cirurgia, só no rim que ia receber”.

- Satisfação ou não com a relação e a comunicação com os técnicos de saúde
“100%, nada a dizer”.
- O que recorda de melhor e pior desde o dia do Transplante?
“O melhor: quando me chamaram. O pior: nada a dizer, a sonda é que não gostei muito”.
- Já sentiu alterações na sua qualidade de vida? Se sim, quais?
“Claro que sim, ainda hoje estava a falar com o meu braço: “agora não vais levar mais com a agulha”. Bebo água e vejo que sai, já urino bem”.
- O suporte informativo sobre a sua reabilitação tem sido suficiente face às suas necessidades?
“Sim, mas há muitos conselhos que eu acho que não vou conseguir ajustar, tipo ficar em casa 3 meses...”.
- O apoio familiar tem-se mantido?
“Sim, apoiam muito”.
- Como se sente face à medicação?
“Não vai ser problema, tenho a mulher em casa e o filho que são os meus melhores amigos e que me vão ajudar”.
- Pensa retomar o seu trabalho?
“Não. Mas tenho uma horta: couves, batata-doce, pêra-abacate, abóbora, alface...sou eu que semeio...é na minha hortinha que pretendo trabalhar”.
- As perspetivas que tinha para a sua vida após o transplante têm vindo a realizar-se?
“Apesar de estar à espera há 6 anos, até fico muito feliz porque nunca pensei ser tão rápido, já falei com outras pessoas que esperaram muito mais que eu. Estou super feliz, mesmo não sabendo se vou ficar bem com este rim, mesmo que sejam só 2 anos, são menos 2 anos que sofro na diálise. Chegar o sábado e dizer à minha mulher: vamos até ao Algarve. Se me apetecer venho, senão fico, sem compromissos”.
- Como sente que as pessoas olham para si após o transplante?
“Por causa do Transplante não. Agora com a diálise, por causa da fístula, as pessoas perguntavam o que era, se era alguma doença.”

- Psicologicamente sente-se fortalecido(a) após o transplante?

“Super tranquilo e feliz”.

ANEXO IV

ENTREVISTAS DO PÓS-TRANSPLANTE

E7

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

4. **Sexo:** Masculino ☐
Feminino ☒

5. **Idade:** 47

6. **Naturalidade:** Guiné Bissau

4. **Nível de ensino frequentado**

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☐	Secundário	☐
2º Ciclo	☐	Superior	☒

Socióloga. Actualmente trabalha nos recursos humanos numa multinacional

5. **Estado Civil**

Solteiro/a	☒
Casado e/ou união de facto	☐
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. **Agregado familiar**

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☐
Filhos	☐
Pais/Sogros	☐
Outros: sozinha	☒

7. **Situação profissional**

Empregado Socióloga. Exercia funções numa multinacional.

Exerce funções	☐
Baixa	☐
Desempregado	☐
Reformado	
Por idade	☐
	☒

Por doença

Doméstica ☐

8. Qual é a sua religião?

Católica ☒

Protestante ☐

Judaica ☐

Islâmica ☐

Budista ☐

Hindu ☐

Outra ☐

Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

Não sou praticante ☐

Ocasionalmente ☐

Ativamente ☒

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 MÊS PÓS-TRANSPLANTE

Fazia HD no início por FAV, ultimamente por PTFE em dias alternados. HD durante 8 anos.

Causa IRC: desconhecida

- Como vivenciou o Transplante Renal? (Sentimentos e emoções vividos (as) desde que o/a chamaram para ser transplantado)

“Ainda fiquei 2 anos sem estar inscrita, por causa de um problema no coração, daí não estar à espera que me chamassem. Também nunca quis ficar muito entusiasmada. Há lá pessoas na clínica que passam os dias a pensar nisso e andam sempre muito ansiosas, à espera de serem chamadas. Eu sempre fui pedindo e rezando a Deus que se tivesse de acontecer para eu ficar bem, que fosse chamada. Se fui chamada é porque Deus quis assim. No dia que me telefonaram eram as 7 da manhã, fiquei muito receosa naquele momento, não sabia se queria, se ia desistir, mas a minha irmã como é enfermeira, pediu-me para não desistir. O

médico nefrologista que me telefonou também me mostrou que eu fui a contemplada, entre tantos que esperam esta sorte, disse-me para pensar no assunto e então lá vim eu, não sabia se ia rir se ia chorar. É uma ambivalência de sentimentos, choro, alegria, ansiedade...é difícil de explicar... ”.

