UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE ENSINO DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

SIMONE APARECIDA MACHADO DO NASCIMENTO FERREIRA

SABERES E PRÁTICAS COMPARTILHADOS COM CLIENTES RENAIS A TRANSPLANTAR: educação em saúde para o cuidado de si

RIO DE JANEIRO

2017

Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira

SABERES E PRÁTICAS COMPARTILHADOS COM CLIENTES RENAIS A TRANSPLANTAR: educação em saúde para o cuidado de si

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.ª Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira

RIO DE JANEIRO

2017

CIP - Catalogação na Publicação

F383s Ferreira, Simone Aparecida Machado do Nascimento
s Saberes e Práticas Compartilhados Com Clientes Renais a Transplantar: educação em saúde para o cuidado de si / Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira. -- Rio de Janeiro, 2017.
165 f.

Orientadora: Maria Luiza de Oliveira Teixeira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem. 2. Educação em saúde. 3. Doença Renal Crônica. 4. Transplante de rim. 5. Cuidados de enfermagem. I. Teixeira, Maria Luiza de Oliveira, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira

SABERES E PRÁTICAS COMPARTILHADOS COM CLIENTES RENAIS A TRANSPLANTAR: educação em saúde para o cuidado de si

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 11 de maio de 2017.

_____

Prof.ª Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Presidente (EEAN/UFRJ)

_____

Prof.ª Dra. Cristina Lavoyer Escudeiro
1ª examinadora (EEAAC/UFF)

_____

Prof.ª PhD Dra. Silvia Teresa Carvalho de Araújo
2ª examinadora (EEAN/UFRJ)

_____

Prof.ª Dra. Simone Cruz Machado Ferreira
Suplente (EEAAC/UFF)

_____

Prof.ª Dra. Marta Sauthier
Suplente (EEAN/UFRJ)

DEDICATÓRIA

Este estudo é dedicado:

Ao Senhor meu Deus.

Aos clientes renais que fizeram a opção pelo transplante renal como terapia substitutiva, pela disponibilidade de tempo, conferidos à concretização desta pesquisa, através dos momentos de compartilhamentos, confiança e carinho.

Ao meu marido e filhas, pela cumplicidade, apoio, auxílio, pelas palavras de otimismo e carinho, em momentos difíceis no decorrer da minha trajetória até a conclusão de um sonho.

A minha mãe, ao meu pai (in memoriam) que, mesmo ausente, sempre acreditou na minha capacidade de ir além e a meus irmãos, pelo amor incondicional que fortalece e apoia, pela compreensão diante das minhas ausências no decorrer do curso e por sempre acreditarem em mim.

Aos meus amigos que acreditaram no meu trabalho, desde quando ainda era um sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao Senhor meu Deus, de todo o meu coração, por mais esta conquista, e por todas as bênçãos derramadas sobre minha vida. Por estar me amparando e me sustentando até o momento, sem o qual eu não conseguiria!

Às minhas queridas orientadora e coorientadora, coautoras deste trabalho, Maria Luiza de Oliveira Teixeira e Elen Castelo Branco. Por acreditarem em mim e me incentivarem em todos os momentos desta trajetória, fazendo-me superar dificuldades e assim realizar sonhos. Pelas palavras de estímulo e conforto, em todas as circunstâncias advindas deste trabalho. Obrigada pelo carinho, pela confiança, pela oportunidade e por fazerem parte da minha história.

À minha mãe Erinete e ao meu pai João (in memoriam), pais maravilhosos, obrigada pelo amor. Mãe, obrigada pelas horas de apoio e de conversas, pelas orações e palavras de carinho e encorajamento. Você sempre foi o meu maior exemplo, mulher guerreira, que, após vencer o câncer, incentivou-me a ir em busca dos meus sonhos; o meu muito obrigada, o que é pouco diante de tudo!

Ao meu esposo Edson, pelo amor, companheirismo, pelo apoio e compreensão durante toda a caminhada. Obrigada pelo incentivo! Você é e sempre será o amor da minha vida!

Às minhas filhas Thaiane e Thainá, e ao meu sobrinho Antônio Victor, pessoas que me mostraram como é possível amar alguém mais do que a nós mesmos. Obrigada pelo simples fato de existirem e me darem forças para seguir caminhando, mesmo quando o cansaço parecia me vencer! Pelas palavras de incentivo, em momentos de conflitos internos, pela ajuda com as tecnologias e traduções. Por mostrarem que posso ir além, que tudo depende só de mim!

Aos meus irmãos Silvia, Silvânia e Jefferson, que, mesmo distantes, de alguma forma se fizeram presentes, nesta árdua trajetória.

Às minhas amigas e companheiras de trabalho, Flávia Souza e Eliane Machado, pelo compartilhar de saberes. E, principalmente, pelas palavras de incentivo e pelas orações durante todo o processo, que me encorajaram nos momentos em que o desânimo surgia, e os problemas tentavam me abater e me fazer pensar em desistir.

Aos amigos Therezinha Amoreira, Harlon Menezes, Christiane Moçali, Celi Cordeiro, Sonia Peçanha, pelo carinho, amizade, companheirismo, incentivo e apoio.

Às professoras componentes da Banca Examinadora, Marta Sauthier, Silvia Teresa, Cristina Escudeiro e Simone Ferreira, pela disponibilidade e inestimáveis contribuições.

À equipe médica do serviço de nefrologia, aos companheiros de enfermagem, à Assistente Social, à nutricionista, ao psicólogo da equipe, dispostos a compartilhar saberes!

À Diretora da Divisão de Enfermagem, Enfermeira Mestre Maria Cecília Bosa e à Diretora Substituta Enfermeira Mestre Olinda Tardelle, pelo carinho, apoio e incentivo.

À equipe da secretaria da Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, especialmente à Cintia Nóbrega e Sônia Xavier, pelo atendimento sempre atencioso e carinhoso.

À equipe de enfermagem do setor de nefrologia, pelas contribuições e respeito pela pesquisa.

Aos amigos e familiares que de alguma forma estiveram ao meu lado nessa jornada e compreenderam momentos de ausência ou distanciamento.

MUITO OBRIGADA!

Deus de detalhe

Eu tenho um Deus
Que cuida de mim em cada detalhe
Eu tenho um Deus
Que já fez em mim o seu milagre

Livrou-me do que eu nem cheguei a ver
Já tinha um plano certo, antes de eu nascer
E para cada coisa que ia perder
Preparou o dobro para me devolver

Abriu cada porta que o mundo fechou
Eu não valia nada ele me deu valor
Mudou minha história e me fez alguém
E me disse que os seus sonhos vão além
Do que eu possa imaginar
Deus está cuidando de mim
Nos detalhes cuida de mim
Seu amor é sobrenatural
Faz com que eu me sinta especial...
(...)
E o meu trabalho é esperar e descansar no seu amor
Pois Deus está cuidando, cuidando de tudo.

Pr. Lucas

RESUMO

FERREIRA, Simone Aparecida Machado do Nascimento. **Saberes e práticas compartilhados com clientes renais a transplantar**: educação em saúde para o cuidado de si. 2017. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O objeto deste estudo centra-se nos saberes e práticas dos clientes renais crônicos sobre o cuidado de si no pré e no pós- transplante. Os objetivos: descrever os saberes e práticas do cliente renal crônico sobre o cuidado de si no pré e no pós- transplante; analisar esses saberes e práticas na ótica do cuidado de si e elaborar estratégia educativa a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional. Estudo qualitativo, norteado pelos conceitos da teoria problematizadora de Freire na construção e na produção dos dados aliado ao método de pesquisa convergente-assistencial. Os participantes foram 11 clientes a transplantar em um hospital universitário do Rio de Janeiro. As etapas de desenvolvimento da pesquisa consistiram em: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; perfil sociocultural e econômico dos participantes da pesquisa; discussões individuais; construção do material educativo através da metodologia participativa e problematizadora, resultante do compartilhar de saberes e práticas dos clientes renais a transplantar. Emergiram três categorias, através da análise de conteúdo: saberes e práticas dos clientes portadores de insuficiência renal crônica a transplantar acerca do transplante; fontes de informação e de aprendizagem acerca do transplante dos clientes portadores de insuficiência renal crônica e avaliação dos cuidados compartilhados pelos clientes com a enfermeira-pesquisadora. Os resultados revelaram o desconhecimento da doença, dos sinais e dos sintomas e a perda da autonomia de alguns clientes na escolha da terapia de substituição, devido à demora na descoberta da doença. E que os clientes possuem saberes e práticas do senso comum, pautados em experiências, vivências e crenças, as quais devem ser consideradas e respeitadas. Tais princípios norteiam o pensamento freiriano, sustentado na prática dialógica, segundo a qual pensamos no homem como protagonista do seu cuidado, na valorização das relações humanas e na compreensão de que o indivíduo é capaz de desenvolver o senso crítico e a reflexão sobre o cuidado de si, através do compartilhamento de saberes proporcionado pelo método utilizado na pesquisa PCA. Os saberes e as práticas são

construídos com o cliente e não para o cliente, e o sujeito é participante autônomo da decisão e da escolha. A educação, por meio de diálogo e de uma conduta ética em um processo gerador de reflexão e de mudanças, transformou saberes ingênuos em consciência crítica para o cuidado de si no pré e no pós-transplante e contribuíram para a elaboração conjunta da cartilha através da articulação entre a prática e os saberes comuns e científicos de uma tecnologia educativa.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Saúde. Doença Renal Crônica. Transplante de Rim. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

FERREIRA, Simone Aparecida Machado do Nascimento. **Knowledge and shared practices with renal clients to be transplanted**: health education for the care of self. 2017. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The object of this study focuses on the knowledge and practices of clients with chronic renal on the care of themselves in the pre- and post-transplant period. The objectives: to describe the knowledge and practices of the chronic renal client on self-care in the pre- and post-transplant period; Analyze these knowledge and practices from the perspective of self-care and elaborate educational strategy based on the sharing of knowledge and the client and the professional practices. Qualitative study, guided by the concepts of Freire theory of problematical in the construction and production of the data, together with the convergent research method-assistence. The participants were 11 customers to be transplanted in a university hospital of Rio de Janeiro. The stages of development of the research consisted of: signature of free and informed consent term; Sociocultural and economic profile of the participants of the survey; Individual discussions; Construction of the educational material through participatory and problematical methodology due to the sharing of knowledge and practices of renal clients to be transplanted. Three categories emerged through content analysis: knowledge and practices of clients with chronic renal failure to transplant about transplantation; Sources of information and learning about the transplantation of patients with chronic renal failure and evaluation of shared care for clients with the nurse-researcher. The results revealed the lack of knowledge about the disease, the signs and symptoms and the loss of the autonomy of some clients in the choice of replacement therapy due to the delay in the discovery of the disease. And that clients possess knowledge and common-sense practices, based on experiences and beliefs, which must be considered and respected. These principles guide the thought Freiriano, sustained on dialogic practice that we think of man as the protagonist of his care, in appreciation of human relationships and of understanding that the individual can develop the critical thinking and reflection about the care of themselves, through sharing of knowledge provided by the method used in the PCA survey. Knowledge and practices are built with the client, not to the client, and the subject is an autonomous participant in decision and choice. Education, through dialogue and ethical conduct in a

process that generated reflection and generator changes, transformed naive knowledge into a critical conscience to the care of oneself in the pre- and post-transplant, and contributed to the drafting of the joint primer through the articulation between the practice and common and scientific knowledge of an educational technology.

Keywords: Nursing. Health Education. Chronic Renal Disease. Kidney Transplantation. Nursing care.

RESUMEN

FERREIRA, Simone Aparecida Machado do Nascimento. **Conocimientos y prácticas compartidas con clientes el renales trasplante**: educación para la salud para el cuidado de sí mismos. 2017. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

El objeto de este estudio se centra en los saberes y prácticas de los clientes renales crónicos sobre el cuidado de sí en el pre y en el post-transplante. Los objetivos: describir los saberes y prácticas del cliente renal crónico sobre el cuidado de sí en el pre y en el post-transplante; Analizar esos saberes y prácticas en la óptica del cuidado de sí y elaborar estrategia educativa a partir del intercambio de saberes y prácticas del cliente y del profesional. Estudio cualitativo, orientado por los conceptos de la teoría problematizadora de Freire en la construcción y la producción de los datos aliado al método de investigación convergente-asistencial. Los participantes fueron 11 clientes a transplantar en un hospital universitario de Río de Janeiro. Las etapas de desarrollo de la investigación consistieron en: firma del término de consentimiento libre y esclarecido; Perfil sociocultural y económico de los participantes de la investigación; Discusiones individuales; Construcción del material educativo a través de la metodología participativa y problemática, resultante del compartir de saberes y prácticas de los clientes renales a trasplantar. Emergieron tres categorías, a través del análisis de contenido: saberes y prácticas de los clientes portadores de insuficiencia renal crónica a transplantar acerca del trasplante; Fuentes de información y de aprendizaje sobre el trasplante de los clientes portadores de insuficiencia renal crónica y evaluación del cuidado compartido por los clientes con la enfermera-investigadora. Los resultados revelaron el desconocimiento de la enfermedad, los signos y los síntomas y la pérdida de la autonomía de algunos clientes en la elección de la terapia de sustitución, debido a la demora en el descubrimiento de la enfermedad. Y que los clientes poseen saberes y prácticas del sentido común, pautados en experiencias, vivencias y creencias, las cuales deben ser considerada y se respetada. Tales principios orientan el pensamiento freiriano, sostenido en la práctica dialógica, según la cual pensamos en el hombre como protagonista de su cuidado, en la valorización de las relaciones humanas y en la comprensión de que el individuo es capaz de desarrollar el sentido crítico y la reflexión sobre el cuidado de a través del intercambio de conocimientos proporcionado por el método utilizado en la investigación PCA. Los saberes y

las prácticas se construyen con el cliente y no para el cliente, y el sujeto es participante autónomo de la decisión y de la elección. La educación, por medio de diálogo y de una conducta ética en un proceso generador de reflexión y de cambios, transformó saberes ingenuos en conciencia crítica para el cuidado de sí en el pre y en el post-trasplante y contribuyeron a la elaboración conjunta de la cartilla a través de la cartera articulación entre la práctica y los saberes comunes y científicos de una tecnología educativa.

Palabras clave: Enfermería. Educación en Salud. Enfermedad Renal Crónica. Trasplante de riñón. Cuidados de Enfermería.

.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma para avaliação da DRC 36

Figura 2 - Princípio da problematização segundo Freire 48

Figura 3 - Representação do referencial e metodologia da pesquisa 51

Figura 4 - Esquematização das etapas de produção de dados 60

Figura 5 - Retorno do cliente após o transplante 61

Figura 6 - Localização anatômica do rim enxertado 62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o sexo 68

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária 69

Gráfico 3 - Situação ocupacional e benefícios recebidos 71

Gráfico 4 - Renda familiar 72

Gráfico 5 - Religião informada 77

Gráfico 6 - Prováveis causas da Insuficiência Renal Crônica 83

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados das buscas bibliográficas nas bases MEDLINE e LILACS ... 31

Quadro 2 - Resultados das buscas bibliográficas nas Bases MEDLINE e LILACS ... 33

Quadro 3 - Esquema vacinal adaptado 83

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Estadiamento da DRC proposto pelo KDOQI e atualizado pelo *National Collaborating Centre for Chronic Condition* 35

Tabela 2 - Situação conjugal 73

Tabela 3 - Tipo de habitação 74

Tabela 4 - Número de pessoas que residem no domicílio 74

Tabela 5 - Presença de animais domésticos 75

Tabela 6 - Tipos de animais domésticos no domicílio 76

Tabela 7 - Escolaridade 79

Tabela 8 - Números de filhos 80

Tabela 9 - Idade dos filhos 80

Tabela 10 - Quanto ao tipo de doador escolhido pelos participantes 84

Tabela 11 - Quanto ao tipo de terapia de substituição escolhida 84

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AST	Sociedade Americana de Transplante
BDENF	Bases de dados da Enfermagem
BRA	Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina
CNCDO	Capacitação e Distribuição de Órgãos
DM	Diabetes Mellitus
DPA	Diálise peritoneal automatizada
DPAC	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPI	Diálise peritoneal intermitente
DRC	Doença renal crônica
EUA	Estados Unidos da América
FAV	Fístula arteriovenosa
GESF	Glomeruloesclerose segmentar e focal
GNC	Glomerulonefrite Crônica
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HD	Hemodiálise
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IECA	Inibidores da Enzima conversora da Angiotensina
IMC	Índice de massa corpórea
IRA	Insuficiência renal aguda
IRC	Insuficiência renal crônica
IST	Índice de saturação de transferrina
KDIGO	*Kidney Disease Improving Global Outcomes*
KDOQI	*Kidney Disease Quality Outcomes Quality Initiative*
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe da Saúde
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
LFS	Letramento funcional em saúde

LS	Letramento em saúde
MG	Ministério de Saúde
MS	Minas Gerais
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
NUCLEARTE	Núcleo de Pesquisa e Ensino do Departamento de Enfermagem Fundamental
PCA	Pesquisa convergente-assistencial
PCV13	Vacina antipneumocócica conjugada 13-valente
pmp	Pacientes por milhão da população
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPV23	Vacina antipneumocócica polissacarídica 23-valente
PR	Paraná
PTFE	Prótese sintética de politetrafluoretano
RAC	Relação Albuminúria Creatinúria
RBT	Registro Brasileiro de Transplante
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SC	Santa Catarina
SLANH	*Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión*
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SOBEN	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia
SP	São Paulo
STALYC	*Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Transplante*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de filtração glomerular
TOS	Transplante de órgãos sólidos
TSR	Terapia de substituição renal
TX	Transplante
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VPH	Vacina papiloma vírus humano

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS 22
1.1 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E O PROBLEMA DE PESQUISA 22
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO 28
1.3 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO 28
CAPÍTULO II - BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS 35
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE DOENÇA RENAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO 35
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSPLANTE RENAL, TIPOS, LEGISLAÇÃO, CUIDADOS NO PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE 37
2.2.1 Transplante renal preemptivo 38
2.3 ÉTICA E O CUIDADO DE SI 43
2.4 PEDAGOGIA DE FREIRE, EDUCAÇÃO E O CUIDADO NA ENFERMAGEM . 46
CAPÍTULO III – METODOLOGIA 52
3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA 52
3.2 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA) 54
3.2.1 Fase da concepção 55
3.2.2 Fase de instrumentação 55
3.2.2.1 Escolha do espaço 55
3.2.2.2 Escolha dos participantes 57
3.2.2.3 Método e técnica de obtenção das informações 58
3.2.3 **Fase da perscrutação** 58
3.2.3.1 Etapas para produção de dados 59
3.2.4 Fase de análise e interpretação 64
3.3 ASPECTOS ÉTICOS 65
3.4 DIFICULDADES E LIMITAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA 65
CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA 68
CAPÍTULO V - SABERES E PRÁTICAS DOS CLIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA A TRANSPLANTAR ACERCA DO TRANSPLANTE 86

5.1 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DOS CLIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA A TRANSPLANTAR ACERCA DO TRANSPLANTE E SUA ATUAL CONDIÇÃO 89
5.2 SABERES DOS CLIENTES A TRANSPLANTAR E CUIDADOS RELACIONADOS AO TRANSPLANTE …..... 93
5.3 SABERES ACERCA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO TRANSPLANTE RENAL COMO TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO 101
CAPÍTULO VI - FONTES DE INFORMAÇÃO E DE APRENDIZAGEM DOS CLIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA A TRANSPLANTAR ACERCA DO TRANSPLANTE 105
CAPÍTULO VII - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO MATERIAL EDUCATIVO COM ORIENTAÇÕES SOBRE TRANSPLANTE RENAL 109
CAPITULO VIII - AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS COMPARTILHADOS PELOS CLIENTES COM A ENFERMEIRA PESQUISADORA E A ELABORAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO 128
8.1 AVALIAÇÃO SOBRE A METODOLOGIA E PROCESSO DO CUIDADO DE SI 128
8.2 AVALIAÇÃO DO MATERIAL CONSTRUÍDO ATRAVÉS DO COMPARTILHAMENTO DE SABERES COM OS CLIENTES A TRANSPLANTAR 130
8.3 AVALIAÇÃO DA ENFERMEIRA PESQUISADORA SOBRE A EXPERIÊNCIA DE EDUCAR-ASSISTIR PESQUISAR 131
CAPITULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS 133
REFERÊNCIAS 138
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 145
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CONDUZIR O DIÁLOGO/REFLEXÃO 148
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIOCULTURAL DO PARTICIPANTE DA PESQUISA 149
APÊNDICE D – DESENHO DO RETORNO DO CLIENTE APÓS O TRANSPLANTE 152
APÊNDICE E - DESENHOS ESQUEMÁTICOS DE COMO FICA ANATOMICAMENTE A ACOMODAÇÃO DO ÓRGÃO ENXERTADO 153

ANEXO A – FÓRMULAS PARA O CÁLCULO DA TFG – TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR 154
ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DA DRC 155
ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO HUCFF/UFRJ 156
ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM (DEN) DO HUCFF/UFRJ 157
ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HUCFF/UFRJ 158
ANEXO F – PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS CEP 159

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E O PROBLEMA DE PESQUISA

O estudo teve origem na minha vivência durante treze anos como enfermeira do Setor de Nefrologia e Transplante Renal em um hospital universitário. Essa vivência possibilitou a integração entre atividades gerenciais inerentes à chefia do setor e à prática assistencial aos clientes renais que se internavam para descobrir o diagnóstico médico, para solucionar problemas de disfunção do enxerto transplantado e para realizarem transplante intervivos ou entre falecido e vivo.

Percebi que, além da ferida cirúrgica e do fato de esses clientes saírem ou não da dependência da máquina de hemodiálise, ou da diálise peritoneal, eles apresentavam problemas de diversas naturezas, tais como psicológicos, sociais, econômicos e culturais, além de dúvidas quanto aos procedimentos técnicos e à orientação sobre o cuidado de si.

Nesse período de trabalho, pude vivenciar situações únicas, que me fizeram questionar a efetividade da emissão e da recepção das orientações e do trabalho desenvolvido no período pré, trans e pós-transplante renal. Dentre as situações vivenciadas, posso citar o retorno à internação de clientes com infecções urinárias; a escolha de uma alimentação inadequada, rica em sódio; a crença de poder realizar qualquer tipo de atividade sem precaução e o impacto que essa atitude produzia no enxerto, entre outras complicações presentes desencadeadoras e responsáveis pelo retorno do cliente, por exemplo: esofagite por citomegalovírus, ligada à possível não prevenção durante a atividade sexual associada ao período pós-transplante. Tais ocorrências provocam longos períodos de permanência hospitalar e até a perda do enxerto, ou seja, a perda do rim transplantado.

Essa perda gera problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e familiar, que são percebidos e sentidos no cliente na fase de seu preparo para o transplante na unidade de internação, e também, após o transplante, que caracteriza a nova etapa do ciclo vital.

Estamos nos referindo a uma doença limitante e socialmente excludente, pois o indivíduo sofre com o prejulgamento sobre as formas de tratamento, com o prognóstico de sua doença e com o afastamento provocado pela necessidade de reavaliação laboratorial, de sessões de diálise e de consultas regulares. Impõem-se, assim, tanto limitações quanto ao trabalho como ao convívio social e familiar.

A versão atualizada das diretrizes sobre Doença Renal Crônica (DRC), elaboradas pelo *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO, 2009), mantém a definição de doença renal crônica como anormalidades da estrutura e/ou função dos rins presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde, porém adverte que uma variedade de anormalidades na estrutura e na função dos rins pode existir, contudo nem todas as doenças causam implicações clínicas indesejáveis para a saúde do indivíduo. A doença é classificada com base na causa, na categoria da taxa de filtração glomerular (TFG) e na albuminúria (Tabela 1), o que permite identificar os riscos de desfechos adversos relacionados ao comprometimento renal e ao óbito, e a necessidade de se estabelecer a causa da DRC, bem como sua importância para a escolha do tratamento específico, a fim de modificar as projeções de risco (KIRSZTANJ et al., 2014).

A DRC é uma doença de curso prolongado, de início insidioso e evolução assintomática, mas existem clientes que, mesmo com taxa de filtração glomerular mínima, ainda não possuem indicação de tratamento dialítico e podem ser mantidos em tratamento conservador. Este tratamento inicia-se no momento do diagnóstico da doença renal crônica e pode ser mantido em longo prazo. Quanto mais precocemente se inicia o tratamento conservador, maiores serão as chances de preservação da função dos rins (BRASIL, 2014b).

Apesar do tratamento conservador, a DRC progride até estágios avançados e então o cliente é preparado para a diálise ou para o transplante. Cabe ressaltar que esses clientes têm o direito, conforme preconizado pelo Ministério de Saúde, de optar pela realização ou não do transplante, pela saída ou não da dependência da máquina de hemodiálise ou da diálise peritoneal (BRASIL, 2014b).

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão podem reduzir o sofrimento dos clientes e os custos financeiros com o tratamento. Como as duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, é a equipe multiprofissional que trabalha na área de atenção básica à saúde que cuida das pessoas acometidas por essas patologias.

No hospital que serviu de cenário para o estudo, existem dois ambulatórios utilizados para o atendimento a hipertensos e a diabéticos, com presença de enfermeiros.

Estes acompanham e orientam os pacientes, não através de uma consulta propriamente sistematizada, mas através de uma consulta em que os sujeitos participantes têm voz. Essa possibilidade de falar faz emergir o problema, e por meio do diálogo consegue-se uma mudança no comportamento, não só da clientela, mas também do profissional envolvido. No momento, entretanto, não existe um ambulatório com consulta de enfermagem direcionada

aos clientes com DRC, devido à falta de estrutura e à deficiência de recursos humanos da instituição, cenário da pesquisa.

Em 2013, no Estados Unidos da América (EUA), 88,4% de todos os casos de incidentes iniciaram uma terapia de substituição renal com hemodiálise: 9,0% por meio de diálise peritoneal e 2,6% por meio de transplante de rim. O uso de diálise peritoneal e de transplante renal preventivo foram relativamente mais comuns em grupos mais jovens e menos comuns entre os clientes negros ou hispânicos (SARAN et al., 2016).

No Brasil, mediante o Censo 2016, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), é possível comprovar que a realidade identificada não se distancia da evidenciada no exterior, em termos do tipo de tratamento dialítico: 38.437 clientes, o correspondente a 91,4% dos clientes, realizavam hemodiálise como Terapia Renal Substitutiva através do SUS (Sistema Único de Saúde), e 83%, ou seja, 7.279 clientes, realizavam hemodiálise não SUS, o que ultrapassou mais de 39.714 mil casos novos de 2007 a 2016 (SBN, 2016).