- O que recorda de melhor e pior desde o dia do Transplante?

“Ganhei uma nova vida. O melhor foi sem dúvida o telefonema e o apoio que tive. Quando soube que era o nefrologista a telefonar-me fiquei muito contente, teve muita paciência comigo. O pior foi acordar com aqueles tubos todos pendurados no corpo, é que me fez muita confusão, impressionou-me muito”.

- Já sentiu alterações na sua qualidade de vida? Se sim, quais?

“Oh sim, muito. Agora estou em casa super tranquila, sem nervosismo nenhum, nem preocupações de ter que ir para a diálise. Sempre valeu a pena esta espera toda”.

- O suporte informativo sobre a sua reabilitação tem sido suficiente face às suas necessidades?

“ele...” (fala do dietista)... “foi mau, ... ao mesmo tempo que falava com ela, falava com a do lado,... nem um panfleto nos deu, nem nada, falava muito rápido...não gostei”.

- O apoio familiar tem-se mantido?

“Sim, as irmãs e sobrinhos, mas sou muito independente, vivo sozinha. Deus ajudou-me muito até aqui”.

- Como se sente face à medicação?

“Perfeitamente bem, em casa tenho tempo de verificar melhor com calma”.

- Pensa retomar o seu trabalho?

“Estou reformada, mas penso fazer qualquer coisa, logo se vê o quê...” (risos).

- As perspetivas que tinha para a sua vida após o transplante têm vindo a realizar-se?

“Na diálise não podia beber água e eu gostava muito, custou-me muito deixar de poder beber. Agora depois de ter sido operada pensei que seria difícil voltara a beber água, mas não, não me custou nada”.

- Como sente que as pessoas olham para si após o transplante? Psicologicamente sente-se fortalecido(a) após o transplante?

”Sim, muito bem. Sou muito calma por natureza, gosto de pensar, refletir, sou muito positiva, não utilizo o não, utilizo a expressão vou”.

E8

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

7. **Sexo:** Masculino ☒
Feminino ☐

8. **Idade:** 40

9. **Naturalidade:** Évora

4. **Nível de ensino frequentado**

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☒	Secundário	☐
2º Ciclo	☐	Superior	☐

5. **Estado Civil**

Solteiro/a	☐
Casado e/ou união de facto	☒
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. **Agregado familiar**

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira ☒

Filhos ☒ 1 filho 9 anos. Tem mais 2 filhas de outro casamento que vivem com a mãe.

Pais/Sogros ☐

Outros ☐

7. **Situação profissional**

Empregado

Exerce funções ☐

Baixa ☐

Desempregado ☐

Reformado operário de uma fábrica de cortiça

Por idade ☐

Por doença ☒

Doméstica ☐

8. Qual é a sua religião?

Católica ☐

Protestante ☐

Judaica ☐

Islâmica ☐

Budista ☐

Hindu ☐

Outra ☐

Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto prática a sua religião?

Não sou praticante ☐

Ocasionalmente ☐

Ativamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

3 MESES PÓS-TRANSPLANTE

Causa DRC: desconhecida

Início diálise em 2005., durante 6 meses foi por CVC, as Fistulas nunca funcionaram e depois iniciou DPCA

Transplante 17 Agosto 2011. Re-operado em 26 Agosto por função tardia do enxerto. Ainda fez diálise peritoneal pós-tranplante. Por hidronefrose colocou stent uretral e retirou a dia 22 Novembro

DADOR : rapaz 21 anos, hematoma subdural, de um acidente automóvel, no Funchal.

- Como vivenciou o Transplante Renal? (Sentimentos e emoções vividos (as) desde que o/a chamaram para ser transplantado)

“Durante 2 anos foi muito difícil aceitar a situação, sempre fui muito saudável e de repente vi-me naquela situação. Em 2 dias começaram a aparecer-me manchas, sentia-me muito

cansado e ninguém sabia o que era. No dia que me chamaram estava a fazer uma sesta, eram as 14 horas. Às 16 já cá estava. Vim de táxi. Estava farto de fazer diálise, nunca mais chegava a minha vez. Tinha lá colegas que iam mais cedo que eu e eu nunca mais ia...”