Em 2016, o censo revelou, somente na região sudeste, uma população de 86,35 milhões de habitantes. 309 unidades clínicas de TSR participaram desse censo, enviando informações de atendimento de um total de 50.807 clientes. Isso corresponde a 39.714 novos clientes em diálise no Brasil. Desse total, 88% estavam em diálise oferecida pelo convênio com o Sistema Único de saúde (SUS), com 47% de unidades hospitalares e com 53% de clínicas satélites. O total estimado em tratamento dialítico por ano é de 122.825 clientes e, em fila de espera para transplante, 29.268 clientes ativos (SBN, 2016).

Os clientes renais apresentam como comorbidades e como causa da doença renal: Hipertensão Arterial (HAS) 34%, Diabetes Mellitus (DM) 30%, Glomerulonefrite Crônica (GNC) 9%, Rins policísticos 4%, 12% outros e 11% causas indefinidas (SBN, 2016).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), no período compreendido entre janeiro de 2006 a dezembro de 2016, foram realizados 52.188 transplantes de rim, dentre eles 35.165 provenientes de doador cadáver ou falecido, pela nova nomenclatura, e 17.023 de doador vivo. A região que mais realiza esse tipo de transplante é a Sudeste. Em destaque, o estado de São Paulo (SP), com a realização de 2.049 transplantes de rim (573 de doador vivo e 1476 de doador falecido); o estado de Minas Gerais (MG), com a realização de 563 transplantes (187 de doador vivo e 376 de doador falecido) e, em quinto lugar, o Rio de Janeiro (RJ), com 353 transplantes de rim (72 doadores vivos e 281 falecidos) (ABTO, 2016).

Deve ser registrado que a necessidade anual de transplante no Rio de Janeiro estimada em 2016 foi de 993 procedimentos, contudo foram realizados apenas 353 transplantes. Em

São Paulo, a necessidade estimada foi de 2.664 transplantes e foram realizados 2.049 transplantes (ABTO, 2016).

Considerando o Registro Brasileiro de Transplante entre janeiro e dezembro de 2016, verifica-se que o número de clientes ativos na fila de espera para transplante renal no Brasil, em dezembro de 2016, era de 21.264 (104 clientes por milhão da população (pmp)), cerca de metade do número estimado de 36.000 a 42.000 (30-35% da prevalência em diálise, que é de 120.000 clientes). Em três estados, São Paulo, Minas Gerais e Paraná (SP, MG e PR), com 36,6% da população, estão em lista de espera 14.964 clientes (71,4% dos clientes do país), enquanto em todos os estados da Região Norte, a lista é inferior a 35 pmp. O número também é muito pequeno no Rio grande do Norte (RN), 32 pmp, e em Santa Catarina (SC), 43 pmp. Ingressaram em lista de espera, para o transplante renal, 13.078 clientes (64 pmp), em torno de 70-85% do esperado (50-60% dos ingressos em diálise, de 150 pmp) e houve baixa mortalidade em lista (4,7%), menor que a esperada, de cerca de 6-8% (ABTO, 2016).

Ainda com relação ao ingresso na lista de espera para o transplante e à mortalidade no decorrer do ano de 2016, no Brasil houve 13.094 clientes adultos ingressos na lista de espera, e 1003 ocorrências de mortalidade (ABTO, 2016).

Merece destaque a inserção do Brasil no mundo com relação ao número absoluto de transplantes renais entre os 30 países que realizam o procedimento. Atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA), que realizam 17.878 transplantes renais, o Brasil é o 2º colocado, com 5.648 transplantes realizados, seguido da França, em 3ª colocação, com 3.475transplantes, do México, com 2.707 transplantes e Espanha, com 2.678 transplantes de rim. O Canadá está em 12ª colocação, com 1.532 procedimentos realizados (ABTO, 2016).

Em 2015, o Brasil ocupava o 33º lugar na realização de transplante renal por tipo de doador falecido e vivo, com 27, 9 pmp entre os 47 países. Os Países Baixos eram os líderes, com 58,2pmp, seguidos da Espanha, com 57,2 pmp e dos EUA, com 56,1 pmp (ABTO, 2016).

Em 2016, a taxa de doadores efetivos cresceu 3,5%, e atingiu 14,6 pmp; esse acréscimo foi menor que a previsão, revista em 2015, de 15,1 pmp, 3,4% abaixo do objetivo para o ano. Analisando a previsão para as taxas de doação de cada estado, observa-se que os três da Região Sul e também MS, PA, BA, CE e PB atingiram ou ultrapassaram a meta para o ano, e que nenhum estado da Região Sudeste atingiu o objetivo proposto. Portanto, a Região Sul (30,1 pmp) distanciou-se da Sudeste (15,5 pmp), enquanto as regiões Nordeste (9,9 pmp) e Centro Oeste (9,6 pmp) estão próximos. A Região Norte (3,5 pmp), embora crescendo, pois tinha 1,1 doador pmp em 2009, necessita de apoio, principalmente para os estados que ainda

não efetivaram doadores e não realizaram transplantes de órgãos sólidos (RR, TO e AP). Os estados de maior destaque na procura de doação foram: SC (36,8 pmp), pela taxa semelhante à dos países com melhor desempenho no mundo, e PR (30,9 pmp), pelo rápido crescimento de 42% nesse ano. O objetivo para 2017 é atingir a taxa de 16,6 doadores pmp no Brasil (ABTO, 2016).

Em relação aos transplantes, houve queda do transplante renal (1,7%). A queda no número desse tipo de transplante deveu-se à diminuição do transplante com doador falecido, de 2,4%, apesar do pequeno aumento da taxa de doadores efetivos. Esses números indicam um maior descarte dos rins, de 26% para os rins doados e de 19% para os rins removidos. O número de transplantes com doador vivo, que vinha caindo nos últimos dez anos, estabilizou (crescimento de 0,9%) numa taxa muito baixa (5,9 pmp), muito inferior a uma taxa aceitável, em torno de 10 pmp. Apenas São Paulo (SP) com 12,9 pmp e Paraná (PR) com 12,8 pmp ultrapassaram essa taxa. A taxa de transplantes renais com doador vivo não parente e não cônjuge cresceu para 6,7%. Apresentaram taxa de transplante superior a 40 pmp os seguintes estados: PR (48,6 pmp), RS (48,2 pmp) e SP (46,2 pmp) (ABTO, 2016).

Os dados apontados até o momento são significativos, pois conduzem à realidade quanto ao crescimento de doentes renais crônicos. Este se tornou um problema de ordem social e mundial que aponta para a necessidade do envolvimento de todos os profissionais de saúde em medidas de educação e de prevenção da DRC.

Nesse contexto, percebe-se que, para lidar com as questões apresentadas, é necessário ir além do diagnóstico clínico, das causas e da frequência dos indicadores biológicos para atender às necessidades de saúde do transplantado renal.

Tendo em vista que cuidado compreende todas as possibilidades da existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros, configura-se uma situação que não se limita a um sentido ôntico, mas também se relaciona a um sentido ontológico, ou seja, o cuidado extrapola a vertente teórica ou prática e considera o seu ser o sentido da realidade (SILVA et al., 2009).

O participante da pesquisa foi levado a refletir sobre o tomar conta de si, o ter cuidado consigo, o preocupar-se consigo, o cuidar-se, como princípios básicos do cuidado de si.

Foucault (1985 apud ROSO et al., 2013) define o cuidado de si como o modo como cada um se ocupa de si. Isso não exclui a atenção com os outros, mas estabelece a relação de atenção consigo como sujeito, que, apesar dos males sofridos, busca, através dessa relação, um ideal de felicidade, de equilíbrio e de qualidade. Essa percepção do cuidado de si ocorre a partir do momento em que o indivíduo é estimulado a refletir e a tomar para si a responsabilidade do cuidado consigo mesmo, mediante a consciência do seu direito de viver e

do seu estilo de vida, visto que no dia a dia, quando se encontra aparentemente bem e saudável, o indivíduo não costuma dar a devida importância ao constante exercício do cuidar de si.

Salienta-se que, no momento em que se utilizam medidas do cuidado de si, está se adotando um comportamento ético pela vida, despertando a responsabilidade e a preocupação com o viver. À enfermagem cabe direcionar o ser humano para compreender os seus padrões de vida e atuar neles, ou seja, atuar no cuidado de si. Quando a pessoa passa a ser valorizada pela enfermagem, o cuidado passa a ser não prescritivo. Portanto, os planos assistenciais, durante a consulta de enfermagem, são baseados nos problemas de saúde e elaborados a partir dos problemas sinalizados pela própria pessoa, o cliente. A enfermagem passa a assumir um papel de mediador, pois se abre ao diálogo com o outro e o reconhece como único conhecedor da situação, porque é o cliente que vive a doença renal e sabe como ela é de fato para si (SILVA et al., 2009).

No cotidiano da prática assistencial, o enfermeiro é desafiado a prover assistência com qualidade aos clientes e aos familiares dos clientes e é confrontado com a necessidade de definir o próprio papel do enfermeiro no processo do cuidar, no transplante e na importância deste. Cabe enfatizar que as pessoas em condições crônicas necessitam de ações integradas, com a participação de várias áreas do saber em saúde e que, para isso acontecer, faz-se indispensável uma efetiva comunicação entre os profissionais existentes nessas áreas e o cliente que possui a experiência de quem vive a cronicidade. Deve-se gerar a interdisciplinaridade no cuidado e seguir conceitos éticos, os quais norteiam tanto os profissionais de enfermagem quanto qualquer profissional da área da saúde. Desse modo, é estabelecido um processo de confiança com o sujeito, ou seja, com o cliente, através da afetividade, da tolerância, da flexibilidade, da fidelidade, do aprimoramento constante, do respeito, da confiabilidade, das boas maneiras e da competência técnica.

Assim, o objeto do estudo, são os saberes e práticas dos clientes renais crônicos sobre o cuidado de si no pré e no pós-transplante.

A relação dialógica e reflexiva proverá o cliente de informações sobre assuntos pertinentes à orientação pré, trans e pós-transplante, tais como: dieta e alimentação, ingesta hídrica, aferição de peso, ganho de peso, diurese, pressão arterial, uso de imunossupressores e seus efeitos colaterais, retorno às consultas, atividades físicas e sexuais, uso de contraceptivo, vacinação, uso de medicações comumente utilizadas (por exemplo: hipoglicemiantes, anti-hipertensivos), procedimentos invasivos (como extração dentária, e “canal”), cuidados com a pele, tabagismo, etilismo, importância das consultas ginecológica, urológica e dermatológica,

animais domésticos, uso de processos químicos nos cabelos, (tais como: alisamento, pintura, escova progressiva), biópsia renal, complicações pós-transplante, rejeição aguda e infecções oportunistas entre outras abordagens.

Pelo exposto, a aproximação com a problemática do cliente portador de Insuficiência renal crônica, que opta pelo transplante renal, seja o órgão de doador falecido seja de doador vivo, despertou a inquietação para as questões norteadoras do estudo:

a) Que saberes e práticas os clientes renais crônicos apresentam sobre o cuidado de si no pré e no pós-transplante?
b) Como articular os saberes e as práticas da enfermeira pesquisadora e dos clientes renais a uma estratégia educativa de preparo para o transplante renal?

1.2 OBJETIVOS

a) Descrever os saberes e as práticas do cliente renal crônico sobre o cuidado de si no pré e no pós-transplante;
b) Analisar esses saberes e práticas na ótica do cuidado de si;
c) Elaborar estratégia educativa a partir do compartilhamento de saberes e de práticas do cliente e do profissional

1.3 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui hoje um importante problema mundial de saúde pública. No Brasil, a prevalência de clientes mantidos em programas de diálise mais que dobrou nos últimos anos. A incidência de novos clientes cresce cerca de 8% ao ano. A incidência da DRC no Brasil é alarmante. Existe uma estimativa de 100.397 clientes em tratamento dialítico no Brasil. É relevante salientar que o Brasil é a terceira maior população em diálise no mundo, e esse número vem crescendo em média 9,4% ao ano, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2013).

Ao mesmo tempo, os portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal. Assim, a capacitação, a conscientização e a vigilância nos cuidados primários à saúde são essenciais para o diagnóstico e o encaminhamento precoce ao nefrologista e para a instituição de diretrizes apropriadas a fim de retardar a progressão da DRC, de prevenir suas

complicações, de modificar comorbidades presentes e de preparar adequadamente para uma terapia de substituição renal.

No Brasil, ocorrem incentivos para a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção de complicações decorrentes da DRC, assim como aumento do planejamento orçamentário para financiamento pelo SUS das Terapias Renais Substitutivas (hemodiálise e diálise peritoneal) (BRASIL, 2014b).

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 389**,** que amplia o atendimento à pessoa com doença renal crônica, com oferta de serviços em diferentes estágios da doença. Dentre os incentivos oferecidos, um está direcionado ao acompanhamento multiprofissional da clientela, caracterizando a perspectiva integral e individualizada do SUS. Dessa forma, a consulta de enfermagem contribui para as atuais perspectivas de atuação frente à DRC e suas complicações, já que possui caráter resolutivo e autônomo.

Diante disso, o estudo se justifica devido ao número elevado de clientes renais crônicos em tratamento conservador que procuram esta forma de tratamento com informações e/ou orientação incompletas e talvez inadequadas, ou seja, procuram esta forma de tratamento sem passar pelo atendimento ambulatorial, realizado pelo enfermeiro através de consulta, ou pelos encontros de grupos de clientes renais crônicos. Nesse sentido, é premente o compartilhamento dos saberes a fim de que o cliente e seus familiares possam obter esclarecimento quanto ao assunto abordado.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para o aprimoramento de três questões relacionadas ao transplante renal. Primeiramente, promover a discussão e a reflexão sobre a temática no meio acadêmico e também nas disciplinas dos cursos de graduação em Enfermagem, que já o fazem, mas podem ser reinventadas através do método proposto, ou seja, através da pesquisa convergente assistencial. Dessa forma, o produto da pesquisa subsidiará a educação em enfermagem, no cuidar do crescente número de pessoas com problemas renais ou de ordem crônica. Além disso, promover para a clientela a compreensão sobre sua condição clínica e sobre sua opção de terapia substitutiva. Por fim, oferecer para o cuidado novas perspectivas baseadas em uma prática convergente assistencial da equipe multiprofissional e, em especial, da equipe de enfermagem.

Ressalta-se também que as publicações sobre a temática e a atuação da enfermagem nessa área apontam lacunas no conhecimento sobre o referido tema. Para comprovar a existência dessas lacunas, foi realizada uma busca bibliográfica nas bases MEDLINE e LILACS no período de março a setembro de 2016, com os descritores: transplante renal and. enfermagem. A amostra inicial foi de 870 artigos, dos quais selecionaram-se 14, após

aplicação de critérios, como: artigos completos, em português, inglês e espanhol, e estudos da enfermagem; assuntos: transplante renal; falência renal crônica, insuficiência renal crônica, cuidados de enfermagem; limite: masculino e feminino, adulto; assunto da revista: enfermagem, transplante e nefrologia; ano de publicação: 2010 a 2016, conforme o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Resultados das buscas bibliográficas nas bases MEDLINE e LILACS (continua)

Nº	Autor/a	Título	Ano	Revista
1.	Albuquerque JG; Lira AL; Lopes MV.	Fatores preditivos de diagnóstico de enfermagem em clientes submetidos ao transplante renal	2010	Rev. Bras. Enferm; 63(1):98-103, jan.fev.
2.	Russell CL; Cetingok M; Hamburger KQ; Owens S; Thompson D; Hathaway D; Winselt RP; Conn VS; Madsen R; Sitler L; Wakefield MR.	Medication adherence in older renal transplant recipients	2010	Clín. Res; 19(2): 95-112, May.
3.	Pankewycz O; Kulaylat M; Fagan L; Matthews B; Kli R; Laftavi MR.	A prospective protocol-based trial of darbepoentin alfa therapy to correct the early anemia following renal transplantation	2010	Transplant Proc; 42(9);3537-41, nov.
4.	Moreno Rubio, Fanny; Vargas Montaña, Esmelly	¿El proceso de enfermería de autocuidado genera mayor adherencia al tratamiento en trasplante renal?	2010	Repertorio de medicina y cirurgía 19(1):14-17, 2010
5.	Silva, Alessandra Silva da; Silveira Rosemary silva da; Fernandes, Geani Farias Machado; Lunardi, Valéria Lerch; Backes, Vânia Marli Schubert	Percepções e mudanças na qualidade de vida de clientes submetidos à hemodiálise	2011	Rev.Bras. Enferm;64(5): 839844, Set-Out.
6.	Ficorelli CT; Edelman M; Weeks BH	Living donor renal transplant: a gift of life	2013	Nursing; 43(1): 5862, Jan
7.	Escobedo W; Weismuller P.	Assessing health literacy in renal failure and Kidney transplant patients.	2013	Prog Transplant; 23(1): 47-54, mar.
8.	Bonuel N; Degracia A; Cesario S.	Acult- adaptable patient room improves length of stay and cost of patients undergoing renal	2013	Crit Care Nurs Q; 36(2): 181-94, Apr-Jun
9.	Rodrigue JR; Paek MJ; Egbuna O; Waterman AD; Pavlakis M; Mandelbrot DA.	Willingness to pursue live-donor kidney transplantation among waitlisted patients infected with human immunodeficiency vírus (HIV): a preliminar investigation.	2013	Transplantation; 95(6): 787-90, Mar 27
10.	Bissonnette J; Woodend K; Davies B; Stacey D; Knoll GA	Evaluation of a collaborative chronic care approach to improve outcomes in kidney transplant reipients	2013	Clin Transplant; 27(2): 232-8, MarApr.
11.	Xavier, Bruno Lessa Saldanha; Santos, Iraci dos; Almeida, Renato Francisco; Clos, Araci Carmen; Santos, Monique Tavares dos.	Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva	2014	Rev. Enferm. UERJ; 22(3): 314320, mai-jun.
12.	Carrillo Algarra, Ana Julia; Moreno Rubio, Fanny; Milena Buitrago, Sandra	Enfermedad Renal Crónica y Transplante renal: y superación de uma estudiante de medicina / Chronic Kidney disease and Kidney a medical student	2015	Index enferm; 24 (4): 250-254, oct. – transplantation: Experiences and overcoming of dic. 2015

Quadro 1 - Resultados das buscas bibliográficas nas bases MEDLINE e LILACS (conclusão)

Nº	Autor/a	Título	Ano	Revista
13.	Carrillo Algarra, Ana Julia, Mesa - Melgarejo, Lorena; Moreno – Rubio, Fanny.	El cuidado em um programa de transplante renal: Um acompañamiento de vida / Care in Kidney – Transplant Program Accompaniment and Support / O cuidado num programa de transplante renal: Um acompanhamento de vida	2015	Aquich na 15(2): 271- 282, abr. – jun. 2015.
14.	Moreno Rubio, Fanny; Lorena Mora Vilarroel, Silva; Castelblanco Toro, Claudia; Molina López, Carmenza; Ortiz Varela, Lizzeth Andrea	Trastorno emocional en el cliente renal transplantado / Emotional disorder in renal transplant patients	2016	Enfer. nefrol. 19 (2): 147-153, abr.-jun.tab

Ao utilizar os descritores e as palavras chaves Cuidado de enfermagem and. Transplante renal and. Doença renal crônica, foram encontrados 36 artigos e, após aplicar critérios de inclusão/ exclusão, foi encontrado apenas um artigo em português, já citado: Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva.

Utilizando as palavras Terapia substitutiva, aplicando todos os critérios de inclusão, como: artigos em português, inglês e espanhol, e outros já mencionados, obteve-se uma amostra de quatro artigos, conforme demonstrado no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Resultados das buscas bibliográficas nas bases MEDLINE e LILACS

Nº	Autor/a	Título	Ano	Revista
1.	Peres, Luis Alberto Batista; Biela, Rubia; Hermann, Michelle; Matsuo, Tiemi; Ann Hikyung; Camargo, Maurício T. A; Rohde, Noris R. S; Uscocovich, Vanessa S.M.	Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no Oeste do Paraná: Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos/ Epidemiological study of end stage renal disease in Westerb Paraná an experience of 878 cases in 25 ye	2010	J Bras Nefrol; 32(1): 51-56, jan. – mar. 2010. graf.
2.	Orlandi, Fabiana de Souza; Pepino, Barbara Garbelotti; Pavarini, Sofia Cristina Iost: Santos, Damiana Aparecida dos: Mendiondo, Marisa Silvana Zazzetta de.	Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em Hemodiálise	2012	Rev Esc Enfem USP; 46(4): 900905, ago
3.	Luciano, Eduardo de Paiva; Luconi, Paulo Sérgio; Sesso, Ricardo Cintra; Melaragno, Cláudio Santiago; Abreu, Patrícia Ferreira; Reis, Sandra Ferreira Stanisck; Furtado, Rejane Maria Spindola; Ruivo, Gilson Fernandes.	Estudo prospectivo de 2151 clientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP	2012	J Bras Nefrol; 34(3): 226-234, jul-set.
4.	Borges, Palmiane de Rezende Ramim; Bedendo, João; Fernandes, Carlos Alexandre Molena.	Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento.	2013	Acta paul enferm; 26(5):472-477, tab.

Observou-se que, após um recorte temporal de 2010 a 2016, os estudos publicados, em sua maioria, eram do tipo qualitativo, apenas 33% eram do tipo quantitativo. As temáticas sobre o transplante renal sob a perspectiva da enfermagem contemplam a sistematização da assistência de enfermagem na implantação de diagnósticos de enfermagem; nas complicações e nos registros do pós-operatório; no levantamento do perfil de clientes na lista de espera do transplante e nas dimensões subjetivas que permeiam o processo de espera, que se compreende na dimensão imaginativa e na esperança e desesperança acerca do transplante.

Sendo assim, as informações advindas deste estudo, fornecerão importantes subsídios para melhoria da assistência de enfermagem, através da descrição e da análise baseadas nos saberes e nas práticas dos clientes. Na produção e difusão de novos conhecimentos, tornará viável a construção de conhecimentos advindos da prática e promoverá discussões de interesse internacional; na integração das atividades acadêmicas e assistenciais e na materialização da produção teórica pela pesquisa, propiciará novas frentes para a enfermagem dentro do Hospital Universitário; na Contribuição para o Núcleo de Pesquisa e Ensino do

Departamento de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE) fornecerá publicações inéditas dos resultados da pesquisa e do assunto abordado. Na aplicação de um método de pesquisa (Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)), promoverá mudanças, que é o que a metodologia utilizada propõe; implementará o conhecimento teórico-prático nas ações de cuidado de enfermagem, de acordo com as políticas e práticas de educação e enfermagem; incentivará a pesquisa no hospital universitário e a proximidade da academia com o hospital de ensino; o Constructo advindo, ou seja, o produto da pesquisa sob o ponto de vista reflexivo teórico poderá abrir novas frentes para a enfermagem dentro do Hospital universitário e impactar de forma importante a prática, a ponto de abrir novas atividades e novos campos de atuação para o enfermeiro, no campo prático e científico. Contribuirá para a efetivação da consulta ambulatorial de enfermagem aos clientes de nefrologia clínica e de transplante, através da inserção dos enfermeiros nos ambulatórios conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Além disso, o presente trabalho provoca a reflexão sobre a elevada importância para a enfermagem e para a saúde pública, do atendimento da agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde no Brasil. É sabido que atualmente a doença renal crônica vem aumentando assustadoramente no mundo e que esse fato constitui um importante problema de saúde pública mundial. Esse problema também é visto como problema intersetorial, pois o cliente não é orientado e/ou acompanhado de acordo com as patologias que o levaram a essa doença como: diabetes e hipertensão, as maiores causas de doença renal crônica; e interdisciplinar, pois há necessidade de profissionais de outras disciplinas atuando em conjunto. O ser precisa ser visto, em sua singularidade, como um todo pela equipe multiprofissional, uma vez que o paciente não é só um rim. Trata-se de uma questão local, mas atinge uma questão total. A enfermagem valoriza o expressivo, discute o autoconhecimento, o pensar em si mesmo, já que é preciso ser científico, mas ao mesmo tempo transpor o científico, para onde o cuidado de si não padroniza, não estandardiza. O cuidado tem a ver com o que é bom para si e é uma percepção do indivíduo, da pessoa e do que lhe faz bem.

CAPÍTULO II - BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE DOENÇA RENAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A doença renal crônica (DRC) é definida como lesão estrutural ou funcional nos rins e apresenta-se dividida segundo o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Nefrologia, nos seguintes estágios, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Estadiamento da DRC proposto pelo KDOQI e atualizada pelo *National Collaborating Centre for Chronic Condition*

Estágio	**TFG (ml/min/1,73m²)**	**Proteinúria**
Estágio 1	TFG (Taxa de filtração glomerular) ≥ 90mL/min/1,73m2 na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem	Presente
Estágio 2	TFG ≥ 60 a 89 ml/min/1,73m2	Presente
Estágio 3 A	TFG ≥ 45 a 59 ml/min/1,73m2	Presente
Estágio 3 B	TFG ≥ 30 a 44 ml/min/1,73m2	Presente
Estágio 4	TFG ≥ 15 a 29 ml/min/1,73m2	Presente ou ausente
Estágio 5-ND (não dialítico)	TFG <15 ml/min/1,73m2	Presente ou ausente
Estágio 5-D (em diálise peritoneal ou hemodiálise)	TFG inferior a 10mL/min/1,73m2	Presente ou ausente

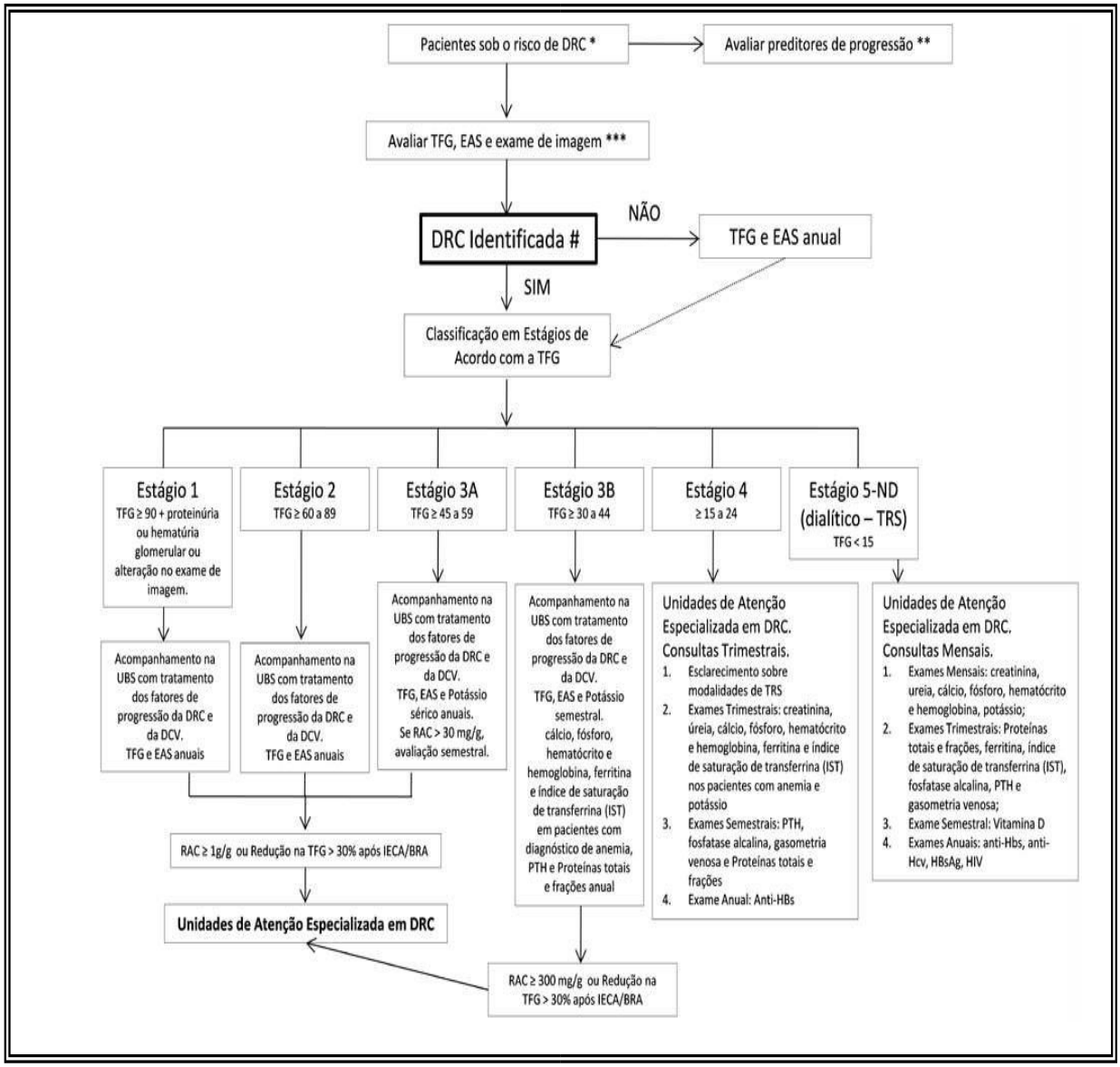
Fonte: BASTOS; KIRSSZTAJNL, 2011.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), é importante apresentar ao cliente e aos familiares, de forma clara e compreensível, as opções de tratamento, assegurando-lhes a possibilidade de modificar a escolha inicial conforme a evolução. A escolha do método mais adequado deve, portanto, ser individualizada e contemplar as características clínicas, psíquicas e socioeconômicas dos clientes (BRASIL, 2014b).

Diante disso, o cliente ou seu representante legal deverá ser orientado quanto às possíveis terapias de substituição e assim ter o direito de opção, estando ele consciente dos riscos e dos benefícios de cada modalidade a partir do Estágio 5-ND (não dialítico): TFG <15 ml/min/1,73m2, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada, composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, levando-se em consideração a condição clínica, após avaliação da equipe multiprofissional. É recomendado que o cliente ou representante legal assine um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida antes de dar início a ela, e esse termo deve ser anexado ao prontuário.

Atualmente, utiliza-se o fluxograma a seguir (Figura 1), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para avaliação da DRC.

Figura 1 - Fluxograma para avaliação da DRC



Notas: * Pessoas com diabetes, hipertensão, idosos, IMC > 30, história de DCV (Doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), histórico de DRC na família, tabagismo, uso de agentes nefrotóxicos.

** Níveis pressóricos mal controlados, níveis glicêmicos mal controlados, níveis de colesterol mal controlados, estágio da DRC, albuminúria, tabagismo, exposição a agentes nefrotóxicos.

*** Exame de imagem deve ser feito para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas.

TFG < 60ml/min/1,73m², por pelo menos 3 meses consecutivos, ou TFG ≥ 60ml/mim/1,73m² se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem.

Fonte: BRASIL, 2014b.

As doenças crônicas geram discussões polêmicas nas comunidades científicas, por parte das instituições nacionais e internacionais, para que se definam estratégias de promoção,

tratamento e prevenção de complicações, principalmente as de apresentação e evolução silenciosa, como a doença renal, pois se trata de uma patologia de desenvolvimento lento e progressivo, que pode surgir por complicações oriundas de outras patologias, mas que apresenta maior taxa de morbimortalidade.

A avaliação e o tratamento de clientes com DRC requerem a compreensão de conceitos separados, porém de diagnósticos relacionados como risco de perda da função renal, gravidade da doença, condições comórbidas e terapia de substituição renal.

Portanto, o tratamento de clientes portadores de insuficiência renal progressiva pode ser dividido em vários componentes, a saber: Programa de promoção à saúde e prevenção primária aos grupos de riscos para DRC; Identificação precoce da disfunção renal através do diagnóstico da DRC; Detecção e correção de causas reversíveis da doença renal; Diagnóstico etiológico da doença renal; Definição e estadiamento da disfunção renal; Instituição de intervenções para retardar a progressão da doença renal crônica através do tratamento conservador; Prevenção de complicações da doença renal crônica; Modificação das comorbidades comuns aos clientes e Planejamento precoce da terapia de substituição renal (TSR) (BRASIL, 2014b).

Dessa forma, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) tem como proposta para a melhoria da qualidade de vida do cliente renal crônico, assim como a prevenção de complicações decorrentes da própria doença, a adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, a cessação do tabagismo, a prática de atividade física regular, o controle da pressão arterial sistêmica, o controle da dislipidemia, o manejo da diabetes com controle da glicemia e o uso profilático de alguns fármacos. Assim, vale ressaltar que, independentemente do diagnóstico etiológico da DRC, a presença de dislipidemia, obesidade, tabagismo, são fatores que aceleram a progressão da doença (BRASIL, 2014b).

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSPLANTE RENAL, TIPOS, LEGISLAÇÃO, CUIDADOS NO PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE

Destacamos que o transplante renal é atualmente a modalidade de tratamento de IRC ou DRC que melhor re-socializa o cliente. Os transplantes renais são feitos com doadores vivos ou doadores falecidos, termo mais adequado, e seu uso estimulado pela World Health Organization-Assembleias Mundiais de Saúde de 1987, 1989 e 1990 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O transplante renal é um procedimento cirúrgico em que o rim é implantado no cliente e passa a exercer as funções de filtração e de eliminação de líquidos e toxinas, a fim de compensar ou de substituir a função perdida, estando o cliente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica (préemptiva)[1] (SBN, 2016).

A indicação de transplante deve seguir as orientações da Portaria GM/MS n° 2.600, de 31 de outubro de 2009, ou a que venha a substituí-la. No prazo de 90 dias após o início do tratamento dialítico, o serviço de diálise deverá, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e à equipe escolhidos pelo paciente para realização do transplante, e deve comprometer-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera, especialmente no que diz respeito à falta de condições clínicas para o transplante, gestação, transfusão e óbito (BRASIL, 2014b).

As diretrizes sobre o transplante renal devem estar de acordo com as normativas e recomendações da Portaria SAS/MS n° 666, de 17 de julho de 2012, ou a que venha a substituí-la (BRASIL, 2014a).

Em decorrência do aumento de sobrevida do paciente, da possível melhora na qualidade de vida deste e, também, da economia em relação às terapias dialíticas, o transplante renal é atualmente o tratamento de escolha para uma substancial proporção de clientes com DRC estágio V, entretanto, apenas uma pequena porcentagem desses clientes com DRC em estágio avançado recebe um transplante renal. Muitos clientes não são candidatos adequados e, mesmo para aqueles que são elegíveis, não há disponibilidade suficiente de órgãos de doadores falecidos. O aumento no número de transplantes renais com doador falecido não acompanha a necessidade, e isso prolonga a espera na fila para o transplante e aumenta os óbitos na lista de espera (SBN, 2016).

2.2.1 Transplante renal preemptivo

Esse procedimento cirúrgico é realizado antes de o cliente iniciar qualquer modalidade de terapia renal substitutiva (TRS). O racional para a realização do transplante renal preemptivo é impedir que os clientes desenvolvam morbidades ou condições associadas à

[1] Decreto nº 2268 (BRASIL, 1997a), Leis nºs 4.280 e 9.434 (BRASIL, 1963, 1997b).

diálise (doença cardiovascular e vascular periférica, inflamação crônica, transfusões de sangue, doença óssea, entre outras). Além disso, o tempo em diálise está relacionado com menor sobrevida de enxertos e clientes.

Estudos prévios que comparam a sobrevida dos enxertos mostraram sobrevida significativamente maior em receptores de transplantes preemptivos quando comparados aos transplantes em receptores que estiveram em TRS. No Brasil, a legislação vigente possibilita o transplante preemptivo aos receptores de rins de doadores vivos relacionados (familiares consanguíneos até o 4º grau) e cônjuges, além de doadores não relacionados que cumpram as exigências da legislação. O nível de função renal exigido para esses transplantes é a GFR < 15 ml/min/m² de superfície corporal (MANFRO, 2016).

Pelo protocolo da Sociedade Canadense, é recomendado que o transplante "preemptivo" (pré-dialítico) seja o preferido e encorajado logo de início. Porém não deve ser realizado com a filtração glomerular maior que 20ml/min (RAMOS; KLEIN, 2012).

A nefrectomia laparoscópica do doador vivo produziu um grande impacto na doação renal, em especial nos Estados Unidos (MANFRO, 2016). Isso se deve as suas características de produzir menos dor no pós-operatório, melhor resultado estético e recuperação mais rápida do doador. No entanto, diferentes técnicas são atualmente utilizadas, e os principais entraves à sua utilização são treinamento e experiência da equipe, curva de aprendizado, vasos sanguíneos mais curtos e custos envolvidos.

Apesar disso, essa técnica se instalou rapidamente em alguns países e é praticada em alguns centros latino-americanos. Consideravelmente, os desfechos operatórios de doadores e receptores e a função dos enxertos não diferem significativamente dos obtidos com as técnicas de nefrectomia aberta. Contudo, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, essa técnica não é praticada, e a habitualmente utilizada é a laparotomia com incisão paramediana.

A doação de órgãos no Brasil é consentida e respaldada, segundo a Lei nº 10.211, de 23/03/2001, isto é, cabe aos familiares com até o segundo grau de parentesco na linha sucessória colateral ou reta o poder legal pela decisão. Sendo assim, não há necessidade de deixar nenhum documento assinado informando seu desejo de ser um doador de órgãos e tecidos, basto deixar claro, perante os familiares, sobre a vontade de ser doador. A ideia é possibilitar a ampliação do número de doadores, mas não se deixa de considerar os critérios de avaliação e os procedimentos necessários para a doação de órgãos. Também, a cirurgia do transplante renal deve obedecer a critérios técnicos rigorosos no sentido de minimizar a morbidade operatória para o doador, no caso de doador vivo, e oferecer ao receptor o rim em condições ideais (BRASIL, 2001).

O transplante é a única situação em que o cliente doador é submetido a uma cirurgia sem que obtenha nenhum benefício médico do procedimento. Assim sendo, é necessário que o doador seja juridicamente capaz, orientado, e tenha pleno entendimento dos procedimentos e dos riscos a que será submetido.

Durante a avaliação para a doação, podem ser detectadas situações que contraindiquem ou aumentem o risco da doação para a realização do transplante. Essas situações são impostas pelas condições de saúde do cliente doador, como em qualquer outra cirurgia, enfermidades hepáticas, cardiovasculares ou infecciosas que não se encontrem controladas e grave desnutrição são contraindicações formais para essa operação. Cliente com distúrbios psiquiátricos ou que abuse de álcool ou drogas, ou que apresentem problemas graves na estrutura familiar podem comprometer o uso correto dos medicamentos e os controles médicos e laboratoriais no pós-transplante (MANFRO, 2016).

Manfro (2016) ressalta que o doador sofre impacto tanto do ponto de vista físico, estético e corporal quanto do ponto de vista emocional. Essa realidade nos conduz à reflexão quanto à necessidade do acompanhamento desse indivíduo por uma equipe multidisciplinar, durante o percurso que envolve o processo transplantar.

Entretanto, para o receptor, após o transplante renal, inicia-se um caminho, em busca da qualidade de vida perdida no processo saúde-doença e em busca do comprometimento do cuidado de si, como atitudes que passarão a fazer parte da vida do transplantado. A adesão ao tratamento imunossupressor é essencial para que o sistema imunológico não rejeite o novo órgão. Inicialmente, o cliente tem que se adequar ao tratamento medicamentoso e a seus efeitos colaterais, à alimentação, à cicatrização da ferida operatória e, ao não exagero na prática de atividades físicas. Ao manter uma dieta equilibrada, o cliente terá benefícios, tais como o controle de diabetes, de hipertensão arterial, de dislipidemias, de obesidades e de problemas circulatórios, entre outros.

No que diz respeito ao procedimento em si, o primeiro transplante renal realizado no mundo aconteceu em 1933, na Ucrânia, porém o enxerto não funcionou. No início da década de 1950, vários transplantes foram realizados em Paris e Boston, mas nenhum fármaco foi utilizado para prevenir a rejeição, por isso somente um cliente sobreviveu. No Brasil, a era dos transplantes teve início na década de 1960: em 1964, no Rio de Janeiro, e em 1967, no interior de São Paulo (SALOMÃO, 2007).

No Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), segundo o coordenador da equipe de transplante renal, o primeiro transplante de rim foi realizado em 1989, entre

irmãos. Desde essa data, têm sido realizados vários transplantes de rim, de doadores vivos ou falecidos (HUCFF, 2007).

Para o sucesso do tratamento, a indicação da melhor estratégia depende de vários fatores, como idade do cliente, causa da doença renal crônica, outras doenças que o cliente apresente e fatores econômico-sociais etc. Então, a melhor opção deve ser individualizada para cada cliente.

Os clientes transplantados renais apresentam uma qualidade de vida mais próxima da população "normal", já que, segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por consequência, o transplante torna-se de fundamental importância para a obtenção de qualidade de vida do cliente e de seus familiares, assim como a Consulta de Enfermagem, como ferramenta tecnológica do cuidado de enfermagem, com vistas ao completo envolvimento das pessoas inseridas no contexto: cliente/família e profissionais de enfermagem e ao pleno êxito, sustentabilidade e adesão ao tratamento proposto.

Mediante o exposto, inserida no programa de prevenção de doenças crônicas, destaca-se a consulta de enfermagem, que conta com o enfermeiro como o profissional capacitado para a detecção de problemas que necessitem de intervenção e como agente educador e facilitador do processo de busca pelo cuidado.

Na esfera federal, a consulta de enfermagem foi legalizada, em 25 de junho de 1986, com a aprovação da Lei 7.498, que regulamenta o exercício de enfermagem no país.

Desde 1993 aos dias atuais, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) delibera como função privativa do Enfermeiro a consulta de enfermagem, que utiliza componentes de métodos científicos para identificar situações de saúde/doença, a fim de prescrever e programar medidas que contribuam para a promoção, a prevenção, a proteção da saúde, assim como a recuperação e a reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade (COFEN, 1993).

Contudo, o enfermeiro preocupa-se diariamente em atender a demandas preestabelecidas no cumprimento de atividades delegadas e pré-determinadas, no intuito de cumprir normatização imposta pela instituição, para o alcance de metas, e muitas vezes prioriza o tratamento escolhido pela equipe de saúde. Sucede um formalismo profissional, que parte de um viés deontológico, o qual se refere ao conjunto de princípios e regras de conduta – os deveres – inerentes à profissão, para outro, teleológico, que relaciona um fato com sua

causa final (diz-se de argumento, explicação ou conhecimento). O motivo do profissional de saúde é substituído pela previsão do resultado da sua ação. Com isso, a concepção de heteronomia - consequência do formalismo decorrente do ato profissional - ocorre quando o indivíduo se submete à vontade de terceiros ou de uma coletividade e se opõe ao conceito de autonomia. A eficácia técnica do profissional em convencer o usuário a aceitar a terapia que lhe é ofertada se opõe ao respeito à autonomia do portador de insuficiência renal crônica, portanto difere do agir ético (REIS; SAUTHIER; SOARES, 2015).

Segundo Reis, Sauthier e Soares (2015, p. 99),

> as falhas de conduta dos profissionais relacionadas ao desrespeito à autonomia dos clientes/usuário, dificultam a assistência integral e trazem prejuízos imensuráveis, porque ferem uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) referente ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma forma ampla. Este constitui um eixo importante na construção do SUS e um desafio na busca de uma assistência ampliada, transformadora e centrada no indivíduo. Envolve uma valorização do cuidado e associa-se a um tratamento digno, respeitoso e de qualidade, ao acolhimento e ao vínculo no cuidar.

O enfermeiro deve inserir em seu cotidiano a busca pela construção de novas práticas e saberes, e a motivação e inserção dos demais profissionais envolvidos no cuidar, visando a uma assistência de qualidade e que atenda o indivíduo como um todo, com respeito a seus direitos e valores. A integralidade da assistência deve ser o alicerce para atingir uma melhor qualidade das ações e dos serviços voltados para a promoção da saúde, da prevenção, da recuperação e da reabilitação e deve ser definida ainda pela postura ética dos profissionais (REIS; SAUTHIER; SOARES, 2015).

Contudo, não se deve esquecer de que a meta maior deverá ser o conforto, a satisfação dos clientes atendidos por aquele programa de saúde, e o sucesso através da adesão ao tratamento, ou seja, ao transplante. Também não se deve esquecer de que o princípio bioético do respeito pela autonomia exige que os enfermeiros aceitem as decisões tomadas pelos usuários e reconheçam a capacidade de estes se autogovernarem; esta capacidade compreende escolhas e responsabilidades inerentes a elas. Assim, o enfermeiro deve organizar sua consulta de forma que consiga absorver do cliente todas as informações necessárias, sem inibi-lo, colher o histórico do cliente e realizar a entrevista, lembrando sempre que escutar o cliente é o mais importante nessa fase. Este é o momento em que o profissional deverá extrair todos os dados imprescindíveis para a avaliação das necessidades de saúde do cliente em questão.

Todavia, quando se faz uma consulta a um cliente renal crônico em tratamento conservador, necessita-se, além das informações básicas colhidas em qualquer consulta, de dados mais específicos, direcionados a sua patologia e às complicações advindas do seu estado clínico, pois se percebe que os sinais e os sintomas podem ser inesperados, e a resolução dependerá das informações compartilhadas com o cliente.

No presente, percebe-se que, em um aspecto geral, a consulta de enfermagem orientada para essa clientela não é uma prática frequente, inclusive no cenário escolhido para realizar a atual pesquisa. Porém, quando feita, utiliza-se de estratégias mecanizadas e de técnicas impessoais, e o cliente é visto como uma máquina com problemas técnicos, não como uma pessoa que, além da doença física, pode estar carregando um dano psicológico, acarretado pelo desgaste mental da própria patologia.

Por ser o cliente partícipe do seu cuidado e a doença renal trazer, muitas vezes, um impacto negativo sobre sua qualidade de vida, interferindo nos seus hábitos e na sua vida social, a equipe de enfermagem deve ficar atenta aos sinais de dificuldade, compreender a realidade vivida pelo cliente e articular conhecimentos científicos com as experiências do cotidiano de quem é cuidado. Assim, torna-se:

> Indispensável que os educadores em saúde conheçam a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades dos clientes e não apenas as exigências terapêuticas. Deve-se partir de seu conhecimento pré-existente, pois desvalorizar suas experiências e expectativas desencadeia uma série de consequências, como a não adesão ao tratamento, descrédito em relação à terapêutica, deficiência no autocuidado, adoção de crenças e hábitos prejudiciais à saúde, distanciamento da equipe multiprofissional, cultivo da concepção de que somente os outros são responsáveis por seus cuidados (QUEIROZ et al., 2008, p. 56).

Nesse contexto, o papel do enfermeiro passou do simples ato de orientar ou de impor ao de favorecer a conscientização das pessoas, ou seja, ao de favorecer a percepção que as pessoas têm de si a respeito da situação em que vivem e a respeito das consequências de suas escolhas para a saúde, tornando-as sujeitos autônomos na relação do cuidar.

2.3 ÉTICA E O CUIDADO DE SI

A responsabilidade do agir humano, no plano ético, depende de fatores que a estabelecem na sua existência e na sua intensidade. Consequentemente, não se responsabiliza alguém por uma atitude tomada inconscientemente, sob forte coação física ou psicológica, ou quando não existem parâmetros – os valores, denominados fundamentais, pois, sem eles ou

sem a presença de um deles, a responsabilidade, ficará parcial ou totalmente comprometida (GELAIN, 2010).

Segundo Gelain (2010), para a ética, consciência significa o julgamento interno que cada pessoa faz de seus atos e dos atos dos outros, baseado em parâmetro, ou seja, em valores, e no conjunto de potencialidades de cada ser humano, envolvendo sua realização, formando-se como efeito uma consciência ética da pessoa ou de um grupo. Gera-se assim uma forma individual ou grupal de analisar o que está conforme ou não os parâmetros éticos.

A palavra ética vem do grego *ethos* e significa aquilo que pertence ao bom costume, "costume superior", ou "portador de caráter". Princípios universais, ações em que se acredita e que não mudam, independentemente do lugar onde se está. A Ética diferencia-se da moral, pois, enquanto a moral se fundamenta na obediência a costumes e a hábitos recebidos, a ética, ao contrário, busca fundamentar as ações morais exclusivamente pela razão. A Ética pode, portanto, retornar para a moral o aprimoramento de normas e costumes (VASQUEZ, 2014).

Assim, a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construídos e reproduzidos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pela pesquisa e pela assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, à família e à coletividade, no seu contexto e nas circunstâncias de vida. Essa é uma profissão comprometida com a saúde e com a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (COFEN, 2007).

A relação de reconhecimento se traduz no respeito pela autonomia que o enfermeiro deve ter em relação ao usuário. Honneth (2003, p. 227) afirma que o reconhecimento acontece apenas se houver reciprocidade, “só sou reconhecida quando reconheço o outro/usuário como ser de direitos e autônomos”. Nesse contexto, a comunicação é um elemento fundamental e deve ser compreendida como orientação para emancipação: Capacidade de reconhecer, através da racionalidade, as condições que possibilitarão uma escolha livre (REIS; SAUTHIER; SOARES, 2015).

Na prática do cuidar em enfermagem, existem diversos conflitos relacionados com o agir ético. Sendo assim, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem reúne normas e princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética que necessitam ser assumidos, bem como a luta por uma assistência de qualidade sem riscos ou discriminação e acessível a todos (REIS, SAUTHIER; SOARES, 2015).

O termo cuidado provém do latim *cogitatu*, pensado, imaginado, meditado. A origem etimológica *cogitâtus*, refletido. O cuidado é a totalidade das estruturas ontológicas do *Desein (*ser-aí) como ser-no-mundo*;* ou seja, compreende todas as possibilidades da existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros. Cuidado configura uma situação que não se limita apenas a um sentido ôntico (o existente múltiplo e concreto), mas também ontológico, ou seja, o cuidado extrapola a vertente teórica ou prática e considera o seu ser, o sentido da realidade (SILVA et al., 2009).

A ética ou o domínio das técnicas de si podem amenizar os efeitos do poder disciplinar sobre os corpos individuais, sendo focada apenas no sujeito, nas práticas que este possui consigo mesmo, na construção da sua própria subjetividade, e coloca a vontade individual como parâmetro. O cuidado de si apareceria como uma conversão ao poder, ou seja, uma forma de controlá-lo (GAMA, G.; GAMA, C.; PINTO, 2009).

O cuidado de si é oriundo do conhecimento socrático-platônico e entendido como a arte da existência, princípio segundo o qual convém ocupar-se de si mesmo. Essa ocupação de si mesmo gera obrigações sociais e a elaboração de saberes coletivos. O cuidado de si só é questionado ou valorizado, e percebido como essencial para o ser humano, a partir do momento em que as pessoas tomam consciência do seu direito de viver e do estilo de vida que têm. No dia a dia, quando se encontra aparentemente bem e saudável, não se dá a devida importância ao constante exercício do cuidar de si (SILVA et al., 2009).

Desse modo, todo profissional envolvido no cuidado e na assistência em saúde, independentemente de ser ou não enfermeiro, deve se preocupar consigo, para então ter condições de cuidar do outro. Este é o princípio do cuidado de si: tomar conta de si, ter cuidado consigo, para que, envolvido no processo do cuidar, utilizando-se de suas experiências prévias, promova uma transformação em si, no meio e no outro.

As reflexões para o entendimento do autocuidado e do cuidado de si são pautadas nos paradigmas da totalidade, definidos através do autocuidado, nos quais a saúde é compreendida como o bom funcionamento do corpo, como um bem-estar e como ausência de doença. O autocuidado é um cuidado prescritivo, pautado no modelo biomédico e por isso é um saber imposto por parte da enfermagem, mas, ao mesmo tempo, simultâneo, uma vez que há esforço do indivíduo para alcançar uma meta. O indivíduo não é um somatório, não tem que se adaptar ao meio, mas interagir e construir com ele, o saber é construído junto, compartilhado, levando-se em consideração a bagagem de conhecimento que ele traz consigo e sua autonomia no cuidado de si.

Assim, o pilar do cuidado de si é empregado a fim de compreender as relações do cliente como indivíduo único, e as relações estabelecidas com os outros, fundamentadas no saber, no domínio e na verdade. Esse pilar aplica-se perfeitamente ao contexto referente à escolha do transplante como terapia de substituição, a seus benefícios e a possíveis danos ou prejuízos, por ser considerado um procedimento único e de certo modo definitivo. A saúde e a doença passam a ser entendidas por aquilo que a pessoa vivencia, que se torna uma situação com significado apenas para o indivíduo e que não pode ser determinada por outra pessoa, pois o cuidado de si baseia-se em o indivíduo poder pertencer a si, ser seu.

Portanto, o cuidado de si baseia-se no paradigma no qual a enfermagem passa a assumir um papel de mediadora, pois se abre ao diálogo com o outro, e assim constrói um compartilhamento de saberes, sendo o cuidado não prescritivo, não instrumental, tampouco disciplinar, mas reflexivo. Com a ética, esse cuidado permite que o outro seja desvelado e contribui para o bem (SILVA et al., 2009).