- O que recorda de melhor e pior desde o dia do Transplante?
“O pior foi sem dúvida acordar com os drenos e ter de voltar para o bloco 2ª vez”.
- Já sentiu alterações na sua qualidade de vida? Se sim, quais?
“Há sim e de que maneira. Andava sempre preocupado com as horas, tinha de levar a máquina atrás de mim, para onde quer que eu fosse. Agora ando despreocupado, mas ainda estou muito receoso, pois amanhã vou retirar o stent e tenho medo que haja algum problema”.
- O suporte informativo sobre a sua reabilitação tem sido suficiente face às suas necessidades? (limitado face aos aspetos cognitivos)
- O apoio familiar tem-se mantido?
“A minha mulher ajuda-me. Ela continua a fazer a comida para mim diferente”.
- Como se sente face à medicação?
“Tenho-me dado bem. Não me sinto mal”.
- Pensa retomar o seu trabalho?
“Talvez, mais tarde arranjar um café. Tenho cavalos, mas o médico proibiu-me de estar com eles”.
- As perspetivas que tinha para a sua vida após o transplante têm vindo a realizar-se?
“Pensei que fosse mais fácil. O que me transtorna sobre tudo são as deslocações de Évora para aqui com tanta frequência e muito dispendiosas. Com o transplante está tudo bem, sinto-me bem”.
- Como sente que as pessoas olham para si após o transplante?
“Não tenho saído de casa. Quando fazia diálise, logo no início pelo cateter, as pessoas falavam como se fossem elas que lá andavam. Eu só dizia: “vai p’ra lá e depois já podes falar”. As pessoas no meio pequeno são muito cuscas”.
- Psicologicamente sente-se fortalecido(a) após o transplante?
“Sim, sinto-me bem”.

E9

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☒
Feminino ☐

2. **Idade:** 58

3. **Naturalidade:** São Julião - Figueira da Foz. Vive em Benavente

4. Nível de ensino frequentado

Nenhum	☐	3º Ciclo	☐
Primária	☐	Secundário	☐
2º Ciclo	☒	Superior	☐

5. Estado Civil

Solteiro/a	☐
Casado e/ou união de facto	☒
Viúvo/a	☐
Divorciado/a	☐

6. Agregado familiar

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira	☒	
Filhos	☐	1 filho 36
Pais/Sogros	☐	
Outros	☐	

7. Situação profissional

Empregado

Exerce funções	☐
Baixa	☐
Desempregado	☐

Reformado pré-reforma: eletricista EDP

Por idade	☒
Por doença	☐
Doméstica	☐

8. Qual é a sua religião?

- Católica ☒
- Protestante ☐
- Judaica ☐
- Islâmica ☐
- Budista ☐
- Hindu ☐
- Outra ☐
- Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

- Não sou praticante ☒
- Ocasionalmente ☐
- Ativamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

6 MESES PÓS-TRANSPLANTE

Iniciou Diálise 9/4/09 FAV radiocefálica esquerda

Transplante 17 Maio 2011

Causa IRC: doença poliquística, conhecida em 2002

DADOR: vivo – esposa rim esquerdo

AP: HTA; acidente viação em 1977 de onde resultou fractura bacia e fémur; 2002 poliquistose hepato renal; em 2009 gastrite erosiva; CVL em 2010

- Como vivenciou o Transplante Renal? (Sentimentos e emoções vividos (as) desde que o/a chamaram para ser transplantado)

“O médico já me tinha preparado para ter que fazer diálise, mais cedo ou mais tarde. Ultimamente já fazia 3 vezes por semana, com as viagens para Santarém era muito complicado para gerir o tempo. No início foi muito complicado, passava muito mal, principalmente quando me tiravam mais de 3 kg, quando me apercebi que o meu limite eram 3 kg, já fazia mais cuidado com a água e com a alimentação, depois já corria melhor. Não

foi muito difícil a restrição da água e da comida, foi uma questão de tempo. De certo já andava farto da diálise e já tinha em mente fazer DP. Entretanto a esposa voluntariou-se para me dar um rim, só que eu tinha medo, podia rejeitar e depois não era para mim, nem para ela. Já estava saturado de estar preso à máquina e com o Transplante voltei à liberdade. Tenho um neto de 4 anos, que foi a melhor coisa que me apareceu e ir para a diálise e privar-me de estar com ele era a pior coisa”.

- O que recorda de melhor e pior desde o dia do Transplante?