2.4 A PEDAGOGIA DE FREIRE[2], A EDUCAÇÃO E O CUIDADO NA ENFERMAGEM

No cuidado de enfermagem aos clientes a transplantar, a abordagem concomitante de assuntos relacionado ao transplante e a outros de seu cotidiano, como sexualidade, higiene corporal, métodos contraceptivos, prevenção de infecções e cuidado de si, tornam-se extremamente importantes e necessários à construção de saberes.

Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro desempenha um importante papel, no que se refere à modalidade de tratamento apresentada e às orientações advindas dessa escolha, através da relação dialógica entre o profissional e o cliente, de forma individualizada, necessária ao compartilhamento de saberes. Dessa forma, é possível evitar ou minimizar o retorno desses clientes com infecções e com outras complicações associadas ao pós-transplante. Essas complicações e intercorrências podem acarretar longos períodos de internação hospitalar e até a perda do enxerto, ou seja, do rim transplantado.

---

[2] Paulo Reglus Neves Freire, conhecido como Paulo Freire, brasileiro, nascido em 19/09/1921 (Recife), morreu em 02/05/1997 (São Paulo), aos 75 anos. Educador, pedagogo e filósofo. Considerado Patrono da Educação Brasileira e um dos mais notáveis pensadores da história da pedagogia no mundo. Destacou-se na prática da educação popular e na formação da consciência política. Autor de várias obras de grande impacto na sociedade e educação. Como: Educação como prática da liberdade, Pedagogia do oprimido, Pedagogia da esperança, Pedagogia: diálogo e conflito, entre outras.

A educação envolve três vertentes distintas, contudo harmonizadas entre si. A educação de si mesmo, a educação de outros provedores do cuidado em saúde e a educação do público em geral (MENDES et al., 2012). Para essa construção de saberes, os enfermeiros que atuam no transplante devem buscar continuamente atualizar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes, especialmente nessa área da nefrologia, que se apresenta repleta de desafios.

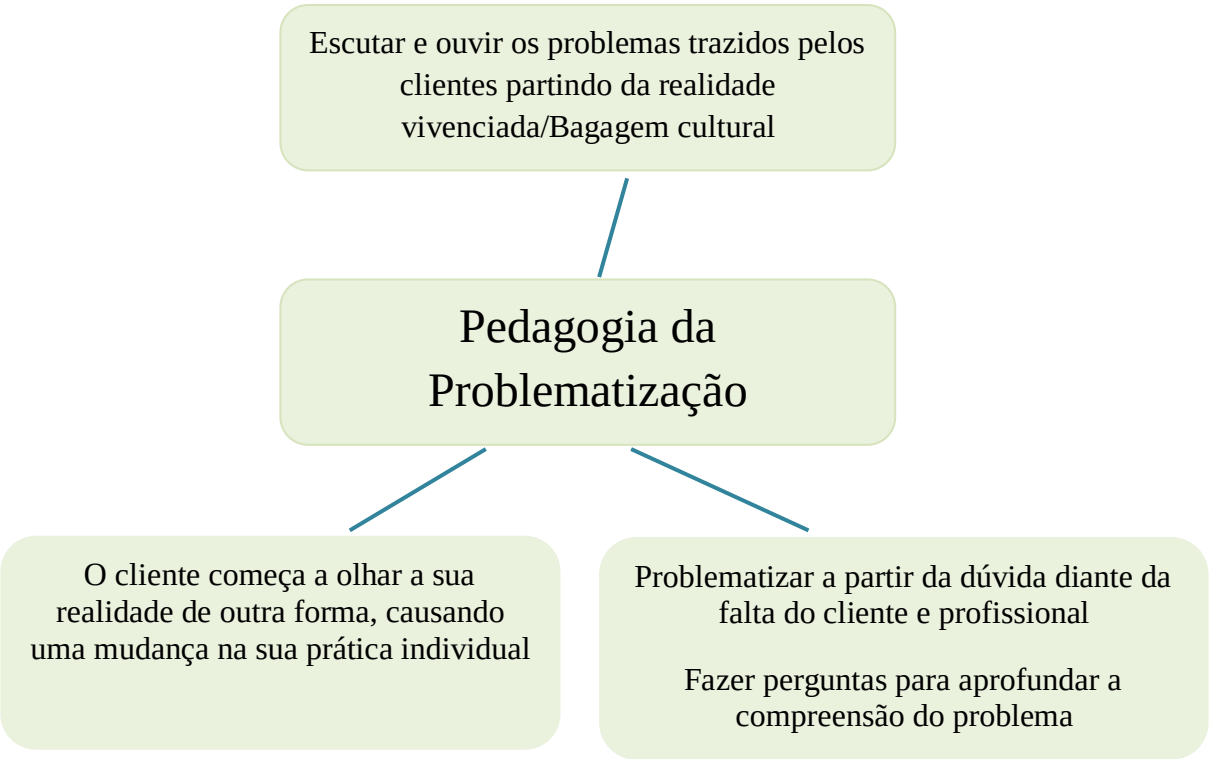
No contexto da vigente pesquisa, a base teórica de Paulo Freire permitiu a aproximação entre a teoria e a prática, pois, a partir do diálogo, gera-se o senso crítico do cliente, com a formação de uma base crítica, pautada na relação de amor, confiança, esperança, fé e autonomia do sujeito participante. Só o diálogo comunica e, quando os dois polos se ligam, tornam-se críticos na busca de algo que gerará a mudança. Destaque-se a ideia de que o Enfermeiro não é detentor do saber e o cliente não é apenas celeiro de conhecimento. Desse modo, torna-se fundamental que o processo de diálogo seja estabelecido através de uma relação horizontal de A com B (FREIRE, 2015).

Para Freire (2011, p.59), “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético, e não um valor que podemos ou não conceder uns aos outros”. Portanto, a autonomia, a dignidade e a identidade do aprendiz devem ser respeitadas, caso contrário, o ensino tornar-se-á corrompido, vazio e ineficiente. Diante dessa concepção, a prática educativa visa ao desenvolvimento da responsabilidade dos indivíduos no cuidado de si, sem a imposição de um saber técnico-científico.

No momento em que se trazem as ideias freireanas para o cotidiano da prática educativa da enfermagem, com a consideração de que o ensinar não é transferir conhecimentos, mas estabelecer condições de se construírem saberes e práticas em conjunto, diminui a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira, que a fala se torna sua prática. Através da reflexão crítica, o saber é transformado ou reconstruído, por meio do saber prático, científico e/ou popular (Figura 2).

A Pedagogia problematizadora de Freire ultrapassa os limites da educação na condição de disciplina social por isso possibilita sua utilização por outras disciplinas, entre elas a enfermagem.

Figura 2 - Princípio da problematização segundo Freire



Fonte: A autora.

Para Freire (2011, p. 113),

> [...]. Basta ser homem para ser capaz de captar os dados da realidade. Para ser capaz de saber, ainda que seja este saber meramente opinativo. Daí que não haja ignorância absoluta, nem sabedoria absoluta. O homem, contudo, não capta o dado da realidade, o fenômeno, a situação problemática pura. Na captação, juntamente com o problema, com o fenômeno, capta também seus nexos causais. Apreende a causalidade. A compreensão resultante da captação será tão mais crítica quanto seja feita a apreensão da causalidade autêntica [...] enquanto para consciência crítica, a própria causalidade autêntica está sempre submetida à sua análise – o que é autêntico hoje pode não ser amanhã – para a consciência ingênua, o que lhe parece causalidade autêntica já não é, uma vez que lhe atribui caráter estático, de algo já feito e estabelecido.

O Pensamento Crítico foi iniciado pelos filósofos gregos, na antiguidade clássica. Filósofos como Sócrates, Platão ou Aristóteles estavam convictos de que é possível usar o pensamento respeitando certos princípios racionais ou lógicos, de modo a atingir a verdade, ou, pelo menos, de maneira a precaver-se contra formas incorretas e enviesadas de pensar (VAUGHN; MACDONALD, 2010).

Segundo Vaughn e Macdonald (2010), todos os seres humanos possuem uma série de crenças que serve para formar uma visão do mundo em que vivem. Esse sistema de crenças é de tal forma complexo que muitas das crenças sustentadas são derivadas de outras através de

processos de raciocínio errados. Ora, o pensamento crítico visa, precisamente, ser um método ou uma prática que permite analisar, criar e avaliar sistemas de crenças. Determinar a qualidade das crenças e a forma como se pode lidar com elas é a missão do pensamento crítico. O pensamento crítico não se foca naquilo que causa uma crença, mas em que vale a pena acreditar.

Compreende-se que o principal objetivo da educação em saúde é o de promover as condições necessárias para tornar os clientes empoderados do saber e com isso, mais autônomos e críticos, responsáveis pela sua própria saúde, com impacto positivo nos desfechos do cuidar. Dessa forma, educação em Saúde pode ser definida como um conjunto de atividades que influenciam a aquisição de conhecimentos, as mudanças de atitudes, o fortalecimento da organização social em rede, o controle social e a adoção de comportamentos saudáveis, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Ressalta-se que um dos papéis principais do enfermeiro é o ato de cuidar, e ele é sempre visto como o cuidador. O ato de cuidar tem um papel importante no cotidiano das práticas de educação em saúde, como norteador da prevenção de danos e fortalecedor do vínculo do enfermeiro com a clientela por ele assistida (PINHEIRO et al., 2016).

O diálogo estabelecido entre o profissional de enfermagem e o cliente, no processo do cuidar, favorece um relacionamento de confiança e reciprocidade na comunicação. Nota-se que o cuidado educativo dirigido no modelo pedagógico de transferência de informações vertical, sem a relação constituída no diálogo, não contribui para a consciência crítica de por que adotar determinadas ações ou procedimentos. A equipe de enfermagem deve ser sensível às necessidades do cliente (GONZALEZ, 2014).

A enfermagem destaca como essencial para sua prática as ações educativas para o cliente, e as utiliza como instrumento, a fim de proporcionar segurança, qualidade à assistência e cuidados de saúde desde a metade do século 19 (TEIXEIRA, 2008 apud GONZALEZ, 2014).

Sendo assim, a educação em saúde se torna um processo dinâmico de descoberta cuja finalidade é esclarecer a existência de diferentes visões do mundo e de si. Quando essa educação em saúde é vivenciada por um grupo de clientes com doença crônica, contribui para a promoção da sua saúde através do compartilhamento desses saberes oriundos das experiências e vivências (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

O indivíduo, quando toma ciência e consciência da doença renal e de sua cronicidade, depara-se com um processo não somente doloroso e conflituoso, mas com um processo

gerador de mudanças, tanto no seu estilo quanto em seus hábitos de vida. O cliente passa por um conflito no qual percebe inúmeras perdas: da condição saudável, de papéis e de responsabilidade. Em determinadas patologias, o cliente se depara com o risco de morte, que o deixa ainda mais ansioso. Nesse sentido, o cliente com doença crônica necessita aderir ao tratamento e fazê-lo até o fim de sua vida. A dificuldade de adesão aos cuidados acarreta progressivamente a deterioração clínica, e são pequenas as taxas dos clientes que o fazem na forma correta, com a aceitação do cuidado como um hábito (SOUZA JUNIOR et al., 2015).

O acometimento pela doença crônica se torna uma realidade imutável, diferente da doença aguda, em que há remissão dos sintomas. A cronicidade envolve fatores emocionais, sociais, culturais e psicológicos do cliente condicionado a viver com uma realidade de vida diferente daquela com que era acostumado.

Portanto, a partir dos princípios citados, as orientações para o cliente renal crônico com opção de transplante como terapia substitutiva em nível ambulatorial apresentam-se como um recurso capaz de promover o compartilhamento de saberes, no qual o cliente expõe seus problemas e o enfermeiro, partindo do princípio de Freire, propõe ações para ajudá-lo no cuidado de si, durante a consulta de enfermagem, tendo em vista que se deve levar em consideração o pensamento crítico do cliente participante da pesquisa.

Compreende-se o processo de empoderamento e autonomia do indivíduo, quando o método aplicado causa uma mobilização e valorização do indivíduo através de recursos que lhe permitam reconhecer suas próprias necessidades e limitações, resolver seus problemas e sentir-se no controle de sua vida (NYGARDH et al., 2012).

Dessa maneira, uma assistência de enfermagem voltada para as necessidades de saúde humana, mais especificamente do cliente renal crônico, requer uma atenção maior a sua vida cotidiana, suas necessidades, expectativas, anseios, com o conhecimento de seu modo de ser e de pensar, e, principalmente, de sua maneira de ver a própria patologia.

É relevante que os clientes tenham conhecimento sobre o seu tratamento e sobre a importância do cuidado no pré e no pós-transplante, pois o conhecimento mais amplo contribuirá para dar-lhes autonomia, que é considerado um processo extremamente importante no contexto da saúde e do cuidado de si.

Segundo Gonzalez (2014), a proposta da educação em saúde sob o novo paradigma, deve ser sensível às necessidades do cliente e, partindo do princípio dialógico, o compartilhar entre o saber técnico-científico e o popular devem ser articulados, para a construção de um saber sobre o processo da saúde e da doença. Nesse processo, o que recebe o cuidado atua como partícipe, que decide e escolhe o melhor para si, e assim torna-se um sujeito com

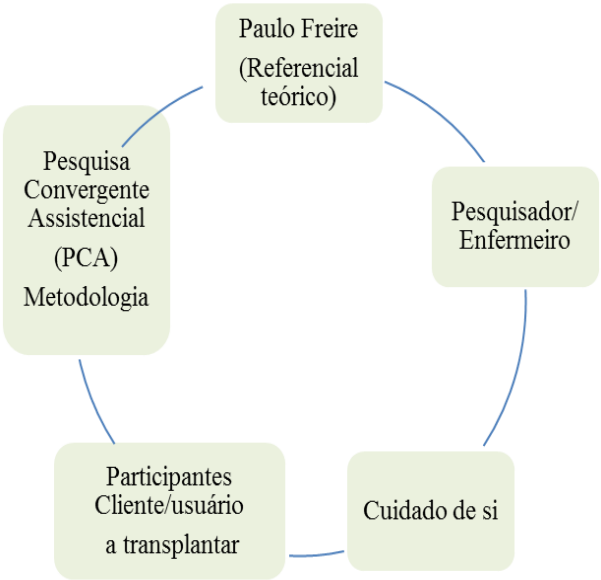
autonomia para realizar mudanças para a sua saúde pela construção de novos significados sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Nesse sentido, evidencia-se que, para conquista da autonomia do cliente, os cuidados técnicos assistenciais e as práticas educativas desenvolvidas pela enfermagem no processo do transplante estão diretamente ligados ao ato de educar, e a equipe de enfermagem, na condição de mediadora dessas ações, precisa conhecer a realidade na qual ele se posiciona ou vive, respeitar os saberes desses clientes e a sua bagagem cultural, com o objetivo de estimular a transição de uma consciência ingênua para uma consciência crítica e reflexiva.

Sendo assim, a promoção e a prevenção de saúde acontecerão através da relação dialógica de Paulo Freire, obtida por meio da autonomia, da esperança e da liberdade desse indivíduo, através da consulta de enfermagem e da pesquisa convergente-assistencial. Quando o cliente é partícipe no seu processo de cuidado, promove-se a reflexão e o empoderamento para que, assim, o cliente, por meio de ações transformadoras, obtenha uma melhor qualidade de vida (Figura 3).

Vislumbra-se que o espaço do ambulatório pode ser considerado como lugar para reflexão da prática, no qual o cliente possa ter voz e ser ouvido sobre o processo do adoecimento e compreendido como parte do corpo que necessita desse cuidado. As interações subjetivas criadas nesse espaço não dependerão tão somente do ambiente, mas da empatia demonstrada pelo profissional que lhe presta essa atenção, esse desvelo – o enfermeiro.

Figura 3 - Representação do referencial e metodologia da pesquisa



Fonte: A autora.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem escolhida foi a qualitativa, por conta da natureza do problema. Os problemas da prática de enfermagem poderão ser investigados, de acordo com Lopes et al. (1998), pelo uso da abordagem qualitativa, que possibilita compreender uma realidade que não pode ser quantificada. Trabalha com significados, experiências, aspirações, motivos, crenças, atitudes e valores, relacionados às relações humanas (MINAYO, 2012).

A teoria da problematização trazida por Freire, em que o diálogo de A com B respeita a experiência e vivência do outro, é fundamental e assume um importante destaque na efetiva pesquisa, pois o diálogo torna-se fundamental para o compartilhamento de saberes.

A pesquisa qualitativa enfatiza uma multiplicidade de métodos e implica uma abordagem interpretativa ou naturalista, em relação ao seu objeto de estudo. Isso significa que os pesquisadores qualitativos estudam as coisas em seu contexto natural, tentando atribuir um sentido ou interpretar o fenômeno, segundo as significações que as pessoas lhes dão (DENZIN; LINCOLN, 1994 apud PIRES, 2012).

Segundo Chizzotti (2006), o termo qualitativo implica a partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível. A partir da imersão na realidade dos sujeitos, é possível perceber os dados subjetivos e compreendê-los sob a ótica dos participantes.

A modalidade adotada para o estudo foi a pesquisa de campo denominada pesquisa convergente assistencial (PCA), que, de acordo com Trentini e Paim (2004, p. 28):

> [...]. É aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto esse tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado. A pesquisa convergente-assistencial inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo.

Além disso, a escolha pelo método também se deve ao fato de acreditar que o trabalho em tela poderá trazer à tona os impactos produzidos pela PCA, como: o resgate da autonomia, como processo de amadurecimento do cliente sobre a sua saúde e sobre o cuidado consigo, centrado em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade no processo do

cuidado de si; o despertar do pensamento crítico, através da consciência e de uma ação refletida própria, na qual as pessoas são autoras de suas próprias histórias; o conhecimento profissional e o senso comum.

Constata-se que indivíduo, ao se sentir livre para decidir e responsável para agir, não se porta de maneira frágil e insegura diante do inesperado. Em síntese, a busca da segurança, na tomada de decisões e no desenvolvimento de ações, desencadeia um processo de transição no indivíduo e no grupo profissional. Essa transição refere-se à substituição de uma prática fundada na repetição para uma prática reflexiva, o que implica permanente fundamentação e apropriação do conhecimento e conseguinte ganho de autonomia e cuidado de si (SCUCATO, 2004).

Por meio do empoderamento como processo educativo proposto, os clientes são auxiliados a ampliar conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir com sucesso a responsabilidade com as decisões acerca do transplante. Os clientes tornam-se capazes de compreender como podem solucionar os seus próprios problemas e necessidades, com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e promover ações mais apropriadas para estimular uma vida saudável (BERARDINELLI et al., 2014).

Sendo assim, na pesquisa, trabalhar-se-á com a autonomia e com o empoderamento desses clientes renais acerca do transplante renal e do cuidado para consigo.

A principal característica da PCA consiste na articulação da pesquisa com a prática assistencial, que ocorre principalmente durante a coleta de informações, e pode ser utilizada como estratégia para a prática de educação em saúde. Os depoimentos dos participantes da pesquisa sugerem novos temas para discussões que acrescentam mais informações para subsidiar o cuidado de enfermagem com o enfoque no tema da pesquisa. Esta se dará através de um encontro permeado pelo diálogo e, desse modo, o conhecimento profissional e o senso comum dos doentes renais crônicos expandirão a possibilidade de pesquisar, de assistir e de ensinar concomitantemente com a superação da neutralidade no processo investigativo e com a realização de mudanças no contexto investigativo e diminuição da lacuna.

Dessa forma, na medida em que ocorreu a obtenção dos dados da investigação, o cuidado de enfermagem foi prestado na forma de educação em saúde, a partir de uma relação dialógica por meio da qual assuntos foram problematizados junto ao cliente para que ambos pudessem perceber criticamente a sua realidade.

Segundo Trentini e Paim (2004) e Trentini, Paim e Silva (2014), a escolha da PCA como método de pesquisa permite unir o saber pensar ao saber fazer, articulando o cuidado, o ensino e a pesquisa em enfermagem. Essa articulação de saberes se dá através do seguimento

dos conceitos regidos por esta convergência, que possuem propriedades individualizadas e compatibilizadas pela regência do construto e a nomeamos como*: a dialogicidade, a expansibilidade, a imersibilidade, a simultaneidade*, que, em conjunto, atendem aos propósitos e às características desta pesquisa.

Dialogicidade - A convergência da prática assistencial e da pesquisa é um processo de comunicação humana de alta complexidade e se estabelece pelo diálogo. Sendo o diálogo parte integrante do ser e também um modo de chegar ao conhecimento pela troca de ideias, desse modo passa a ser uma prática com o potencial de gerar mudanças. O papel da PCA é tornar possível essa mudança;

Expansibilidade – Significa que o propósito inicial do pesquisador vai sendo ampliado durante o processo dialógico entre a prática assistencial e a investigação. O pesquisador depara-se com temas emergentes e de interesse a serem considerados no processo assistencial investigativo;

Imersibilidade – Corresponde à exigência da imersão do pesquisador na assistência durante o processo investigativo visando à construção de mudanças compartilhadas nesse lugar de assistência do cuidado em saúde. As atividades de pesquisa e as de assistência integradas constituem um "Corpo" que dialoga consigo mesmo para a construção do conhecimento de enfermagem;

Simultaneidade – Embora ocorram durante o processo atividades de investigação e de assistência, estas guardam suas configurações de instâncias próprias. Talvez este seja o maior desafio da PCA, uma vez que é incomum ocorrer investigação enquanto se pratica assistência e, mais detidamente, praticar a assistência enquanto se desenvolve a investigação. Essa junção de ambas as tarefas é uma característica fundamental da PCA.

3.2 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL (PCA)

Trentini e Paim (2004) e Trentini, Paim e Silva (2014) sugerem que sejam seguidas algumas fases para que o foco de atenção da pesquisa não seja desviado ao longo da sua trajetória. As fases deste tipo de pesquisa, segundo as autoras, são: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. São detalhadas a seguir, de forma a descrever o processo da investigação.

3.2.1 Fase da concepção

Processo de definição do problema de pesquisa corresponde à elaboração do projeto de pesquisa.

É nessa fase que ocorre a delimitação do tema e das questões de pesquisa que emergem da prática profissional cotidiana do pesquisador, portanto estará associada à situação do problema da prática. Nesse momento, os objetivos são delineados com o propósito de expressar, de modo geral, o que se pretende fazer, para responder à questão de pesquisa.

O tema foi escolhido a partir da minha experiência profissional como enfermeira no posto de nefrologia e transplante renal, por 13 anos, pela relevância dos cuidados ao cliente renal crônico, que tem como opção o transplante renal, e a partir de minha experiência na assistência de enfermagem, na qual recebia os clientes no pós-operatório imediato e prestava assistência a eles até o momento da alta domiciliar.

Após essa escolha, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o assunto, com o intuito de conhecer a recorrência da temática no campo da enfermagem. Na sequência, foram formulados o problema de pesquisa, os objetivos, as contribuições e a justificativa da pesquisa.

3.2.2 Fase de instrumentação

Trata-se do momento em que as decisões metodológicas são tomadas. Para Trentini e Paim (2004, p. 73), “os procedimentos metodológicos incluem: a) a escolha do espaço da pesquisa, b) a escolha dos participantes; c) a escolha das técnicas para a obtenção e análise das informações”.

3.2.2.1 Escolha do espaço

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) é um dos locais assistenciais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) vinculados ao Ministério da Educação e ao Sistema Único de Saúde (SUS). É um hospital público, federal, terciário, destinado a ensino, pesquisa e assistência, localizado na cidade do Rio de Janeiro. É referência no tratamento de diversas patologias de alta complexidade e lugar onde se realizam procedimentos de alta complexidade, como cirurgia de transplante renal, seja de doador vivo

seja de doador falecido, atendidas somente a partir do encaminhamento realizado pela Central de Regulação e cujo agendamento é feito antecipadamente nos postos de saúde. Uma vez encaminhados, os clientes são submetidos à Central de Triagem e direcionados ao tratamento através do Serviço de Ambulatório (SAM), que funciona de segunda a sexta-feira.

Por dia, o hospital recebe cerca de 1.300 clientes para atendimentos ambulatoriais e/ou exames, além das quase 200 internações diárias mantidas pelas unidades de internações. Atualmente há 280 leitos ativos, distribuídos em serviços distintos, divididos em: Serviço da Saúde da Comunidade (emergência, exames de radiodiagnósticos, radioterapia, hemodinâmica, e os ambulatórios), Serviço de Internações clínicas (que compreende também os setores de nefrologia, transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal), Serviço de Internações cirúrgicas (unidades de internação cirúrgica e CTIs); Serviço do centro cirúrgico e Central de material.

No HUCFF, diariamente, são realizadas, em média, 25 cirurgias, porém o transplante renal ainda é uma cirurgia pouco realizada, como se pode evidenciar através do relatório de produção assistencial comparativo de 2012 - 2013, no qual se verifica que o total de transplantes renais, realizados no HUCFF, foi de 43, sendo 23 transplantes realizados no ano de 2012, e 20 transplantes renais realizados em 2013, realidade mantida até o presente (HUCFF, 2016).

Tendo em vista que na Pesquisa Convergente Assistencial o espaço da pesquisa é definido como aquele onde ocorrem às relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, o estudo foi realizado no ambulatório de nefrologia, localizado nas salas 204, 208 ou na destinada ao atendimento médico no 2º andar - o estudo voltou-se a uma demanda específica de clientes, em estágio 4 e 5, que fazem a opção pelo transplante renal como terapia de substituição e no 7º andar, local onde fica localizado o consultório médico para atender essa clientela e onde se localiza também a unidade de internação clínica e cirúrgica da Nefrologia.

A consulta médica dessa clientela obedece à seguinte rotina: o cliente recebe o encaminhamento da clínica de origem (especialidade, que o acompanha) para o ambulatório de Nefrologia, que realiza consultas regulares nas salas do ambulatório localizadas no segundo andar, de segunda a sexta-feira.

Na primeira consulta com nefrologista, quando são solicitados pareceres e exames (se necessário), realiza-se o diagnóstico e o estadiamento da DRC. Se o cliente estiver no estágio 4, a consulta será agendada mensalmente ou de dois em dois meses, de acordo com os exames laboratoriais. Se o cliente estiver em estágio 5 não dialítico, a consulta para acompanhamento

da progressão da doença é realizada quinzenal, mensal ou bimestral de acordo com os exames laboratoriais e a avaliação clínica do paciente.

Quando o médico nefrologista identifica o estágio avançado da doença, dá o diagnóstico de DRC, explica a atual condição do cliente e a necessidade de escolha de uma modalidade de terapia de substituição: hemodiálise, diálise e transplante.