“O melhor foi acordar e não ter dores nenhuma. Os drenos e as outras coisas não me atrapalharam. O pior foi quando fomos os dois para o bloco, cada um para sua sala e ainda me lembro de ouvir “podem começar com a senhora” e isso afectou-me”.

- Já sentiu alterações na sua qualidade de vida? Se sim, quais?

“Sim, não estar com a preocupação das horas, da diálise, fazer o que quero, estar com o meu neto”.

- O suporte informativo sobre a sua reabilitação tem sido suficiente face às suas necessidades?

- O apoio familiar tem-se mantido?

- Como se sente face à medicação?

“Pôs despertadores no telemóvel para me dar sinal as horas certas para tomar os medicamentos”(risos).

- Pensa retomar o seu trabalho?

“Vivo no campo, trabalho a minha horta”.

- As perspetivas que tinha para a sua vida após o transplante têm vindo a realizar-se?

“Tinha muitas dúvidas, pois tinha a ideia que se fosse um rim de dador vivo tinha mais hipóteses de correr bem, porque era tirar de um lado e meter no outro. De certa forma estou muito satisfeito, sinto-me muito bem. O problema que me aconteceu foi ao fim de 2 meses apareceu-me a zona na região do pescoço e ainda estou a fazer a medicação, de vez em quando é com cada guinada, 3 segundos e passa logo, mas dói que se farta...”.

- Como sente que as pessoas olham para si após o transplante? Psicologicamente sente-se fortalecido?

E10

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** Masculino ☐

Feminino ☒

2. **Idade:** 68

3. **Naturalidade:** Lapa - Cartaxo

4. **Nível de ensino frequentado**

Nenhum ☐ 3º Ciclo ☐

Primária ☒ Secundário ☐

2º Ciclo ☐ Superior ☐

5. **Estado Civil**

Solteiro/a ☐

Casado e/ou união de facto ☒

Viúvo/a ☐

Divorciado/a ☐

6. **Agregado familiar**

Com quem habita?

Marido/Mulher ou Companheiro/Companheira ☒

Filhos 2 filhas: ☐

45-rapaz 27; rapariga 20/ 41-rapaz 7

Pais/Sogros ☐

Outros ☐

7. **Situação profissional**

Empregado toda a vida foi doméstica, trabalhou na horta e cuidou dos animais

Exerce funções ☐

Baixa ☐

Desempregado ☐

Reformado

Por idade ☒

Por doença ☐

Doméstica ☐

8. Qual é a sua religião?

Católica ☒

Protestante ☐

Judaica ☐

Islâmica ☐

Budista ☐

Hindu ☐

Outra ☐

Não sou religioso ☐

9. No caso de ser religioso, até que ponto pratica a sua religião?

Não sou praticante ☒

Ocasionalmente ☐

Ativamente ☐

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 ANO PÓS-TRANSPLANTE

Causa IRC: Nefropatia IGA

Dador cadáver 47 anos (AVC hemorrágico)

Iniciou HD 12/03/2003, 7 anos PTFE e ainda funciona 3 vezes semana.

AP: Bócio nodular; FA paroxística; satatus post hapatopia isquémica; CVL; Histerectomia

- Como vivenciou o Transplante Renal? (Sentimentos e emoções vividos (as) desde que o/a chamaram para ser transplantado)

“Ia a sair para a diálise quando me telefonaram. Nunca tive desespero pelo rim. Sempre pensei se for para ficar melhor, que apareça, se não for, que não apareça. Não fiquei triste, nem alegre, mas foi um alívio que senti quando me chamaram”.

- O que recorda de melhor e pior desde o dia do Transplante?

“O melhor foi quando acordei e vi que estava viva; o pior foi acordar com os tubos”.

- Já sentiu alterações na sua qualidade de vida? Se sim, quais?

“Todas. Só não ter que ir para a diálise, estar a olhar para o relógio...”

- O suporte informativo sobre a sua reabilitação tem sido suficiente face às suas necessidades?

“Penso que sim”

- O apoio familiar tem-se mantido?

“Sempre”

- Como se sente face à medicação?

“Adaptei-me bem, já tomava antes do transplante”.

- Pensa retomar o seu trabalho?

“Agora ajudo o marido a tomar conta da quinta e dos animais. Faço a minha vida normal, mediante as minhas limitações, também já não sou nova...” (Risos)

- As perspetivas que tinha para a sua vida após o transplante têm vindo a realizar-se?