Atualmente, a consulta de enfermagem nesse cenário não é efetiva para a clientela que opta pelo transplante, ou seja, o profissional enfermeiro não tem disponibilizado um espaço exclusivo ao atendimento dos clientes no pré-transplante, fato que trouxe dificuldade para a realização da pesquisa.

3.2.2.2 Escolha dos participantes

Elegemos como participante da pesquisa os clientes de ambos os sexos portadores de doença renal crônica em estágio 4 e 5, em tratamento conservador ou não, que fizeram a opção pelo transplante renal como terapia de substituição através de doadores vivos e/ou falecidos, maiores de 18 anos, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE A), conforme Resolução 466/12, e clientes com nível de consciência e orientação capaz de responder às questões da pesquisa através do diálogo.

Após me apresentar como enfermeira e pesquisadora, e apresentar a temática inerente ao transplante, os médicos do ambulatório do transplante encaminhavam os clientes, geralmente acompanhados de seus familiares, para que fossem orientados quanto à modalidade de terapia e apresentados à unidade de hemodiálise e diálise através do diálogo com o cliente, explicando como acontece o transplante intervivos e falecido.

Como critérios de exclusão para a pesquisa, foram definidos: Clientes que não fizeram a opção pelo transplante renal; clientes com problemas psiquiátricos; clientes especiais (deficientes mentais), que não realizarão o transplante pela instituição e clientes menores de 18 anos.

Uma amostra de 17 clientes foi considerada elegível para participar da pesquisa. Porém, no decorrer da coleta de dados, 6 participantes foram excluídos: 02 por não aceitarem assinar o TCLE; 03 por não aceitarem as informações e as orientações provenientes do estudo, acreditando que as orientações médicas eram suficientes, e 01 por óbito, durante o processo de coleta. Desse modo, participaram do estudo 11 clientes.

3.2.2.3 Método e técnica de obtenção das informações

A PCA tem propriedade de “dança” com a prática assistencial, que se caracteriza como movimento de aproximação, de afastamento e de convergência com a prática assistencial, de modo a criar espaços de superposição entre a pesquisa e a assistência.

Fazer a diferença entre a PCA e a prática assistencial é reconhecer que o uso da metodologia investigativa não significa afastamento e sim aproximação pela finalidade de ambos quanto à qualidade da assistência.

Sendo assim, o método convergente-assistencial aglomera várias estratégias e técnicas com o objetivo de obter informações. A escolha da técnica de coleta de dados deve permitir a articulação entre pesquisa, assistência e participação dos envolvidos na pesquisa.

Uma vez que a metodologia da PCA permite ser desenvolvida de forma individual junto aos participantes, optou-se pela técnica de entrevista individual semiestruturada (APÊNDICE B) e pela utilização de um formulário de identificação sociocultural (APÊNDICE C).

A escolha pela técnica da entrevista individual deu-se pelo entendimento de que a formação de um grupo demandaria mais tempo de permanência dos clientes no ambiente hospitalar, uma vez que esses clientes comparecem ao hospital apenas para consulta médica, coleta de sangue e/ou avaliação dos exames pré-transplante, no período da manhã e muitas vezes estavam em jejum.

Ressalte-se que essas consultas médicas ocorrem no período de aproximadamente dois meses a três meses. Apesar de as consultas serem agendadas (dois clientes por semana), alguns desses clientes faltam por variados motivos, por problemas sociais ou de saúde.

3.2.3 Fase de perscrutação

Está estreitamente interligada às fases de instrumentação e análise. Perscrutar significa examinar, investigar rigorosamente, procurar entrar no segredo da situação. O pesquisador necessita penetrar na realidade da prática assistencial e conseguir as reais intenções dos participantes em se envolverem nas mudanças e/ ou na inovação.

É o momento em que são elaboradas as estratégias que viabilizarão a obtenção de informações a serem adotadas na pesquisa. Essas estratégias emergem da criatividade, da experiência e do conhecimento do pesquisador em relação ao assunto, associado ao cunho investigativo (TRENTINI; PAIM, 2004).

No entanto, segundo as autoras, as estratégias podem não ser cumpridas no decorrer da pesquisa conforme o definido no projeto, mas sim conforme as necessidades do processo de produção de dados, desde que criteriosamente explicados.

Antes do início da coleta de dados, a proposta da pesquisa foi apresentada para os membros da equipe multiprofissional (médico, assistente social, nutricionista e psicólogo) como estratégia de contemplar o princípio da conectividade.

3.2.3.1 Etapas para produção de dados

As etapas para produção dos dados aconteceram no período de março de 2016 a fevereiro de 2017, no Ambulatório de Nefrologia, localizado nas salas 204, 208 ou na destinada ao atendimento médico no 2º andar de forma a atender uma demanda específica de clientes, em estágio 4 e 5, que fazem a opção pelo transplante renal como terapia de substituição, e no 7º andar, local onde fica localizado o consultório médico para atender essa clientela e onde se localiza também a unidade de internação clínica e cirúrgica da Nefrologia.

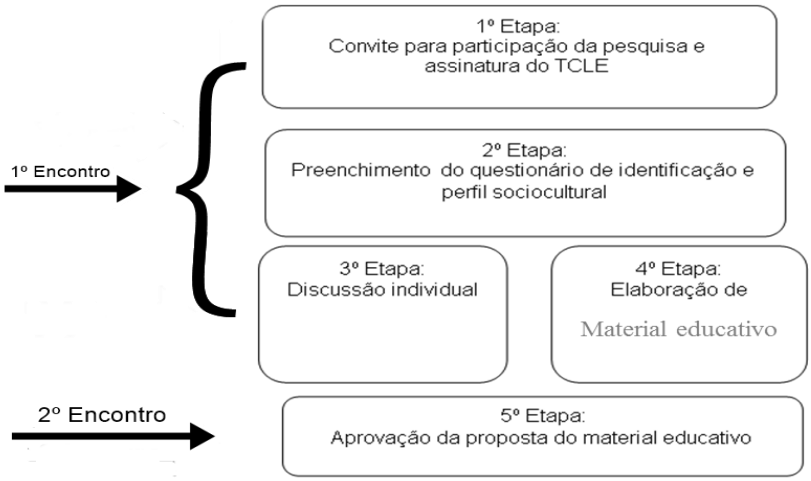
Foi grande o desafio durante essa etapa uma vez que não há disponibilidade de sala para a enfermagem, pois a consulta de enfermagem aos clientes renais a transplantar não é efetiva, apesar de preconizada pelo Ministério da Saúde. Por isso a pesquisadora improvisou um espaço para atender essa clientela, como a sala de ambulatório desocupada, a enfermaria fechada, a sala da chefia de enfermagem, dentre outros.

As entrevistas/consultas ocorreram, a princípio, no período da tarde e a seguir pela manhã, devido à mudança na agenda de atendimento dos médicos nefrologistas, que, após a consulta, encaminhavam os clientes para entrevista/consulta de enfermagem, com a enfermeira pesquisadora.

Foram programados dois encontros para coleta de dados. Estes encontros coincidiram com os dias de consulta médica, que podem ser mensais, ou bimestrais. Os clientes foram direcionados para a pesquisadora ao final da consulta médica para que tomassem conhecimento do estudo e se aproximassem do tema a ser abordado.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 50272615.4.3001.5257), deu-se o levantamento dos clientes que atendiam os critérios de inclusão para o estudo, e a produção dos dados foi desenvolvida de acordo com as etapas subsequentes e inter-relacionadas, como segue na Figura 4.

Figura 4 – Esquematização das etapas de produção de dados



Primeira etapa:

Ocorreu mediante o convite para a participação do estudo, a explicação das etapas da produção de dados, como também os aspectos éticos da pesquisa e a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Dos 11 participantes, apenas dois não estavam acompanhados pelos seus familiares, o que apontou presença efetiva da família na escolha do tratamento, inclusive em arguições a respeito do processo transplantar.

Segunda etapa:

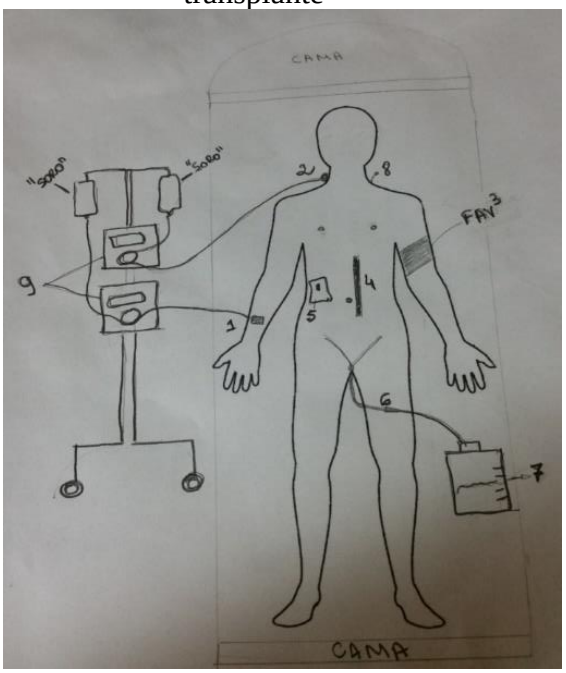
Na segunda etapa, foi preenchido um instrumento de identificação com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa (APÊNDICE C). A aplicação desse instrumento se justifica uma vez que o objeto da investigação trata dos saberes e das práticas de cuidado, portanto a condição sociocultural dos participantes traduz seus saberes, suas práticas e seus conhecimentos a partir de suas vivências cotidianas, por isso torna-se necessário conhecê-la.

Terceira etapa:

A terceira etapa se caracterizou pela realização do “encontro de discussão” sobre o tema em estudo com vistas a fazer fluir dos participantes os seus saberes, suas percepções e suas práticas sobre o tema, assim como os da pesquisadora. Para tanto, foi utilizado um roteiro com questões chaves para conduzir a discussão (APÊNDICE B). A partir dos relatos dos sujeitos acerca das suas construções, desencadeou-se a discussão a fim de compartilhar os saberes e as práticas, bem como o processo de problematização, sobre o que eles conhecem referente à terapia de substituição, no caso, o transplante renal e o que eles gostariam ou necessitariam saber.

Como meio facilitador da discussão, o acesso às práticas dos clientes e o auxílio ao processo de educar-cuidar, foi utilizado desenho esquemático do corpo humano (desenho realizado manualmente pela pesquisadora), a fim de que os clientes pudessem ter uma noção de como retornariam do centro cirúrgico no pós-operatório imediato, realizado no andar, ou seja, nas enfermarias, conforme Figuras 5 e 6.

Figura 5 - Retorno do cliente após o transplante[3]

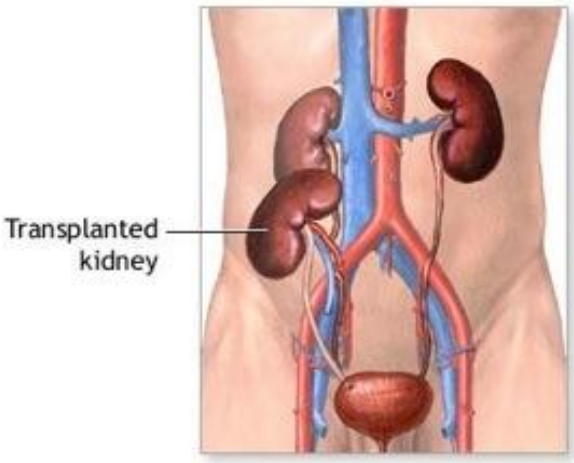


Legenda: 1. Punção periférica, no braço onde não há fístula. Para infundir (soro) solução fisiológica, solução glicosada, para estimular o novo rim a "trabalhar"; 2. Punção profunda, para infundir (soro) solução fisiológica e glicosada; e medicações prescritas (analgésicos e outras); 3. Em caso de fístula, o braço da fístula (FAV) vem aquecido com algodão e atadura, para manter o frêmito (barulho de cachoeira); 4. Incisão paramediana; 5. Dreno tubular (para saída de líquidos acumulados); 6. Sonda vesical (para controlar a saída de diurese); 7. Coletor de urina; 8. Cateter peridural (para analgesia, usado pelo anestesista para o controle da dor); 9. Bomba infusora de medicação e "soro".

Fonte: A autora.

[3] Legenda compartilhada de forma verbal com os clientes.

Figura 6 - Localização anatômica do rim enxertado



Fonte: CRYSTAL CENTRE..., 2017.

A utilização das ilustrações propiciou a descontração e o envolvimento dos participantes ao ponto de sugerir o material impresso para que mostrassem para seus familiares. O uso das ilustrações e desenhos como modelo também favoreceu o alcance da conectividade com os familiares dos clientes, uma vez que os participantes da pesquisa solicitaram a permissão da pesquisadora para que seus cônjuges ou familiares participassem como ouvintes da entrevista (APÊNDICE E). Assim foi gerada uma maior compreensão, além do que foi planejado no primeiro momento, pois, em alguns momentos, os referidos cônjuges, companheiros ou companheiras, parentes de primeiro grau, ou simplesmente acompanhantes, interrompiam a entrevista, ou o diálogo, para realizar questionamentos sobre a temática abordada.

Esses encontros para a construção conjunta de saberes, a utilização das figuras, ilustrações e desenhos possibilitou que a pesquisadora esclarecesse os objetivos da pesquisa, e permitiu, desse modo, o repensar da educação em saúde construída de forma horizontal, com a possibilidade da troca de saberes e de experiências entre ambos.

Destaca-se que a utilização desses recursos não teve um propósito prescritivo, mas funcionou como material didático que, ao ser utilizado, permitiu ao cliente demonstrar sua prática e refletir criticamente sobre o que ele diz ou faz ao se preparar para o transplante renal. Esta decisão se faz importante e deve ser tomada e repensada, em busca de garantir o sucesso efetivo do transplante e minimizar os problemas inerentes ao pós-transplante renal.

Nesse processo, Freire (2001) destaca a importância da comunicação. A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de

sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados, e, neste momento, encontra-se apoio também nos preceitos do PCA, que procura inserir o profissional no contexto e dialoga com o sujeito em busca de compartilhar saberes.

Além disso, a utilização desses materiais didáticos despertou a curiosidade dos clientes. Para Freire (2011, p.85), "o exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser". Na curiosidade, o enfermeiro também encontra um momento de buscar reflexões e sanar possíveis dúvidas acerca desse processo tão importante que é o tratamento cirúrgico em si.

Quarta Etapa

Constou da elaboração do material educativo a partir do que emergiu entre o cliente e a pesquisadora para ser compartilhado com os demais clientes. Esse material se deu por intermédio de uma proposta no modelo cartilha que aborda questões sobre os tipos de transplante, os tipos de doadores, as complicações como rejeição, medicamentos imunossupressores.

A escolha por construir um material de forma participativa com saberes dos clientes e da pesquisadora favoreceu uma ação educativa, em busca do compartilhamento de experiências e informações, de histórias de vida, de reflexões e de problematização dos temas discutidos. Experiências cotidianas de vida foram assumidas como fonte de conhecimento e se tornaram uma ação transformadora da realidade (SOUZA et al., 2003).

A inquietação era de que o material, como meio de informação, fosse acessível, claro, significativo e emergente da realidade daquelas pessoas e que, além de informar, estimulasse a reflexão sobre as questões demandadas por eles. Nesse sentido, além de tomar por base os temas abordados durante as entrevistas, adicionaram-se imagens associadas aos temas não abordados anteriormente.

O diálogo por meio da troca de informações durante a entrevista também proporcionou à pesquisadora o conhecimento do processo saúde e doença e das bases que fundamentam esse conhecimento, trazida pelos clientes, se hospitalocêntrica, se antropológica ou se social.

Cabe ressaltar que a cartilha foi confeccionada digitalmente pela pesquisadora, posteriormente ao encontro. As imagens utilizadas foram elaboradas por um cartunista/desenhista contratado especificamente para o estudo. A essência do desenho foi estruturada a partir das ideias da pesquisadora, com a intenção de tornar o material mais atrativo para a clientela.

Ressalta-se que, no primeiro encontro com os clientes participantes da pesquisa, foram realizadas as quatro etapas mencionadas, e cada entrevista durou em média de 50 minutos a uma hora e meia, respeitando sempre a vontade de cada participante em prosseguir. Não houve como mensurar o tempo individual de cada etapa, uma vez que as etapas aconteceram concomitantemente.

Quinta etapa

Para finalizar, na quinta etapa, os clientes foram convidados a se reunir em um segundo encontro, para a aprovação do material educativo, elaborado em conjunto com a pesquisadora, e tecer considerações sobre todo o processo, a fim de atender um dos requisitos e certificação de uso do delineamento PCA propostos por Paim e Trentini (2004) e Paim, Trentini e Silva (2014); para o incentivo a reflexões e para posteriores mudanças no comportamento e no cuidado de si.

Registros das informações

Cabe destacar que a segunda, a terceira e a quarta etapas foram gravadas em mídia digital (MP3) e depois transcritas na íntegra, para análise das unidades temáticas.

3.2.4 Fase de análise e interpretação

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), em qualquer tipo de pesquisa qualitativa, a análise das informações consta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorrem de forma mais ou menos sequencial.

A apreensão consiste no primeiro estágio da análise e inicia-se com a coleta de informações. Sendo assim, os depoimentos foram colhidos e transcritos na íntegra. Mantidos os discursos originais dos participantes, com signos ortográficos que sinalizaram as pausas, os silêncios, as entonações, entre outras características do discurso verbal. Foram registradas, também, as emoções próprias aos discursos espontâneos, como risos e choros, entre outras. Todo esse cuidado teve como propósito a constituição do “corpus” qualitativo da pesquisa.

Inicialmente, foi realizada a leitura flutuante de todo o material na busca do delineamento empírico da pesquisa. O segundo procedimento foi de pré-análise, com o processo de síntese - a parte da análise que examina de forma subjetiva as associações e as variações das informações concretas ou abstratas e as funde em um todo coerente - com vistas

à captação dos grandes temas de maior significância presentes nas falas dos participantes, durante a consulta/entrevista individual ou com familiares presentes.

Após essa fase, ocorreu a classificação temática, a fim de selecionar os temas de maior incidência e, ainda, aqueles que tiverem maior frequência de aparição no conjunto das falas da maioria dos sujeitos da pesquisa. Para avaliação do material discursivo, foi aplicada a técnica de Análise de Conteúdo temático, por categorização. Nessa técnica, as categorias não são determinadas a priori, e sim, a partir das falas dos participantes (BARDIN, 2010).

Com base em resultados analisados, quanto aos saberes e práticas dos clientes renais crônicos em tratamento conservador ou em diálise em vias de realizar transplante renal, emergiram três categorias: Saberes e práticas dos clientes portadores de insuficiência renal crônica a transplantar acerca do transplante; Fontes de informação e de aprendizagem de clientes com insuficiência renal crônica sobre os cuidados no pré e no pós-transplante e Avaliação dos cuidados compartilhados pelos clientes com a enfermeira-pesquisadora e elaboração do material educativo**.**

No processo de teorização, a pesquisadora desenvolve um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese e no processo de transferência dos resultados, que consiste na possibilidade de concessão de significados a determinados achados ou descobertas e na procura pela contextualização em situações similares, sem que tenha o poder de generalização. Socializam-se, portanto, os resultados singulares.

Na PCA, tal como em qualquer trabalho acadêmico, é necessário que haja rigor científico, que se traduz pela fidelidade aos princípios da pesquisa em tela. Para conferir credibilidade ao estudo, foram pré-estabelecidos alguns critérios a serem seguidos como: transparência, fidelidade, representatividade dos dados, relato detalhado do processo de obtenção das informações e do processo de análise, clareza na trajetória da construção do fenômeno, descrição detalhada de todos os momentos da pesquisa, ocultação de verdades acabadas, associação entre teoria e prática e as mudanças ocorridas na prática assistencial durante o processo de pesquisa, entre outros.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à plataforma Brasil com posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do HUCFF/UFRJ, CAAE: 50272615.4.3001.5257, aprovado em 18/12/2015 e da Escola de Enfermagem Anna Nery EEEAN/UFRJ, CAAE: 50272615.4. 0000.5238, submetido em 19/11/2015 e aprovado, sob o parecer 1.329.470.

As precauções éticas implicadas na pesquisa com seres humanos foram garantidas em atendimento ao disposto na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A fim de garantir a autonomia dos participantes, eles assinaram o TCLE (APÊNDICE A), após terem sido devidamente esclarecidos quanto aos aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo, que também constaram no termo escrito. Desse modo, os participantes foram informados sobre a voluntariedade de sua participação, a garantia de anonimato, a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa. Após a assinatura do TCLE, os participantes da pesquisa receberam uma cópia do documento.

A identificação foi feita por código alfanumérico. Assim, os clientes foram identificados pela letra **T**. Após cada letra inserida no texto, foram agregados números arábicos sequenciais, de acordo com a ordem dos participantes na fase de produção dos dados.

3.4 DIFICULDADES E LIMITAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

As consultas médicas ao pré-transplante eram realizadas, a princípio, nos seguintes dias e horários: terça-feira, 08h às 10h, quinta-feira, 13h às 15h, sexta-feira, 08 às 10h; porém, a dificuldade de recursos humanos (RH), atualmente, considerado um grave problema nas instituições públicas e no cenário eleito como campo de pesquisa, foi um fator limitante. Também a mudança da chefia médica do serviço de nefrologia acarretou uma nova reestruturação das consultas médicas no pré-transplante, que ficaram da seguinte forma: quarta-feira de 08 às 10 horas, e pós-transplante na terça e na sexta pela manhã.

A ausência de enfermeiros e de um programa efetivo para residentes de enfermagem em nefrologia nos ambulatórios, para atender essa clientela que almeja realizar o transplante como método de terapia substitutiva, tornou-se um verdadeiro problema, por não ser uma prática realizada e pela falta de um ambiente propício à realização das entrevistas/consultas; a falta de interesse de alguns clientes na participação; a pressa nas respostas pelo avançado da hora; o fato de as entrevistas serem divididas em dois encontros; as condições apresentadas pelo hospital, onde, durante um período de tempo os agendamentos foram suspensos, devido a eventos das olimpíadas no nosso país, especificamente no Rio de Janeiro, nas proximidades do hospital universitário, foram fatores de impacto negativo para a produção, a coleta de dados e a posterior análise, causaram atraso na produção dos dados e, consequentemente, atraso no cronograma pré-estabelecido.

Vale ressaltar que houve fechamento de enfermaria de transplante, por problemas estruturais, com suspensão da internação e dos procedimentos que levariam o cliente a transplantar.

Corroborando o exposto, Pinheiro et al. (2016) afirmam que as práticas educativas acontecem, na maioria das vezes, em espaços minúsculos e inoportunos possibilitando a desatenção e a distração dos usuários. Assim, o desenvolvimento das ações educativas em locais apropriados, livres de barulho, promove a adesão dos participantes, e espaços mais planejados possibilitam oportunidades para um melhor enfrentamento dos problemas.

CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

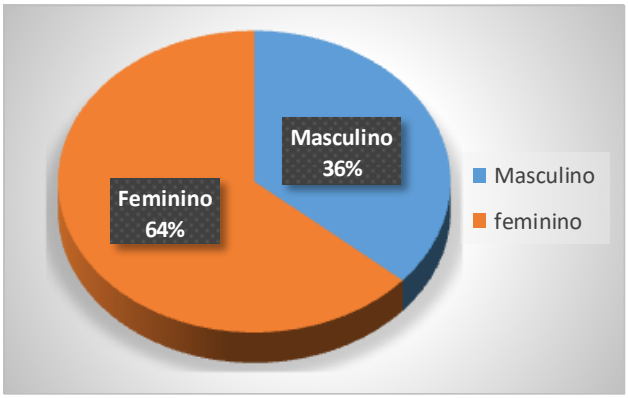
A natureza ou estado de uma doença crônica e/ou sua cronicidade e o tratamento de substituição escolhidos são fontes geradoras de estresse, preocupações, receios, anseios e medos. Geralmente acarretam transformações na vida social, pessoal, na relação com o trabalho e podem ocasionar perda do emprego, dependência da Previdência Social e a necessidade de adaptação financeira em consequência da perda da autonomia.

Nesse sentido, o conhecimento prévio é de extrema importância para entender melhor o universo em que o sujeito se insere, visto que cada um possui sua própria realidade e que esse fato ocasionará uma influência no cuidado a ser estabelecido (FREIRE, 2011).

O Saber precedente da realidade desses participantes da pesquisa assume extrema importância para que se possa entender a complexidade de uma situação de saúde limitante devido a sua cronicidade.

A partir das variáveis que constam no formulário de identificação utilizado antes da entrevista, para suscitar a apresentação e a discussão dos dados que originaram este capítulo, a caracterização dos 11 clientes foi analisada e distribuída em tabelas e gráficos.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o sexo



Fonte: A autora.

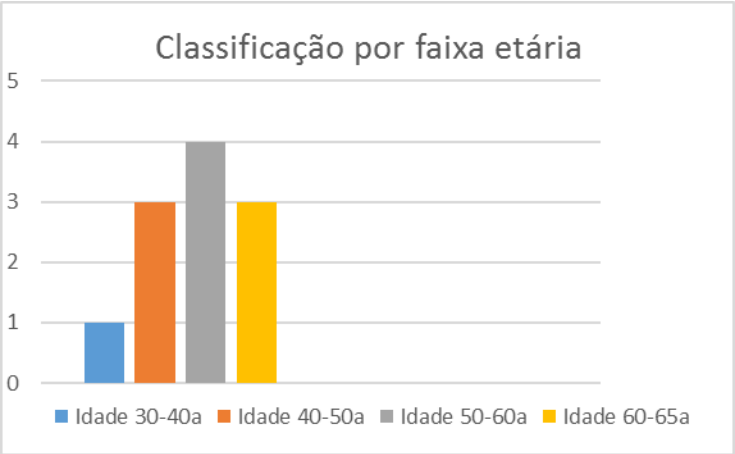
Conforme o Gráfico 1, dos 11 participantes da pesquisa, 07 eram do sexo feminino, (64%) e 04 (36%) eram do sexo masculino. Os dados apresentados contradizem o exibido no Censo de 2015 (SBN, 2015), pois a taxa anual de 2012 a 2015 prevalente, é de indivíduos do sexo masculino: 60% masculino e 40% feminino. Isso se justifica, uma vez que os participantes foram inseridos na pesquisa de acordo com a sua disponibilidade e com a sua

aceitação para participação da pesquisa. Mesmo não se constituindo amostra com significância estatística, para o estudo se faz necessária essa caracterização.

Outro fator que chama atenção no momento da escolha dos participantes da pesquisa, apesar de não ter ocorrido inclinação para entrevistar participantes de um determinado sexo, foi a procura pelo cuidado hospitalar mais elevada em pessoas do sexo feminino do que em pessoas do sexo masculino, por se tratar de uma doença limitante.

Na sociedade, é comum ser ainda o homem o provedor financeiro familiar. Observa-se que esses indivíduos, quando chegam a procurar atendimento hospitalar, já se encontram com a doença em estágio avançado. Esse fato corrobora os dados do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde do Homem, que afirmam que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública e que a cada três mortes de pessoas adultas duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada. Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2011; SCHWARZ, 2012).

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária



Fonte: A autora.

Com relação à faixa etária, o Gráfico 2, mostra que 01 participante está dentro da faixa etária de 30-40 anos (9%), 03 participantes na faixa de 40-50 anos (27%), 03 na faixa de 60 a 65 anos (27%), 04 estão inseridos na faixa etária de 50 a 60 anos, (37%).

Segundo os estudos realizados na Espanha em 2014, o principal motivo de exclusão para o transplante é a idade avançada no início do tratamento substitutivo. Por exemplo, no ano 2012, nos Estados Unidos das Américas (EUA), menos de 10% dos pacientes maiores de

65 anos incluíram-se em lista, perante 20% de pacientes com 45 a 64 anos e 33% entre 22 e 44 anos. Apesar disso, o grupo que mais cresceu, proporcionalmente, nas taxas de transplante é o grupo dos maiores de 65 anos; em Catalunha, Espanha, 28% dos pacientes dessa idade tinham recebido um transplante cinco anos depois de iniciar diálise entre 2004 e 2014, perante 14% dos que iniciaram entre 1990-1996 (OPPENHEIMER, 2016).

Sendo assim, os participantes da pesquisa, estão inseridos nessa recente realidade, pois o constante progresso na idade dos doadores e dos receptores idosos tem contribuído para aumentar as expectativas do transplante nesta população, pois, embora uma expectativa de vida curta seja uma contraindicação para o transplante, não há consenso na definição de "vida curta" nem de como estimá-la eficazmente.

Tais resultados confirmam os dados divulgados pelos censos realizados pela SBN (2016), nos quais os maiores percentuais de clientes em diálise estão na faixa etária de 45 a 64 anos, correspondendo à parcela contribuinte da população, porém constitui para alguns um problema após o transplante, pois, segundo a perícia médica do INSS e a Previdência social, a aposentadoria por invalidez é um benefício devido ao trabalhador permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa e que também não possa ser reabilitado em outra profissão (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2016).

O benefício é pago enquanto persistir a incapacidade e pode ser reavaliado pelo INSS a cada dois anos, de acordo com a lei. O aposentado por invalidez deve fazer perícia médica a cada dois anos para comprovar que permanece inválido. Os maiores de 60 anos são isentos dessa obrigação, conforme a Lei nº 13.063/2014. Nesta pesquisa, apenas 27% dos participantes incluem-se neste caso, o que corresponde a três clientes.

Inicialmente, o cidadão deve requerer um auxílio-doença, que possui os mesmos requisitos da aposentadoria por invalidez. Caso a perícia-médica constate incapacidade permanente para o trabalho, sem possibilidade de reabilitação em outra função, a aposentadoria por invalidez será indicada. Período de Carência é o número mínimo de meses (competências) pagos ao INSS para que o cidadão, ou em alguns casos o seu dependente, possa ter direito de receber um benefício.

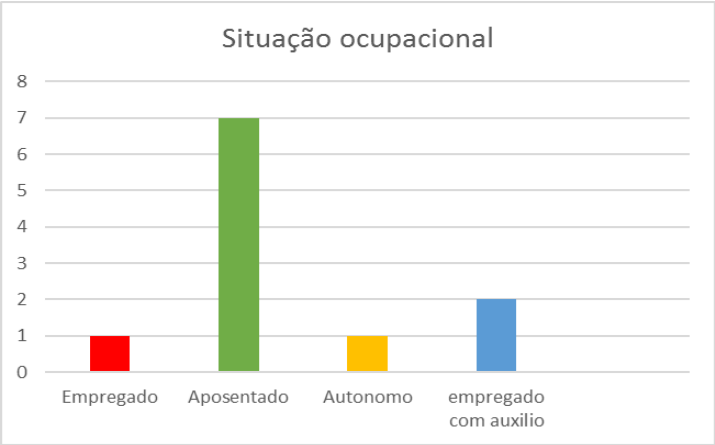
No caso de Nefropatia Grave, com perda total da função renal, o contribuinte fica isento de cumprir o período de carência (Art. 24 a 27 da Lei nº 8.213/91).

O benefício da aposentadoria por invalidez deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e/ou volta ao trabalho. Sendo assim, como o transplante é uma terapia de substituição que ressocializa o cliente, dependendo da função que este exercia antes da DRC, ele poderá voltar a exercer suas funções.

Diante do problema explicitado, a presença de outros profissionais, como assistente social e psicólogo, no processo de escolha da terapia de substituição como o transplante renal, faz-se necessária devido ao esclarecimento de assuntos que, apesar de não serem da competência da enfermagem, a sensibilizam.

A distribuição quanto à situação ocupacional e aos benefícios recebidos estão exibidas no Gráfico 3: 01 (9%) participante encontra-se empregado, 07 participantes estão (64%) aposentados por invalidez, 02 participantes (18%) estão empregados com auxílio doença e 01 participante (9%) é autônomo Nesse caso, é de extrema importância a orientação aos participantes da pesquisa, pelo assistente social, como partícipe de uma equipe multiprofissional, sobre o fato de que os eles poderão perder o benefício, que, na maioria das vezes, constitui parte importante no orçamento da família e na manutenção dos cuidados, como, por exemplo, da dieta e das medicações.

Gráfico 3 - Situação ocupacional e benefícios recebidos



Fonte: A autora.

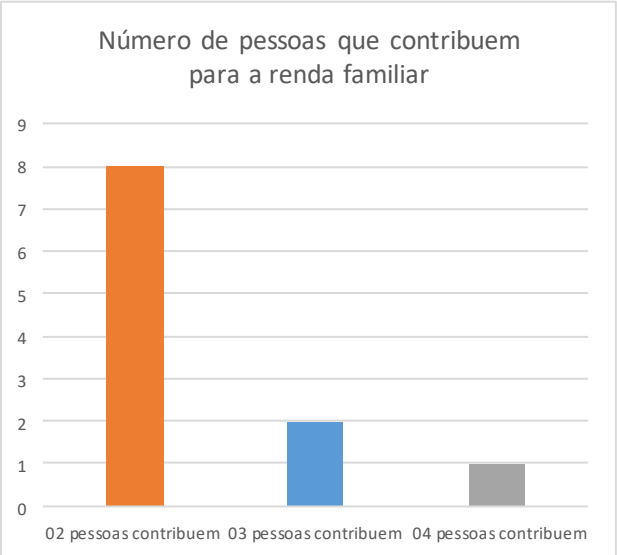
A preocupação com o recebimento do benefício é verbalizada por uma participante da pesquisa, ao ser questionada quanto ao número de pessoas que contribuem economicamente para a composição da renda familiar:

> ***T10 e T11:*** *Duas. Eu e meu marido.*
> ***Pesquisadora:*** *E qual é a sua renda familiar?*
> ***T10:*** *Um salário fixo da aposentadoria e do meu esposo varia uma vez que ele é autônomo!*
> ***T11:*** *Dois salários que se eu perder, vai fazer muita falta! Aliás não sei como vou fazer, caso isso aconteça! Não penso em voltar a trabalhar! Pois eu era manicure, e após o transplante acho perigoso, não é?*
> ***Pesquisadora:*** *Por quê?*
> ***T11:*** *Por causa da exposição!*

Sendo assim, observamos que o Serviço Social tem papel relevante no que se refere à orientação sobre os benefícios concedidos pelo governo. É necessário compartilhar com os clientes a realidade que poderá ocorrer após o transplante renal, uma vez que o indivíduo deixará de ser considerado uma pessoa incapaz de desenvolver alguma atividade laboral, podendo ser reinserido à vida produtiva, e perder assim seu benefício pela Previdência Social.

Essa informação foi essencial para entender a dimensão do impacto que a doença e o tratamento causam na vida econômica e, consequentemente, na qualidade de vida desses clientes. Esse impacto é tanto para a sociedade como para o portador da doença renal crônica, que deseja transplantar. As doenças crônicas configuram as patologias dominantes nas sociedades contemporâneas desenvolvidas, e seu número não para de crescer nas sociedades em desenvolvimento (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

Gráfico 4 - Renda familiar



Fonte: A autora.

Dos participantes em questão, 08 (73%) possuem apenas duas pessoas contribuindo para a renda familiar, ou seja, o próprio participante e seu cônjuge; 02 clientes (18%) possuem três pessoas contribuindo para a composição da renda e apenas um cliente participante (9%) possui quatro pessoas contribuindo para essa composição (Gráfico 4).

Embora seja evidente que os participantes da pesquisa são colaboradores financeiros no orçamento familiar, há ainda aquele que se preocupa em retornar às atividades laborais, como se evidencia na fala a seguir:

> ***T1:*** *Vou poder voltar até a trabalhar, porque até antes da hemodiálise eu trabalhava! Entendeu? Mesmo eu aposentada eu dava aula lá fora, eu quero voltar a fazer isso né? Porque a diálise prende né? Não tem nem como!*

Tabela 2 - Situação conjugal

Situação Conjugal	Fi	Fi %
Casado (a) ou vive maritalmente	09	82
Solteiro (a)	01	9
Viúvo (a)	01	9
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

Quanto à situação conjugal, a Tabela 1 evidencia que 82%, o que corresponde a nove clientes, são casados ou vivem maritalmente; 01 (9%) é participante solteiro (a) e 01 participante (9%) é viúvo (a).

Cabe ressaltar que, durante a entrevista, os participantes solicitaram a autorização da pesquisadora, para que o acompanhante (Cônjuges e/ou familiares) estivesse presente, participando desse modo, como ouvinte. O atendimento dessa solicitação favoreceu o alcance da conectividade da pesquisadora com os familiares dos clientes, e gerou-se uma maior compreensão, além do planejado no primeiro momento da pesquisa, pois, dos 11 participantes, apenas 02 não estavam acompanhados por seus familiares.

Reconhece-se, portanto, a importância do vínculo afetivo e da presença familiar no processo saúde-doença, pois a presença da família no momento da entrevista/consulta foi concreta e contribuiu para a eficácia do tratamento escolhido pelos participantes da pesquisa.

Outro ponto a se destacar é como a forma como o cliente e seus familiares recebem o diagnóstico da doença gera diferentes significados. Já que cada família recebe a notícia e adere a ela de um modo particular, existe a necessidade do acolhimento de profissionais de saúde. Dessa forma, entende-se que não existe melhor possibilidade de intervir junto ao paciente do que conhecer como ele vive. Para isso, é preciso garantir a “liberdade” do cliente e permitir a fala do que deseja, para que ele possa tomar para si a responsabilidade do seu cuidado (TEIXEIRA et al., 2013).

Tabela 3 - Tipo de habitação

Tipo de Habitação	Fi	Fi%
Própria	09	82
Alugada	02	18
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

A Tabela 3 evidencia que, 82% (9) possuem casa própria e 18% (2) residem de aluguel. Observamos que o fato de a maioria dos clientes participantes possuírem casa própria provoca o surgimento de questões relacionadas à tranquilidade quanto à independência financeira, a casa própria representa não depender de outros familiares para suprir necessidades básicas, como confirma a fala:

> ***T8:*** *Graças a Deus a minha casa é própria!*
> ***T8:*** *Porque seria muito difícil, pagar aluguel, comprar remédio, comprar comida de dieta, pagar luz, pagar água. [...] Iria precisar pedir ajuda para meus filhos!*

Sendo assim, nota-se que, além de crônica, limitante e, às vezes, excludente, a DRC ocasiona uma sobrecarga financeira do ponto de vista dos clientes, pois existe a necessidade de aquisição de medicamentos, de dieta específica e de outras demandas, que, anteriormente, não estavam incluídas no orçamento familiar. Nota-se também que o fato de ter casa própria permite ao indivíduo sentir-se mais seguro, com relação ao prognóstico da doença e a seu futuro.

Tabela 4 - Número de pessoas que residem no domicílio

Número de pessoas que residem no domicílio	Fi	Fi%
1 a 3	05	46
4 a 6	06	54
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

De acordo com a Tabela 4, dos participantes da pesquisa: 06 (54%) participantes têm entre 4 e 6 pessoas residindo no domicilio, e 05 participantes (46%) têm entre 1 e 3 pessoas no domicilio.

Quanto ao tipo de construção, todos os participantes (11) informaram ser de alvenaria. Com relação aos serviços públicos, como luz elétrica, destino dos dejetos e coleta de lixo, 100% (11) alegam usufruir deles. Em relação à procedência da água para o consumo, 91% (n=10) possuem água encanada fornecida pela rede pública e 9% (1) informam o uso de poço artesiano como forma de consumo da água para ingestão e para banho. Isso representa uma preocupação no pós-transplante, visto que o indivíduo transplantado é orientado a consumir água tratada, fervida e filtrada, e a evitar a ingestão de água imprópria para consumo e, consequentemente, um quadro de infecções e de doenças transmitidas através da água, que implicariam tempo de internação, devido à imunossupressão e consequente baixa de imunidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 13% da população mundial não têm acesso à água potável e aproximadamente 1,7 milhão de pessoas morre anualmente em todo o mundo por má qualidade da água, por deficiência de saneamento ou por falhas na higiene dos alimentos, sendo que 90% delas são crianças. O Ministério da Saúde estabelece que a água distribuída para o consumo humano deve ser avaliada frequentemente a partir de amostras colhidas nas torneiras, pois a água deve ser de procedência segura, deve ser potável e de rede pública (encanada).

A água pode desenvolver micro-organismos tóxicos, transformando-se em um meio de transporte de vírus, bactérias e parasitas. Entre as doenças mais transmitidas por água contaminada estão: hepatite A, cólera, febre tifoide, leptospirose e vários tipos de diarreia, provocadas por bactérias, vírus e parasitas (OTONI, 2015).

Tabela 5 - Presença de animais domésticos no domicilio

Possuem animais domésticos	Fi	Fi%
Sim	08	73
Não	03	27
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

Tabela 6 - Tipos de animais domésticos no domicílio

Tipos de animais domésticos	Fi	Fi%
Cachorro	05	62,5
Cachorro e Gato	02	25
Cachorro, gato, galinha, pássaros	01	12,5
Total	**08**	**100**

Fonte: A autora.

Outra questão analisada, conforme Tabelas 5 e 6, é a existência de animais de estimação em casa: 73% (8) possuem animais domésticos e 27% (3) não possuem animais domésticos.

Dos oito participantes que possuem animais domésticos, 05 (62,5%) possuem cachorro; 02 (25%) possuem cachorro e gato e 01 participante (12,5%) possui cachorro, gato, galinhas e pássaros.

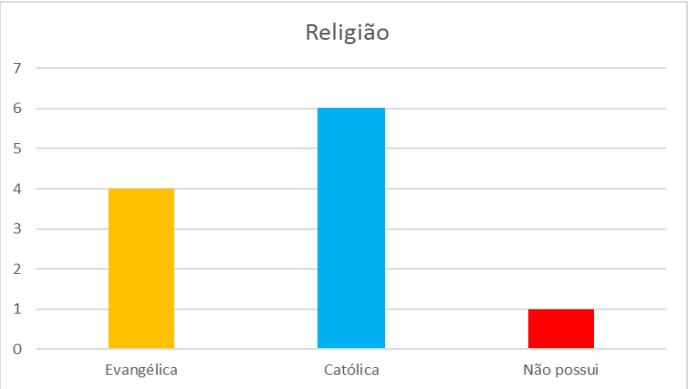
A presença de animais domésticos traz consigo harmonia ao lar, possibilidade de autoconhecimento, diversão, sentimentos diversos que proporcionam bem-estar ao dono do animal. Contudo, no caso do cliente transplantado, por vezes esse ambiente familiar pode ser prejudicial à sua saúde. De acordo com os especialistas em nefrologia, transplante e infectologistas, o cliente transplantado deve evitar contato com animais que tenham diarreia, evitar limpar gaiolas de pássaros, caixas de areia dos gatos e fezes de animais, evitar o contato e arranhões de animais vadios, ou seja, de procedência desconhecida ou duvidosa, evitar contato com galinha e patos pequenos, para diminuir o risco de infecção por Salmonella, evitar adquirir animais de estimação, especialmente gatos, que tenham menos de 1 ano de idade, uma vez que estes possuem um maior risco de estar infectados e podem causar através das fezes contaminadas doenças como toxoplasmose (Toxoplasma), criptosporidíase (Cryptosporidium), salmonelose (Salmonella), campilobacteriose (Campilobacter) e a bartonelose (Bartonella) através de pulgas e arranhões. Se isto não for possível, devem ser utilizadas medidas protetivas, como: luvas descartáveis, máscara cirúrgica, higienização cuidadosa das mãos depois de cuidar dos animais. Utilizar luvas para limpar aquários, as caixas de areia dos gatos devem ser mudadas diariamente (preferencialmente não pelos transplantados), porque os ovócitos do toxoplasma demoram mais de 24h a tornarem-se infecciosos. Sendo assim, existe a necessidade e a preocupação de compartilhar esses saberes com os clientes a transplantar (ABTO, 2015; ANVISA, 2004; SBN, 2016; SOCIEDADE AMERICANA DE TRANSPLANTE, 2008).

Esses dados provocam a reflexão sobre a necessidade de desconstruir e reconstruir saberes dos participantes da pesquisa, referentes aos cuidados com animais, para que, assim, evitem-se doenças que possam ser transmitidas por eles, uma vez que para alguns participantes esses animais são considerados membros da família. Essa realidade pode ser observada na fala a seguir:

> ***T7:*** *Sim, é a minha vida! Dorme no quarto na caminha ao lado da nossa cama!*
> ***Pesquisadora****: Mas quem dá banho e cuida?*
> ***T7:*** *Ela! (Aponta para esposa!)*
> ***Pesquisadora:*** *Bem, na sua nova condição de transplantado, você acredita que pode ter animais?*
> ***T7:*** *Sim, acho que sim!*
> ***Pesquisadora****: Bem, até pode, você está certo, mas deve ter cuidado com os animais porque como transplantado, imunossuprimido por causa das medicações, você fica mais vulnerável a doença, e os animais.*
> ***T7:*** *Tem doenças!*
> ***Pesquisadora****: sim, e às vezes o quadro se confunde, por exemplo: quando se tem uma infecção pulmonar por fungos, é associado o quadro com tuberculose, então para descartar a possibilidade de tuberculose, você fica internado coletando exames para se iniciar a medicação indicada.*
> ***T7.*** *Ele dorme em uma caminha no nosso quarto, seria melhor então eu passá-lo para o outro quarto então! Desde já, antes do transplante acontecer. Para evitar que ele fique até mesmo em cima da cama!*

O depoimento revela que o diálogo provocou uma reflexão sobre o assunto e provavelmente uma mudança nos hábitos, assim como proposto por Freire (2001). A informação proporciona ao sujeito a liberdade de escolha, para que possa dessa maneira cuidar de si.

Gráfico 5 - Religião informada



Fonte: A autora.

No que concerne à religião informada pelos participantes da pesquisa, de acordo com o Gráfico 5, 36% (4) são evangélicos, 55% (6) são católicos e 9% (1) não possuem

religião ou crença. Pode ser evidenciado, através das falas dos participantes, que a crença ou/ a espiritualidade são presentes nos portadores de doenças crônicas, e muitos se referem à doença como desígnios de Deus e Sua vontade para que ocorra o sucesso do seu tratamento, ou seja, do transplante renal.

> ***T1**: Se Deus quiser**!***
> ***T1**: [...]uma biópsia de pele no primeiro transplante, mas graças a Deus deu tudo negativo*
> *T**2:** [...] graças à Deus é um dia a minha prima viu meu sofrimento, viu como é que eu chego, e se ofereceu de doar o rim dela pra mim e eu vi que ... era a mão de Deus mesmo na minha vida!*
> ***T5:** Não, está nas mãos de Deus! Quero não! Minha filha também queria doar….*
> ***T5**: [...], Mas eu tenho fé em Deus que não[...]*

Sendo a insuficiência renal crônica uma doença de elevada morbimortalidade, o cotidiano dos clientes acometidos reveste-se de sentimentos negativos, medo do prognóstico, incapacidade, dependência econômica, além daqueles relacionados à alteração da autoimagem. Na convivência cotidiana com esses clientes, é possível observar que expressam sentimentos negativos, como: angústia, insegurança, pânico, depressão, desânimo, sensação de estar preso à máquina de diálise, medo relacionado às limitações decorrentes dessa situação e de suas repercussões e modificações no modo de ser e viver, com possíveis alterações em sua qualidade de vida.

A religião e a espiritualidade podem ser recursos importantes para lidar com essas dificuldades, pois os clientes depositam na religião a esperança de que irão melhorar, portanto a religião configura um fator benéfico na vida do cliente e propicia suporte, conforto, força e esperança de melhoria na vida aos portadores de doença renal (SOUZA JUNIOR et al., 2015).

Desse modo, a religião e a espiritualidade são importantes para clientes em diálise, uma vez que influenciam aspectos importantes da qualidade de vida e do enfrentamento da doença. A religião e a espiritualidade são constructos que recebem cada vez mais ênfase na assistência à saúde, na medida em que são comumente percebidos como uma forma de atribuir sentido à vida, de ter esperança e de estar em paz em meio a acontecimentos graves, como a doença crônica (RUSA et al., 2014).

Vale ressaltar que o aspecto religioso também exerce influência na opção pelo tratamento, na continuidade deste e na forma de enfrentamento das dificuldades impostas pelo cotidiano da doença, das relações sociais nas perspectivas de vida futura.

Tabela 7 - Escolaridade

Escolaridade	Fi	Fi%
Antigo ensino fundamental completo	01	9
Antigo ensino fundamental incompleto	03	27
Antigo ensino médio completo	01	9
Antigo ensino médio incompleto	02	18
Ensino superior incompleto	04	37
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

Quanto ao grau de escolaridade, a distribuição dos participantes revelou-se heterogênea**:** 1 (9%) cursou o antigo ensino fundamental completo; 3 (27%) cursaram o antigo ensino fundamental incompleto; 1 (9%) completou o antigo ensino médio; 2 (18%) não estudaram o ensino médio em sua totalidade e 4 (37%) iniciaram um curso de nível superior, porém não o concluíram (Tabela 7). Dessa forma, constata-se que nenhum participante concluiu o ensino superior completo.

A intenção de conhecer o nível de escolaridade desses sujeitos é pautada no fato de que clientes com grau de escolaridade mais baixo podem apresentar uma maior dificuldade em lidar com informações abstratas. Nesse caso, surge a necessidade de se estabelecerem correlações com figuras e desenhos trazidos e feitos pela pesquisadora, com o propósito de uma aproximação com a realidade, para, assim, facilitar a reflexão e gerar uma nova ação e consequente mudança.

Essa identificação contribui como um alerta para os enfermeiros no tocante à comunicação com essas pessoas, pois é necessário empregar uma linguagem acessível ao grau de educação delas, principalmente quando se trata de educação em saúde para prevenção de complicações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Maldaner et al. (2008, p. 650) reforçam que:

> Independente do grau de instrução do doente crônico, a educação para a saúde é de responsabilidade de cada integrante da equipe. O processo educativo deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao nível sociocultural.

Freire (2011) afirma que cabe ao educador registrar fielmente o vocabulário do educando e selecionar palavras básicas, pois essas palavras de uso comum e carregadas de

experiência vivida são decisivas no processo de diálogo, porque criam a possibilidade de o profissional abandonar os termos técnicos e se valer de uma linguagem popular, conforme evidenciado a seguir nas falas dos participantes da pesquisa. Sendo assim, acredita-se tornar-se necessário ao pesquisador a sensibilidade de entender as falas e respeitar a condição e o grau de educação do cliente, para que o diálogo seja o mais liberal possível e as informações compartilhadas as mais acessíveis possíveis. Desse modo, será facilitado o compartilhamento de saberes.

Tabela 8 - Número de filhos

Número de filhos dos participantes	**Fi**	Fi%
Não tem filhos	02	18
01	02	18
02	04	36
03	02	18
04	01	09
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

Tabela 9 - Idade dos filhos

Idade dos filhos	Fi	Fi%
10 a 20 anos	08	40
20 a 30 anos	04	20
30 a 40 anos	04	20
40 a 50 anos	04	20
TOTAL	**08**	**100**

Fonte: A autora.

Com relação ao número de filhos, de acordo com a Tabela 8, dos 11 participantes, 2 (18%) não possuíam filhos e 9 (82%) possuíam. 2 (18%) possuem apenas um filho, 4 (36%) possuem dois filhos, 2 (18%) possuem três filhos e 1 (9%)possui quatro filhos. Na Tabela 9, apresenta-se a idade dos filhos dos participantes: 8 dos filhos dos participantes (40%) possuem idade de 10 a 20 anos. Essa realidade desperta a reflexão sobre a posição econômica dos pacientes no núcleo familiar, onde os pais são os provedores, e, na condição de transplantados renais, inicialmente terão gastos maiores com dieta, medicações entre outros.

Porém, mesmo diante de uma nova realidade, existe, para a instituição de saúde, na escolha do transplante, um reflexo do custo global por paciente em diálise entre 1 a 10 anos de 80 a 90% relacionado à terapia, a complicações e ao custo total da diálise, se comparado ao transplante. Segundo Haller et al. (2011), esse grupo acrescenta ainda que o custo do transplante entre 1 a 10 anos, levando em consideração procedimento, medicamentos, controle médico, biópsia, complicações, exames laboratoriais, apresenta custo total anual, no primeiro ano do transplante, de 80% e, após o segundo ano, em torno de 30%. Ou seja, após o transplante, existe redução de custos com tratamento, medicações e exames, maiores que os custos relacionados ao tratamento dialítico.

A situação apresentada provoca a reflexão acerca não só do custo, mas do benefício para o cliente, uma vez que o diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica é um antes do transplante, e outro depois, na vida de uma pessoa. Esta deverá modificar sua situação vital e enfrentar um dos lutos mais difíceis de elaborar que é a perda da saúde. Consequentemente, o transplante renal surge como uma possibilidade de tratamento que permite recuperar a qualidade de vida perdida no transcurso da doença (MERINO 2016).