“A minha qualidade de vida melhorou muito, mas os primeiros 3 meses após foi muito mau, porque estava sempre sozinha em casa. Agora, neste momento, posso dizer que foi a melhor coisa que me aconteceu. Agora se tivesse que voltar para a diálise preferia que Deus me levasse”.

- Como sente que as pessoas olham para si após o transplante?

“normal...”

- Psicologicamente sente-se fortalecido(a) após o transplante?

ANEXO V

AVALIAÇÃO ENSINO CLINICO I

Consultas



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Sr. 1^{ra} Carla Ferreira colaborou nas intervenções de enfermagem na unidade de transplante renal revelando conhecimentos e competências adequados e grande responsabilidade no cuidar de pessoa com doença renal crónica. Ao longo do estágio destaca-se a grande motivação para aprender todas as técnicas que a unidade lhe pode proporcionar, demonstrando sempre grande interesse e empenho. Demonstrou também grande competência relacionar-se mantendo muito boas relações profissionais com a equipe de saúde e muito fácil de trabalhar no grupo, assim como estabeleceu uma excelente relação com o utente e família.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 27/10/11

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carla Cunha Fernandes Instituição: H.S.C - CHLO Serviço: C-Galeria - Unidade Transplante Renal
Efectuado de 3/10/11 a 2/11/11 Docente: _____ Orientador: Ana Cristina Sobrinho

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Muito bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Excelente

O Docente:

Orientador:

Data:

Internamento



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Carla necessita de consolidar ideias e definir estratégias para atingir objectivos do seu projecto. Deve centrar-se mais no âmbito da sua temática. Contudo, demonstrou responsabilidade profissional e desenvolveu um bom trabalho junto do doente submetido a Transplante Renal, pode dizer-se que houve uma evolução favorável no decorrer do estágio. A avaliação é Boa.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 18/11/2011 Orientador

Assinatura

Data: Estudante



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: _____ Instituição: _____ Serviço: Unidade Geral Transplantação Renal
Efectuado de ____/____/____ a ____/____/____ Docente: _____ Orientador: Paula João Paques

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências das funções;	15
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	15
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	15
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	16

O Docente: _____ Orientador: Paula João Paques Data: ____/____/____

ANEXO VI

AVALIAÇÃO ENSINO CLINICO II

Hemodiálise



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica: A alumna revela boa relação profissional. É afável e acolhedora, demonstrando empatia para com o utente e envolve-se nos cuidados aos mesmos. Tem um processo de integração rápido e harmonioso com o restante grupo de profissionais. Demonstrou grande interesse em adquirir e melhorar novos conhecimentos, sobretudo a nível técnico, que estão envolvidos na prática da hemodiálise. Tomou contacto com os protocolos estabelecidos no serviço, colocando-os em prática na sua intervenção como enfermeira. A medida que os procedimentos se foram consolidando, a sua prática profissional melhorou em termos de execução e resolução de problemas. Revela sentido de responsabilidade e solicita ajuda e orientação sempre que necessita. Avaliação qualitativa de: muito bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 17/02/2012 Orientador: Odete Maria Paschoa Afonso Assinatura: Odete Afonso
Data: 17/02/2012 Estudante: Carla Sofia Cunha Fernandes



AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carla Sofia Cunha Fernandes Instituição: Hospital de Santa Maria Serviço: Hemodiálise
Efectuado de 03/01/2012 a 17/02/2012 Docente: Prof. Gália Novaes Orientador: Gália Novaes

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Muito bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Muito bom
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho. Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas. Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas. C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Muito bom

O Docente: Orientador: Odete Maria Paschoa Afonso Data: 17/02/2012

ANEXO VII

ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Infeção associada aos Cuidados de Saúde



SERVIÇO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS NÚCLEO DE FORMAÇÃO

Declaração

Carla Sofia Cunha Fernandes, esteve presente na Acção de Formação sobre *"Infecção Associada aos Cuidados de Saúde"*, realizada neste Hospital, no dia 24 de Outubro de 2011, com duração de 2 horas.

Participou no seguinte Módulo:

- Recomendações para a Prevenção da Infecção relacionada com Cateter Venoso Central e Política de Anti-Sépticos e Desinfectantes

Lisboa, 06 de Janeiro de 2012

A Coordenadora do Núcleo de Formação


(Ana Cristina Alves)