Outra situação, ressaltada na Tabela 9, é a de que a maioria dos filhos desses participantes da pesquisa encontra-se em idade reprodutiva. É necessário, então, repensar os cuidados no pré e no pós-transplante. Por serem esses participantes clientes imunossuprimidos, o cuidado com as doenças de infância se fazem de extrema importância, com a sua imunidade controlada, com o uso de máscara, com a vacinação em dia, entre outros cuidados, para que não haja rejeição ao enxerto.

Aqueles que convivem com os clientes transplantados podem transmitir-lhes doenças infectocontagiosas ou reduzir-lhes o risco de apresentá-las, se estiverem imunizados; portanto, é aconselhável que familiares e coabitantes recebam anualmente a vacina da gripe e que, se forem suscetíveis à varicela, recebam esta vacina. Assim, é de responsabilidade dos profissionais da saúde e do enfermeiro que realiza a consulta a esse cliente receptor do enxerto renal, recomendar essas vacinas aos familiares que, provavelmente, não estejam na faixa etária habitual de indicação e encaminhar junto com o médico responsável ao posto de vacinação mais próximo a sua residência.

Em receptores de transplantes de órgãos sólidos (TOS) aumenta a incidência e a severidade das doenças infectocontagiosas. As infecções em pacientes transplantados estão associadas ao aumento da mortalidade, à rejeição e à disfunção do enxerto. A imunização ativa é uma estratégia útil para a prevenção das doenças infecciosas, também nesses pacientes. A resposta imunológica é menor na doença crônica avançada, portanto, o melhor

momento para vacinar é antes do transplante e o mais precocemente possível. Dessa forma, consegue-se uma maior imunogenicidade com as vacinas e podem ser administradas vacinas vivas atenuadas, que estão contraindicadas quando o cliente está recebendo fármacos imunossupressores após o transplante (PÉREZ, 2016; SARTORI, 2016)

Clientes transplantados podem receber todas as vacinas indicadas para sua faixa etária, com exceção da pólio oral, que pode ser transmitida ao transplantado, através do contato deste com as fezes ou com gotículas de fezes, devido ao compartilhamento do vaso sanitário ou devido à higiene inadequada, uma vez que a via de excreção da vacina pólio oral são as fezes. É conveniente que as crianças que convivem com um cliente imunossuprimido recebam a pólio inativada.

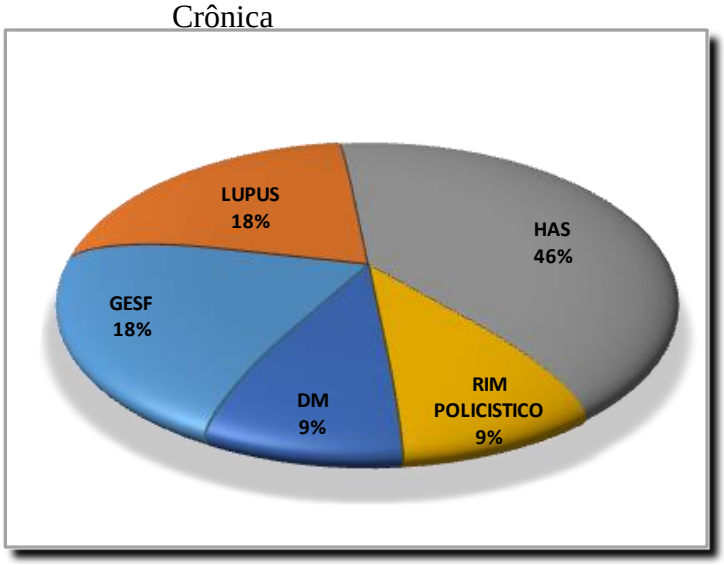
De acordo com o Quadro 3, a seguir, devem ser levadas em consideração as vacinas do esquema habitual para os adultos, as vacinas especialmente indicadas para este grupo e a eventual necessidade de outras vacinas. Vacinas vivas atenuadas (vacina da gripe viva atenuada intranasal, varicela, zoster, febre amarela, pólio oral, sarampo, rubéola e caxumba) estão contraindicadas em clientes transplantados, devido ao risco de desencadear a doença que se pretende prevenir em clientes imunossuprimidos graves (LORRY et al., 2013; SARTORI, 2016).

Quadro 3 - Esquema vacinal adaptado

Vacina	Pré-transplante	Pós-transplante
Gripe inativada	Indicada anual	Indicada anual
Gripe viva atenuada (intranasal)	**Contraindicada**	**Contraindicada**
PPV23 (vacina antipneumocócica polissacarídica 23-valente) **PCV13** (: vacina antipneumocócica conjugada 13-valente)	Uma dose de PCV13, seguida de uma dose de PPSV23 às oito	Uma dose de PCV13, seguida de uma dose de PPV23 às oito semanas. Reforço PPSV23 aos 5 anos
Hepatite B	Indicada	Indicada
Hepatite A	Indicada em pré-transplante de fígado ou outros FR	Indicada se FR.
Varicela	Indicada se anticorpos negativos	Contraindicada
Zoster	Indicada se anticorpos positivos	Contraindicada
Tétano e difteria	Indicada cada 10 anos	Indicada cada 10 anos
Febre amarela	Se viajar ou viver em zona endêmica, salvo em hepatopatia severa	Contraindicada
Raiva	Indicada se exposição	Indicada se exposição
VPH (vacina papiloma vírus humano)	Indicada em mulheres e homens de 9 a 26 anos	Indicada em mulheres e homens de 9 a 26 anos
Antimeningocócica	Se tiver indicação	Se tiver indicação

Fonte: adaptada de SARTORI, 2016.

Gráfico 6 - Prováveis causas da Insuficiência Renal Crônica



Fonte: A autora.

Os dados organizados no Gráfico 6 mostram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como a primeira causa provável da doença renal crônica, aparecendo em 5 participantes (46%), seguida das doenças autoimunes, com o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) como diagnóstico primário da DRC em 2 (18%) participantes, pela Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF) em 2 (18%) participantes, pela Diabetes Mellitus (DM) em 1 (9%) participante e pelo rim policístico em 1(9%) participante.

Apesar de os dados descritos na literatura apontarem a diabetes e a hipertensão, como as duas principais causas da insuficiência renal crônica, é possível observar, através do gráfico apresentado acima, a existência de outras doenças que aparecem como causa da DRC, na clientela entrevistada. Isso corrobora o censo disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), cujo diagnóstico de base dos clientes em diálise mostra que em 2016 houve 30% com diagnóstico principal de diabetes, 34% com hipertensão arterial, 9% com glomérulo nefrites, 4% com rins policísticos, 12% com outras causas e 11% com causas indefinidas.

Tabela 10 - Quanto ao tipo de doador escolhido pelos participantes

Tipos de doador	Fi	Fi %
Doador vivo	07	64
Doador falecido	04	36
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

Tabela 11 - Quanto ao tipo de terapia de substituição escolhida

Tipos de terapia	Fi	Fi %
Transplante Préemptivo	04	36
Transplante como 2ª opção	06	54
Retransplante	01	10
Total	**11**	**100**

Fonte: A autora.

Conforme a Tabela 10, os participantes da pesquisa, que almejam realizar o transplante renal, dividem-se em duas categorias, doador vivo e doador falecido, destes, 7 (64%) possuem doadores voluntários, com grau de parentesco relacionado, como: irmão,

prima e os distintos com marido e esposa; e 4 (36%) são candidatos a transplante com doadores falecidos.

Analisando a Tabela 11, observa-se o transplante preemptivo como escolha de 4 (36%) participantes, ou seja, o transplante renal como primeira escolha, realizado antes de o cliente iniciar a terapia dialítica. O racional para a realização do transplante renal preemptivo é impedir que os clientes desenvolvam morbidades ou condições associadas à diálise, como doenças cardiovasculares e vasculares periférica, inflamação crônica, transfusões de sangue, doença óssea, entre outras (MANFRO, 2016).

Nesta Tabela, temos ainda 1 (10%) participante como retransplante, ou seja, como submetido a um segundo transplante após ter passado pela hemodiálise e pelo primeiro transplante de doador falecido. Nesse momento, optou pelo transplante com doador vivo; e 6 (54%) participantes como segunda opção de terapia, uma vez que já realizaram outras terapias como diálise peritoneal e/ou hemodiálise.

Convalidam-se, assim, os dados estatísticos de 2016, de que, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2016), no período compreendido entre janeiro de 2006 a junho de 2016, foram realizados 49.316 transplantes de rim, dentre eles 29.075 provenientes de doador cadáver ou falecido, pela nova nomenclatura e 16.592 de doador vivo.

No mundo todo, há uma grande variação na utilização de rins de doadores vivos e falecidos para transplante. Isso reflete as diferenças culturais, a efetividade dos sistemas de captação de órgãos de doadores falecidos, a legislação para realização de transplantes e as práticas médicas (ABTO, 2015).

O transplante renal com doador vivo oferece vantagens sobre o transplante de doador falecido. Sendo eletivamente marcado, garante que receptor e doador estejam em condições adequadas e seguras, possibilita o transplante preemptivo, tem menor incidência de disfunção inicial do enxerto, e taxas de sobrevida melhores. Dados prospectivos do Registro Brasileiro de Transplantes, a partir de 2010, mostram que os receptores de rins de doadores-vivos apresentam sobrevida em cinco anos de 95%, comparados a 86% para os receptores de transplante com rim de doador falecido. As sobrevidas dos enxertos foram de 87% para receptores de rim de doador vivo e 73% para receptores de rim de doador falecido (ABTO, 2015).

CAPÍTULO V - SABERES E PRÁTICAS DOS CLIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA A TRANSPLANTAR ACERCA DO TRANSPLANTE

A Insuficiência Renal Crônica ou DRC se caracteriza por uma doença, cujo diagnóstico de cronicidade provoca no indivíduo um profundo e muitas vezes doloroso impacto, não pelo diagnóstico, mas sim pelo prognóstico da doença (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

Até o momento, mesmo com o avanço da ciência, não existe uma cura conhecida ou revelada em definitivo. Essa situação traz ao indivíduo uma realidade de vivências, de experiências e de adaptações, que geram a necessidade de incentivo à busca de sua autonomia no seu cuidado, através do empoderamento que o saber compartilhado com os profissionais de saúde traz.

Por isso, Freire (2011) afirma que o ensino é uma dialética que se aprende com o conhecimento já existente, o qual subsidia a estimulação da produção do conhecimento ainda não existente, e busca sempre a autonomia das pessoas. Segundo o autor, essa autonomia ocorre através de um processo de interação do homem consigo e do homem com o mundo, de modo reflexivo e transformador.

Em sua pedagogia libertadora, Paulo Freire destaca propostas de práticas necessárias à educação como forma de proporcionar a autonomia dos educandos quando se respeita a cultura destes, seu conhecimento empírico e sua maneira de entender o mundo que os cerca. As intervenções educativas sem respeito às experiências vivenciadas pelos clientes e sem a presença do diálogo serão meras palavras destituídas do significado real (TEIXEIRA, 2008) e, no caso de ocorrer entre o profissional de enfermagem e o cliente a transplantar, comprometeriam, desse modo, a correta comunicação da aprendizagem entre eles.

Assim, inicia-se o diálogo entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa, com a abordagem de questões relacionadas à descoberta da doença e à escolha da terapia de substituição mais adequada ou de escolha do cliente. Aqui a questão relacionada ao tempo mostra-se essencial na conduta e no tratamento a ser seguido. O longo período de internação, o dano ao organismo com múltiplas punções, a possibilidade de infecção de cateter causada por longos períodos de uso, antes de uma confecção de um acesso vascular definitivo, tal como a fístula, podem contribuir para medidas de controle da evolução da doença, que manterão o cliente em tratamento conservador por mais tempo e adiarão assim a escolha de uma terapia de substituição, como a hemodiálise e o transplante Durante o diálogo

estabelecido com os clientes, foi observado que, entre o início, a descoberta da doença e a tomada de decisão de um método de terapia de substituição, alguns participantes da pesquisa não tiveram a oportunidade ou a opção de escolher sua terapia de substituição, e que a hemodiálise surgiu como um tratamento imediato, ou seja, de urgência. Esse episódio aconteceu porque a descoberta da insuficiência renal ocorreu em curso avançado da doença, conforme as falas a seguir, através da pergunta central da pesquisadora, quando e como a DRC foi descoberta.

> ***T1:*** *Foi em 1991. [...] eu tive eclampsia, lá descobriram que eu estava com lúpus, lá já estava paralisando os meus rins. Falou que meus rins tinham paralisado.*
>
> ***T2****: Há três anos, [...] fiz os exames, e quando eu fiz os exames de sangue, o médico veio e me deu a notícia que meus rins tava parando de funcionar.*
>
> ***T5:*** *Ah, mais ou menos 21 anos [...] fui direto pra máquina.*
>
> ***T10:*** *Bem aí, agora, vai fazer dois anos, agora em novembro. [...] aí eu fiquei cinco dias internada, eu estava sentindo muita falta de ar. Aí no mesmo dia que eu cheguei lá no hospital, eles me enfiaram logo um cateter. É um cateter! Pra poder fazer hemodiálise!*
>
> ***T11:*** *Foi em julho de 2010, fiquei três meses internada. Foi através da minha comadre, eu tava muito inchada, passando muito mal dentro de casa [...]cheguei ao hospital fui logo para hemodiálise [...]!*

Cruz et al. (2016) referem-se à DRC, como um processo de doença inesperada e imprevisível, cujo diagnóstico não é percebido pelo cliente, mas causa neste um grande impacto.

Nesse contexto, observa-se através das falas que os clientes desconheciam os sinais e os sintomas relacionados à doença renal e que o despertar para essa realidade deu-se em quadros de agravamento de urgência dialítica, geralmente com internação por outras patologias ou por situações críticas de saúde, como eclampsia, lúpus, hipertensão e uremia.

> ***T2:*** *Então eu tinha uma inchação nas pernas, mas eu não tinha noção do que poderia ser.*
>
> ***T5:*** *Ah, que eu tinha muita dor aqui assim, (faz massagem com as mãos na nuca), muita dor de cabeça. Aí depois eu fui ficando inchada, não enxergava, fiquei runha mesmo! Mandava eu pra casa e eu só vomitando, vomitando, vomitando! Passando muito mal e aí eu fui pra hospital, nem tava aguentando mais, nem andava!*
>
> ***T11:*** *[...] meu rim estava paralisado, por isso que eu estava inchada daquele jeito, porque tinha dois meses que eu não conseguia urinar*

Esses dados remetem à precariedade quanto à atenção básica de saúde no cuidado de si, bem como à ausência do compartilhamento de saberes e práticas entre profissionais e usuários, que apresentam dificuldade de identificar sinais e sintomas relacionados à doença renal crônica nos estágios iniciais.

Em seguida à descoberta da doença renal e à condição de cronicidade, quando a pesquisadora pergunta quais foram os cuidados que os clientes passaram a ter, percebe-se por meio dos discursos abaixo que eles acreditam que a alimentação, especificamente a restrição do sal, após a descoberta da doença renal, seria o fator principal para o controle da doença e o cuidado de si.

> ***T3:*** *[...] Uê, cuidado com a alimentação né? [...] bem, não comer sal.*
>
> ***T10:*** *Com a alimentação principalmente.*
>
> ***T11:*** *Eu comia normal, mas sem sal.*

Entretanto, para cada estágio são recomendadas, além da restrição de sódio, outras ações que corroboram a manutenção do cuidado, como: atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância, por exemplo, caminhada de 30 minutos, abandono do tabagismo; e, a partir do Estágio 3A, correção da dosagem de medicações como antibióticos, antivirais de acordo com a TFG (taxa de filtração glomerular). Caso o cliente seja diabético, deve manter dieta para que a hemoglobina glicada permaneça em torno de 7% (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que os participantes possuem saberes do senso comum, saberes populares relacionados ao uso do sal, pois muitos associam o sal ao edema ou inchaço, ao aumento da pressão arterial e fazem muitas vezes referências sobre a retirada total do sal da dieta. Desse modo, percebe-se que muitos não detêm o saber de que podem utilizar uma dosagem diária de sal em sua dieta e que esse fato não irá interferir no cuidado de si com a doença.

Sendo assim, é estabelecida uma relação dialógica, na intenção de reconstruir com o cliente esses saberes relacionados à alimentação, no que se refere não somente à questão do sal, mas à ingestão de gordura e de glicose, com a promoção do despertar para novas atitudes e para mudanças de hábitos, especialmente quando há risco para a saúde. Como exemplo, a exposição dos efeitos colaterais do uso de imunossupressores, e do fato de que a alimentação com excesso de gordura pode contribuir para o aumento do colesterol, do triglicerídeo, o que já acontece naturalmente com o uso dos imunossupressores. Também é indispensável expor ao paciente que por esse motivo se faz necessário o controle dietético.

Durante o diálogo preestabelecido, compartilha-se com os clientes a informação quanto ao uso de temperos naturais, como salsa, cebolinha, coentro, orégano, limão, cebola, que dão sabor à comida e não alteram nem a pressão arterial nem a função renal. Após o diálogo, detecta-se a necessidade de encaminhar o cliente ao serviço de nutrição, já que são muitas as dúvidas e os questionamentos, ou até mesmo as informações baseadas em crenças.

Considera-se que as mudanças se tornarão visíveis através da inserção e da adesão a uma dieta adequada e balanceada, da tomada das medicações, da realização dos exames de laboratórios, entre outros. Sendo assim, percebeu-se, durante as entrevistas/consultas, que a ênfase ao cuidado de si, quando o indivíduo toma para si a responsabilidade através da consciência não mais ingênua, mas pautada no conhecimento e no saber científico compartilhado através do profissional enfermeiro, deve ser concedida durante o processo de pré-transplante. Reforça-se desse modo a necessidade de um espaço destinado ao acolhimento e à consulta desses clientes, tanto no pré como no pós-transplante, bem como a de profissionais preparados para fazê-lo, o que permitirá antever a aderência ao tratamento, com base nos cuidados compartilhados, não somente com a dieta, mas com outros cuidados advindos do processo transplantar. Quando o indivíduo se sente protagonista do seu cuidado, essa condição de empoderamento implicará mudanças mediante as ferramentas compartilhadas diretamente, os saberes, para que, assim, possa enfrentar a sua condição atual de um modo menos impactante ou doloroso.

5.1 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DOS CLIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA A TRANSPLANTAR ACERCA DO TRANSPLANTE E SUA ATUAL CONDIÇÃO

Um contexto vivenciado pelos portadores da doença renal crônica é o surgimento de receios no que se refere à possibilidade de levar adiante uma situação que, até o momento, era completamente ignorada ou alheia ao indivíduo e que agora faz parte de sua vida cotidiana e de sua realidade, não apenas envolvendo-o como sujeito principal, mas também envolvendo todo o grupo familiar que o acompanhará nesta nova etapa de sua vida. Isso pode gerar medo, ansiedade, angústia, mal-estar, revolta, sentimento de impotência ou até mesmo agressividade, sentimentos que diminuirão à medida que o cliente assuma uma participação direta sobre os cuidados que o enfermeiro e a equipe multidisciplinar irão compartilhar com ele (MERINO 2016).

No cuidado compartilhado, o sujeito participante é valorizado através da busca de autonomia para o cuidado de si. Essa autonomia aqui considerada é um conceito que se articula com a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida ao efetuar racionalmente as suas escolhas e as suas decisões. O método de pesquisa proposto auxilia na articulação do saber científico do profissional com os diversos tipos de saberes que emergem desse diálogo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Diante disso, o cuidado compartilhado é uma das metas a serem desenvolvidas e inseridas no contexto do ambiente profissional, não somente no ambulatório, mas nos setores, principalmente no posto de referência da pesquisa, ou seja, o posto de nefrologia e transplante renal. Esse cuidado é individualizado, e o indivíduo, como ser único, com realidades, verdades e vivências, deve ser valorizado. É através da relação com os profissionais que o indivíduo tomará conhecimento do cuidar de si, por meio do compartilhamento de saberes.

Merino (2016) refere-se ao transplante como uma possibilidade de tratamento que permite a recuperação da qualidade de vida, perdida no processo da doença. Porém as falas dos participantes, quanto à escolha do transplante, manifestam não apenas a possibilidade e o desejo de recuperar a qualidade de vida perdida, mas a liberdade do ir e vir, sem ter o "compromisso semanal de estar realizando sessões de hemodiálise ou diálise peritoneal", o sofrimento e a dor causada por múltiplas punções, os sentimentos de medo, de viver de forma diferente, os sentimentos contrários, como esperar ou desejar a morte do outro. Esses relatos remetem à reflexão de que se deve buscar observar o tipo de percepções e restrições sofridas pelo cliente, relacionado à vida social, familiar e de trabalho, e a diferença dessas circunstâncias perante seu diagnóstico de cronicidade e o tratamento escolhido, como o transplante renal.

Essas ponderações são observadas nos diálogos abaixo, ao abordar o cliente sobre a escolha pelo transplante.

> ***T9:*** *Bem, se deu pela melhor condição de vida que eu vou ter. Então eu estava fazendo uso de vários medicamentos e a vi que a situação não estava melhorando. Então eu optei de fazer o transplante devido uma melhora, sei lá melhorar a condição de saúde, não é?*
>
> ***T2:*** *[...]é que eu vi que havia uma possibilidade de ter uma vida nova., através de um transplante.*
>
> ***T3****: porque não vou ficar presa e nem passar mal! Vou ter uma melhora na qualidade, isso!*
>
> ***T5:*** *Porque eu estou cansada de ficar sendo espetada! Fazendo hemodiálise****!***

> ***T6:*** *Porque eu decidi, porque a doutora sempre falou pra mim, que sua taxa está 17% (taxa de filtração glomerular). E que pra mim fazer o mais rápido, porque senão eu teria que ir para máquina, daí em fiquei com medo!*
>
> ***T7:*** *Olha eu vejo o pessoal fazendo, quem faz hemodiálise, é um sofrimento danado! E eu tenho pavor de agulha! (Faz uma careta! Uma expressão de pavor, levando todos ao riso!).*

Mediante as falas, podemos supor que a escolha do transplante ocorreu de forma ingênua, pois o processo transplantar implica realidades a serem construídas e reconstruídas através do diálogo, do despertar do senso crítico, e do compartilhar de saberes, acerca do transplante e das suas implicações. O imaginário percebido e sentido parece distante da verdade a ser vivida.

Diante de uma nova realidade, como o transplante, observam-se informações fragmentadas relacionadas ao preparar-se para o transplante, pois, para alguns clientes, o preparo se dá através de dieta e de medicações, para outros, não há necessidade de preparo, como evidenciamos a seguir.

> ***T4:*** *Eu? Eu, tô me preparando, ah tô me preparando bastante! Tipo assim deixa a vida me levar e tô fazendo diálise e aguardar o momento, né! E ficar pensando no futuro não é legal não, que dá muita ansiedade.*
>
> ***T5:*** *Ah, não tô fazendo nada não! Só estou aguardando! (E emite uma risada tímida)*

A tomada de consciência se dá através do diálogo, do questionamento e da reflexão acerca do problema e da solução proposta em conjunto - pela equipe de enfermagem e pela equipe médica - para este. Essas ações tornam o cuidado único e diferente do modelo biomédico, que transforma o cuidado em unificado, autoritário e impositivo.

Durante o diálogo estabelecido com os clientes T4 e T5, que afirmam não estarem se preparando com nenhum cuidado específico para o momento do transplante, a pesquisadora estabelece um diálogo reflexivo, e compartilha com eles o fato de que, além da dieta e dos remédios, existem outros cuidados a serem considerados, como: exercício físico, controle do peso, cuidado com os dentes, etc, a fim de que o indivíduo alcance uma reflexão crítica acerca do ato transplantar e, dessa, forma construa um saber compartilhado com a pesquisadora, pautado na autonomia e na liberdade de escolher como irá realizar o seu cuidado de si.

As falas abaixo denotam expectativas e perspectivas de mudanças a partir de novas experiências a serem vividas após o transplante. Através da pergunta “como se imaginam após o transplante? ”, foram obtidas as seguintes respostas.

> ***T1:*** *Eu acho que vai melhorar bastante, né? Devido à saúde, né? Uma coisa eu tenho certeza que vai mudar: Que eu não vou precisar de fazer mais hemodiálise! Eu vou voltar assim, a sair mais!... Entendeu? Viajar, o que eu mais gosto de fazer! O que eu não fazia agora eu vou poder fazer...*
>
> ***T2:*** *É eu espero que fique normal né? Quer dizer eu já vivo uma vida normal! Eu espero que fique melhor ainda né?*
>
> ***T9****: [...] a qualidade de vida deve melhorar, não é? Por que deve reduzir a quantidade de medicamento que hoje eu tomo, que eu faço uso. É o uso deve diminuir e mediante a isso eu ganhar uma qualidade de vida melhor.*
>
> ***T3:*** *Que eu vou ter que me cuidar! E não vou vir tantas vezes ao hospital. Vou ficar livre!*
>
> ***T4:*** *Como um atleta, um super-herói!* (Risos…). *O homem de ferro!* (Risos)

Nas falas apresentadas por T3 e T4, observa-se que existe uma carência de informações quanto ao transplante, pois T3 acredita que após o transplante, não necessitará ir ao hospital com tanta frequência e T4, compara-se a um super-herói. Essas respostas alertam para a necessidade iminente de efetivar o ambulatório, a fim de atender essa clientela e tornar possível um prognóstico favorável após o transplante, por meio do esclarecimento obtido com o diálogo, numa relação horizontal.

Considerando a liberdade, a autonomia e a esperança, estabeleceu-se o diálogo a respeito de algumas práticas a serem pensadas e reconstruídas, pois o indivíduo não se ausentará do hospital, não terá a força do “homem de ferro”, e tampouco deixará de tomar uma gama de remédios. Dessa forma, o diálogo desmistifica crenças e valores desses clientes e os leva à reflexão sobre o cuidado, para assim favorecer o cuidado de si após o transplante.

O cuidado de si só é questionado e percebido como efetivo quando o indivíduo toma consciência do seu direito de viver e do seu modo de vida atual. O estímulo ao cuidado de si não é exclusivo do enfermeiro, mas relaciona-se a qualquer profissional envolvido no processo do cuidar. É o profissional enfermeiro, porém, o sujeito mais evidente, pois ele passa maior parte do tempo no convívio com esse indivíduo, o que faz refletir sobre o quanto é possível ser útil nesse processo do despertar dessa consciência ingênua (SILVA et al., 2009).

Através do diálogo com os participantes, percebe-se que, apesar da importância do profissional enfermeiro no processo do educar, os profissionais não valorizam essas orientações que deveriam ser abordadas e trabalhadas no âmbito do crescimento profissional e pessoal dos indivíduos envolvidos e na formação de conscientização para o sucesso de um procedimento escolhido e tão específico como o transplante renal. Esse profissional enfermeiro deveria ter essa consciência desenvolvida para perceber a sua importância, pois é através do esclarecimento de dúvidas oriundas do processo transplantar que o indivíduo passa

a alcançar uma reflexão e consequentemente uma mudança, que tornará o indivíduo responsável pelo seu processo no cuidado de si. Ao serem questionados acerca de terem recebido orientações, declararam:

> ***T1:*** *Não! Não!*
>
> ***T2:*** *Só uma coisa muito básica, o que poderia fazer assim mesmo é questão mesmo da dieta, a própria nutricionista da clínica já falou T2, oh vai ter que seguir assim, assim ...*
>
> ***T6:*** *Já recebi, hoje mesmo eu recebi do médico, e ele me falou tudo isso! Mesma coisa que você está falando**!***
>
> ***T7:*** *Não, até o presente momento não!*
>
> ***T9:*** *Não, não! De ninguém! Não recebi nada! Quanto ao transplante eu fui até o posto, e também não! Assim eu acho que eu vou só receber, como eu estava falando, não é? Quando eu realmente fizer o transplante, aí sim, eles devem me chamar para me informar, bem eu acho que deve ser nessa ordem!*

Na conversa com o participante T1, observa-se que este se mostra pensativo, com a possibilidade de um retransplante e com doador vivo, diferentemente do anterior. Demonstra alegria ao falar sobre as possíveis mudanças, e sobre coisas que fez no primeiro transplante por carência de informações e que não fará nesse segundo. Após o diálogo estabelecido, confirma-se a necessidade da consulta de enfermagem, como um processo efetivo e individualizado.

5.2 SABERES DOS CLIENTES A TRANSPLANTAR E CUIDADOS RELACIONADOS AO TRANSPLANTE

O Compartilhamento de saberes durante a prática dialógica entre a enfermeira pesquisadora e os clientes a transplantar, sobre o momento precedente ao transplante, à internação, ao procedimento cirúrgico e ao pós-operatório, emerge como desconhecido nas falas dos participantes, conforme se pode observar nos depoimentos abaixo:

> ***Pesquisadora****: Você sabe como acontece o processo de internação?*
> ***T2:*** *Não sei mesmo, acho que quando o médico chamar! (Risos!)*
> ***Pesquisadora:*** *Como é doador vivo. Você interna na terça feira, com a sua dupla, ou seja, sua prima, trazendo todos os exames. Faz os exames de rotina, ou seja, sangue, laboratório e raiox.*
> ***T2:*** *Mesmo eu trazendo? Por quê?*
> ***Pesquisadora:*** *Porque temos que ver como você está, no sentido de anemia, caso de infecção, suas escorias etc.*
> ***T2:*** *Ah, tá! Tipo um checkup?*

Esses depoimentos refletem ausências ou limitações de informações que propiciem a compreensão necessária para esses clientes se sentirem seguros e construírem uma relação de confiança que se traduza em autonomia.

Percebe-se a existência de uma lacuna e a relevância e a importância de que os profissionais adotassem a prática convergente assistencial e o cuidado compartilhado. O conhecimento seria compartilhado através da prática dialógica do enfermeiro e dos demais profissionais, estimulando o cliente a exercer sua condição de indivíduo autônomo mediante a liberdade de expressão, para que, dessa forma, o cliente consiga indagar, apresentar suas opiniões e sugestões, mesmo que por meio de um conhecimento ingênuo (FREIRE, 2011).

No sentido de compartilhar saberes e práticas, foi adotada como estratégia educativa, a realização de um desenho, construído manualmente. Vejamos os dados:

> ***Pesquisadora****: Bem, vou desenhar, para mostrar como a senhora retorna do Centro Cirúrgico e o que a senhora não entender ou não souber, pode interromper e me perguntar, ok? (Nesse momento ela consente e eu começo a desenhar um boneco)*
> ***Pesquisadora:*** *Geralmente, retorna ao setor, em uma maca, com o braço da fístula aquecido, uma hidratação venosa em uma veia periférica, com um acesso profundo, sabe o que é?*
> ***T3:*** *Sei, já coloquei! Aquele do pescoço? O médico me disse quando fui colocar o cateter peritoneal!*
> ***Pesquisadora:*** *Isso mesmo! Acoplado a uma bomba infusora, para que possamos repor toda quantidade que você urinar. Ela (a bomba infusora) faz um barulho, alarme, de hora em hora.*

Convém ressaltar a importância de considerar os saberes e práticas dos clientes. Conforme se percebe na fala da cliente T3, há uma vivência anterior com o uso de cateter, que poderia ter sido positiva ou negativa e que, se não fosse considerada, poderia interferir no compartilhamento desse saber, transformando o diálogo em um monólogo. O fato de considerar os saberes anteriores ou experiências vividas, leva ao movimento de transformação e não permite que o cliente permaneça naquele estágio de conhecimento de forma acrítica, mas sim, com o conhecimento prévio para a construção de novos saberes, através do despertar do pensamento crítico.

> O pensamento crítico, quando é exercido por alguém se expande para uso em outras condições análogas. Assim, o pensamento crítico é mais um móvel da condição de autonomia e integra o bloco de pensar, refletir, escolher, decidir, fazer e avaliar continuamente o que se faz buscando aperfeiçoamento e transformando agregadamente saberes e fazeres (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.76).

O compartilhamento de saberes e práticas referidas repetiram-se com todos os clientes participantes abordados. Assim, permitiu-se a construção de novos saberes e dirimiram-se os

saberes ingênuos. Durante a entrevista/consulta de enfermagem, a estratégia do desenho educativo contribuiu para melhor compreensão sobre saberes não vivenciados, como a seguir:

> ***Pesquisadora:*** *com um cateter peridural, já viu ou ouviu falar?*
> ***T4:*** *Não! Não mesmo!*
> ***Pesquisadora:*** *Bem é um cateter mais fino que um equipo de soro, por exemplo,* (faço o desenho), *que serve para fazer remédio* [infundir medicação] *para dor! E é de uso médico!*
> ***T4:*** *Ah, tá! Só o médico pode mexer, não é? Entendi!*
> ***Pesquisadora:*** *Sim, na verdade só o anestesista! [...]*

Uma vez que os participantes ainda não realizaram o transplante, torna-se difícil para eles presumirem essa realidade, sendo assim, mantém-se a estratégia de educação referida, com desenhos feitos a mão e ilustrações de como eles retornam do centro cirúrgico, a incisão relacionada ao local em que se realizará a cirurgia e o tamanho aproximado (APÊNDICE D).

Na comunicação dialógica, escutar é uma prática ética e democrática de respeito ao sujeito cognoscente, de forma que este seja capaz de transmitir o inteligido. O uso do desenho deve ser visto como uma estratégia motivadora, não para formatar ou impor o conhecimento, mas para, de forma democrática, escutar o cliente em suas dúvidas, anseios, receios e incompetência provisória, compreendendo que somente é possível falar com ele caso se aprenda a escutá-lo. Assim, o desenho deve ser um motivador no compartilhamento desses saberes, junto com outros instrumentos ou recursos, de forma não impositiva. “Ensinar não é transferir a inteligência no educando, mas instigá-lo no sentido de que, como sujeito cognoscente, se torne capaz de inteligir e comunicar o inteligido” (FREIRE, 2011, p. 135).

Além dos desenhos e das figuras, como estratégia no compartilhar saberes, utilizaram-se dispositivos e materiais usados, tais como bombas infusoras, agulhas, entre outros. Dessa forma, manteve-se o diálogo.

> ***Pesquisadora:*** *Você retorna* ***c****om uma incisão paramediana, (Nesse momento faço o desenho de um corpo humano e vou colocando os dispositivos utilizados) aqui é o seu corpo, quando você voltar, terá uma incisão paralela à cicatriz umbilical, ou seja, seu umbigo (*continuando com a explicação mostrando os dispositivos*) você retorna com um dreno ao lado da incisão, ou seja, com um tubo da espessura do equipo de soro na sua barriga.*
> ***T7****: Eu me lembro do dreno, quando o meu pai fez cirurgia cardíaca, colocaram um dreninho aqui em baixo!* (Nesse momento, mostra com o dedo indicador o local de inserção do dreno).
> ***Pesquisadora****: isso mesmo!*

Durante o diálogo, o cliente T7 faz alusão aos saberes vivenciado com seu pai. Essa experiência faz parte do senso comum. No decorrer da entrevista/consulta de enfermagem foi acrescentado ao desenho o dispositivo vesical de demora, a fim de justificar sua necessidade:

> ***Pesquisadora:*** *e finalmente com sonda vesical*! (Nesse momento finalizo com o desenho de uma sonda vesical) *que é por onde controlaremos o que você elimina de urina!*
> ***T2:*** *[...] voltamos com tudo isso?*
> ***Pesquisadora****: Sim*

A fala de T2 mostra claramente um momento de reflexão, de retorno a todos os saberes e práticas compartilhados durante a consulta, momento que foi respeitado, observado e atentamente acompanhado pela pesquisadora, de forma a manter o diálogo aberto a novos compartilhamentos.

Dessa forma, observou-se, durante a entrevista/consulta de enfermagem, que os clientes se mostravam ansiosos, atentos, fazendo piadas sobre algumas colocações, e, no decorrer, apresentaram-se confiantes, interessados e até motivados, sorrindo e às vezes rindo. Estabeleceu-se uma relação de diálogo e de confiança entre a pesquisadora e o cliente e, em algumas situações, com os familiares presentes na consulta referida, com o esclarecimento de dúvidas e a exposição de angústias.

Cabe ressaltar que, nas literaturas, não há figuras expositivas tão detalhadas de como esses clientes retornam do centro cirúrgico. O recurso do desenho, como estratégia didática pedagógica, contribuiu para tranquilizar a clientela sobre o inesperado e o inimaginável, pois se torna difícil descrever algo não vivenciado. Com isso, a estratégia referida foi comprovadamente eficaz para o compartilhamento dialogal.

Após a pausa para reflexão, assistida e acompanhada pela pesquisadora, T2 apresentou a seguinte questão:

> ***T2:*** *E até quando ficamos assim?*
> ***Pesquisadora:*** *Geralmente vai retirando as coisas aos poucos. A hidratação profunda no segundo ou terceiro dia, a periférica logo a seguir a suspensão da hidratação e dos medicamentos venosos, a sonda sai na segunda feira e coleta-se urina para cultura. O dreno assim que a mensuração do líquido for desprezível, ou seja, menor que 10ml.*
> ***T2:*** *Isso em quantos dias?*
> ***Pesquisadora:*** *Interna na terça e tem alta até terça da próxima semana[...] se tudo sair como o esperado, você tem alta e retorna na outra semana para avaliação.*

O ambiente hospitalar é insalubre e impessoal, mesmo com seu paradigma de cura como um local de cuidado com o indivíduo. Essa afirmativa é recorrente em unidades

hospitalares, o que ratifica a motivação da cliente T2 em procurar saber o tempo de internação.

A possibilidade de compartilhar a preocupação com o tempo de internação foi possibilitada pelo modo de ser e exercer a escuta sensível desenvolvida pela pesquisadora, apoiada nas ideias de Freire (2011) e na PCA. A orientação em saúde tem convergência com a pedagogia da autonomia, em que os clientes, motivados e motivadores, compartilham saberes e práticas de forma democrática. Nesse pensamento, os profissionais devem assumir posturas de trabalhar com os clientes e não para os clientes, proporcionando a liberdade necessária para acessarem esses saberes e práticas.

Além do tempo de internação, outra preocupação emergente, nem sempre considerada quando se pensa em terapia de substituição, refere-se à preocupação com a estética corporal, conforme evidenciado nas falas de T3. A cliente expressa preocupação em ficar sem umbigo após a incisão paramediana. Essa fala surge durante o desenho realizado pela pesquisadora, pelo fato de a incisão passar paralelamente ao umbigo. Nesse momento, compartilharam-se saberes e práticas e esclareceu-se que a cicatriz umbilical permanecerá, para visível alívio da cliente, percebido através da expressão facial demonstrada.

> ***Pesquisadora****: A incisão é paramediana, porque é ao lado do umbigo, não corta o umbigo. E ao lado um dreno tubular, tipo, um canudo* [dreno tubular] *mais fino cortado.*
> ***T3.*** *Ah, a incisão não é por trás! É pela frente! [...] ainda bem! Porque não vou ficar sem umbigo!* (Risos)

No relato, T4 se preocupa com a aparência do abdome relacionado à cicatriz da sua esposa, sugerindo até plástica para minimizar a cicatriz ou “sumir com ela”.

> ***Pesquisadora****: Quanto à incisão, fica assim, no doador e, assim, no receptor.* (Exibo através de desenhos)
> ***T4:*** *Não pode fazer uma plástica na cicatriz dela não? Depois, ou não?*
> ***Pesquisadora:*** *Bem, pode!*
> ***T4:*** *Ah, tá!*

Considerando o que havia sido discutido e desenhado, levando o diálogo para o campo da reflexão com T4 e sua esposa, expôs-se que não existe uma técnica que não deixe cicatrizes e que, há alguns anos, a instituição havia adotado uma técnica de incisão parecida com a utilizada em cesariana, que, porém, não foi levada adiante, pois o enxerto corria o risco de ser lesado durante a sua extração. Por se tratar de um transplante inter-vivos, o processo cirúrgico não poderia ser diferente.

Diante da circunstância, T4 demonstra preocupação, talvez por ter pensado na estética sobreposta à doença, expressa através da expressão facial. A fim de evitar possíveis problemas emocionais e psicológicos, tanto de T4, como de sua esposa, relata-se a existência de existir um serviço de psicologia oferecido ao cliente renal a transplantar e família, acessado de acordo com a livre demanda dos clientes.

O cliente renal convive com diversas cicatrizes em sua pele, seja pelas punções para inserção de cateteres, seja pelas tentativas de confecção de fístula arteriovenosa. Com a possibilidade do transplante, emerge a ideia de que mais uma cicatriz será provocada. Cicatrizes emocionais também devem ser consideradas, desde o conhecimento da doença, a necessidade da diálise, a impossibilidade de cura, as restrições e as exclusões impostas pelo tratamento (COUTINHO; SCHERER, 2015; FORTE et al., 2013).

Embora a abordagem estética relacione-se com educação, se considerarmos a beleza estética corporal como uma prioridade no mundo atual, que envolve natureza biológica, mas principalmente sociocultural, isso pode interferir na concepção em que o belo seja confundido com o estético, no senso comum. Isso levaria a inferir que, fugindo aos padrões de estética corporal, não haveria beleza. “A necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética” (FREIRE, 2011, p.36).

> O profissional de enfermagem lida constantemente com pessoas sujeitas a sentimentos de incertezas e emoções de várias naturezas, [...] a enfermagem necessita desenvolver conhecimento relativos à totalidade de experiências do ser humano que abranjam o biológico, o emocional e o social. Estas experiências são vivenciadas na vida cotidiana e se constituem em um laboratório da investigação qualitativa (MORSE, 2005 *apud* TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.120).

O diálogo sobre estética corporal permitiu ao participante T4 refletir sobre a situação e ter voz. Assim, evidenciou-se a dicotomia entre a preocupação expressa pelo cliente e a preocupação da pesquisadora. Aquele se preocupava com a estética, esta, com o funcionamento do enxerto. Nem sempre o que é prioridade para a equipe de saúde é da mesma forma prioridade para o cliente/família.

São muitas as prioridades para o sucesso do transplante renal, bem como muitas são as fragilidades impostas pela situação da cronicidade da doença, pelo tratamento e pela cirurgia. Isso exige corresponsabilidade entre profissionais, clientes e seus familiares no processo de recuperação do procedimento cirúrgico e manutenção do enxerto.

O conhecimento fragmentado e ingênuo, apresentado pelos participantes, conduziu a assuntos que farão parte do seu cotidiano. Para o desenvolvimento do saber crítico, manteve-se a estratégia com a utilização dos desenhos elaborados com os clientes ou figuras, trazidas com o propósito de esclarecer, informar e educar, compartilhando saberes e práticas.

> ***Pesquisadora:*** *Você sabe como fica o enxerto dentro de você*
> ***T4:*** *Não, não (nesse momento a pesquisadora traz cartazes e fotografias e explica desde o transplante, seu funcionamento, como fica inserido no seu organismo, a atrofia do rim nativo e procedimentos aos quais se submeterá)*

A Sociedade Brasileira de Transplante de Órgãos informa que muitos dados sobre transplante e sobrevida de enxertos não são divulgados devido à escassez de informações fornecidas por cada instituição e estado que realiza o procedimento, além de pouco material publicado sobre a temática (SBN, 2015).

Quanto à duração do enxerto, alguns clientes permanecem com os rins transplantados funcionando por vários anos (mais de 10 anos), mas em alguns casos o tempo de duração de funcionamento do órgão não é tão longo. Ainda, características relacionadas ao cliente que recebeu o órgão, como número de transfusões sanguíneas, transplantes anteriores, intercorrências ocorridas no momento do transplante renal e ao próprio órgão que foi doado, terão impacto no tempo de sobrevida do órgão (SBN, 2013).

O desconhecimento se dá igualmente pelos participantes da pesquisa. Durante o diálogo, fica claro que alguns clientes imaginam que o enxerto terá a duração equivalente ao próprio tempo de vida, e que o transplante é a cura da doença renal crônica, como podemos observar:

> ***Pesquisadora:*** *Você sabe ou já ouviu falar sobre sobrevida do enxerto? O tempo de vida do enxerto? Ou quanto tempo ele dura?*
> ***T7:*** *Não me falaram, nada sobre isso não! O que? O tempo de vida?*
> ***T7:*** *Pra vida toda não, não é? Mas ...*
> ***Pesquisadora:*** *Bem, infelizmente, não é para sempre! Porque até pelas drogas imunossupressoras, ele tem um tempo de sobrevida. Eu ainda não vi nenhum cliente durar tanto o enxerto. Eu só tive um cliente com 20 anos de transplante, doador vivo. Foi o máximo que durou. Pois não é definitivo, nós não temos uma técnica ou solução para vida toda, temos sim, uma melhora de qualidade.*
> ***T9:*** *Nossa! Essa eu não sabia!* (Mostra-se triste, preocupado, pensativo)

Assim que ocorre a troca de saberes e práticas, acontece não somente com os clientes como também com os próprios profissionais da área de saúde, principalmente os que não atuam na nefrologia, o que Freire chama de desconhecimento transitório, visto que pode se transformar em conhecimento. Além desse conhecimento científico, os saberes e práticas dos

clientes também levam, por vezes, os profissionais ao desconhecimento transitório, somente acessado de forma dialogal (FREIRE, 2011).

Durante a entrevista, compartilhou-se com o cliente, que o tempo de sobrevida do enxerto é acompanhado e/ou determinado através de um procedimento chamado biópsia renal, utilizado para detectar a rejeição ou a disfunção do enxerto, e que o tempo de sobrevida do enxerto varia conforme o tipo de doador (vivo ou falecido).

Apesar de os avanços em transplante reduzirem a incidência de rejeição aguda para menos de 15% e aumentarem a sobrevida do enxerto de um ano para mais de 90%, a taxa de sobrevida do enxerto em longo prazo permanece inalterada ou aproximadamente 4% de perda por ano e 50% em 10 anos após o transplante. Dados fidedignos de 2007 até os dias atuais (FERNANDES; FILHO, 2016; MCDONALD et al., 2007).

Sendo assim, ressalta-se a importância na participação compartilhada da enfermagem durante todo o processo da descoberta até o diagnóstico da doença renal crônica, no que concerne à escolha do método de terapia, ao recebimento do enxerto, à manutenção das condições de conservação e acondicionamento do órgão (quando doador falecido), e às consultas após o transplante renal realizado. Assumindo o papel de educadora, detentora do saber científico, respeitando o saber popular e prático dos clientes, durante o diálogo, a pesquisadora fez a abordagem de assuntos pertinentes ao processo transplantar.

Logo, o compartilhamento de saberes não se detém apenas a informações referentes à dieta, como valorizado pelos clientes, mas também a exercícios físicos, a sexo como exercício de impacto, a cuidado com a ferida operatória, a uso de máscara, a não exposição à poeira, a cuidados referentes a animais, a importância da adesão ao tratamento no processo do cuidar de si relacionado às medicações imunossupressoras e a seus efeitos colaterais, a vacinação, a realização de exames de laboratório, a intensificação a consultas a especialidades médicas, tais como: dermatologista para acompanhar a presença de efeitos colaterais como possível câncer de pele não melanoma, presença de acne; ao ginecologista, principalmente quando a mulher está em idade fértil, uma vez que o funcionamento do rim estabiliza a situação hormonal e a fertilidade; ao dentista, pois a imunossupressão pode causar gengivite, ou até mesmo amolecimento dos dentes, prejudicando a alimentação, dentre outros.

5.3 SABERES ACERCA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO TRANSPLANTE RENAL COMO TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO

O transplante renal é considerado a mais completa alternativa de substituição da função renal e tem como principal vantagem a melhor qualidade de vida, pois o transplante renal garante mais liberdade na rotina diária do cliente (SBN, 2016).

No entanto, o transplante renal não pode ser considerado o fim dos problemas relacionados com os rins. Embora tenha sido demonstrado que a qualidade de vida após o transplante melhore do ponto de vista social e físico, se comparado com a população em geral, e, mesmo não sendo mais portadores de insuficiência renal crônica terminal, ou estágio cinco, mesmo transplantados, os clientes são considerados doentes renais, agora transplantados renais susceptíveis a intercorrências clínicas, uma vez que a realização do transplante renal não é a garantia de sucesso do funcionamento do enxerto, visto que há possibilidade de disfunção do enxerto por episódios de rejeição, de infecções bacterianas, virais e de problemas decorrentes do uso de drogas nefrotóxicas e outras.

O cliente, após receber o enxerto renal, está sempre correndo risco de rejeição. É necessário que receba informações adequadas para poder conviver com a possibilidade concreta de rejeição e com o novo modo de vida que terá de assumir. A saber, sem as sessões de hemodiálise, mas com a dependência do uso diário e correto das medicações imunossupressoras, fator que influencia o tempo de funcionamento do rim transplantado (LIRA; LOPES, 2010).

> ***Pesquisadora:*** *Após o primeiro transplante, pois esse é o segundo: você saberia identificar uma rejeição hoje?*
> ***T1:*** *Bem, hoje eu saberia, pela dor forte que dá! Eu saberia que estava acontecendo alguma coisa! E também quando a minha urina fosse diminuindo! Se eu estou acostumada a ir umas cinco vezes por dia e eu começar a ir três, duas e aí sai pouco líquido, aí eu já estou sabendo que está acontecendo alguma coisa**!***
> ***Pesquisadora:*** *Isso mesmo!*
> ***T1:*** *Febre, também!*

Como observado nas falas supracitadas, o cliente traduz claramente a interferência dos saberes e práticas transformando o saber ingênuo em saber aceito como verdadeiro. Entretanto o conhecimento não é absoluto, as verdades não são absolutas, portanto os saberes devem ser compartilhados e críticos. Na atualidade, os principais reconhecidos como alerta de rejeição são os seguintes:

> ***Pesquisadora****: Sinais de alerta: Dor nas costas, dor quando urina, falta de ar*
> ***T1:*** *São acúmulos de líquido, não é? Um gosto ruim na boca!*
> ***T1:*** *Por causa da ureia, não é?*
> ***T1:*** *É um gosto terrível!!!!*
>
> ***T2:*** *Inflamação, dor, inchaço.*
> ***Pesquisadora:*** *Bem, nós temos alguns sinais de alerta sim, como por exemplo: febre baixa (37,8ºC) por mais de um dia ou picos e períodos de febre, tipo 38,5ºC ou mais, aumento da pressão, com a mínima maior que 100mmHg, aumento grande de peso, diminuição da urina, cansaço, desanimo, falta de ar, tosse, perda da sensação de bem-estar, esses são sinais para você estar atento para procurar o hospital, ou o contato com seu médico.*

O rim transplantado também pode ser acometido com algumas doenças que poderão alterar sua função, como as infecções urinárias, obstruções na via de saída de urina e rejeição aguda ou crônica, nessa situação o organismo do cliente passa a reconhecer o rim recebido como algo estranho. Cada uma dessas situações tem um tratamento específico, e, quanto mais cedo for iniciado, maiores as chances de manter o funcionamento do rim (SBN, 2013).

Por esse motivo, é essencial a abordagem do assunto durante a consulta de enfermagem e primordial que antes, durante e depois do transplante renal, a equipe envolvida nessa assistência mantenha o diálogo com o cliente.

O intuito é o de esclarecer o procedimento e identificar complicações inerentes ao transplante, tais como rejeição do órgão doado, estenose, vazamento ou trombose vascular, vazamento por fístula ou obstrução ureteral, formação de cálculos, contratura do colo da bexiga, ruptura do enxerto, complicações cardiovasculares, complicações respiratórias, hepatite B, cirrose, úlcera péptica, infecção, hematomas, abcessos, linfocele, diabetes induzido por corticoides e imunossupressores, osteoporose, miopatia, necrose óssea, catarata, glaucoma, retinite, entre outras (RADISIC, 2016).

Durante as entrevistas/consultas de enfermagem, algumas questões foram realizadas pelos clientes, tais como relacionadas sobre infecção, dor, febre, mal-estar, perda.

> ***T9****: Sim, no caso essa infecção, ela vem precedida de que? Qual são os sintomas da infecção? Por exemplo: Infecção urinária? Quais são os sintomas que eu posso sentir? Dor? Febre? Alguma coisa assim? [...] então essa infecção pode virar uma rejeição? Ou já é uma rejeição?*

A tais questões, compartilhando saberes e práticas oriundos das vivências e experiências em setor de nefrologia com os clientes renais a transplantar, a pesquisadora contribuiu para a evolução da consciência ingênua dos clientes, apreendendo seus saberes e práticas, conforme se observa nas falas a seguir transcritas:

> ***Pesquisadora:*** *[...]infecção é um quadro de reação do organismo a algo estranho, onde ele tenta combater através das células de defesa, é muitas vezes ocasiona a rejeição ou disfunção do enxerto. Por exemplo: Infecção relacionado ao transplante, pode acontecer com a ferida operatória, que é a incisão ou pode ocorrer uma infecção urinária, pode ser uma infecção gástrica, bem-estar! Então caso você tenha algum desses sintomas, você deve procurar a unidade hospitalar, no caso, se dirigir a emergência do hospital, para realizar os exames, para que se contorne o problema antes que prejudique o enxerto. [...]. Então isso é um exemplo de infecção! [...] sim, dependendo do local, do tipo de bactéria, tempo que ficou sem tratamento adequado, e por aí em diante. Por exemplo: Uma infecção de garganta, como você estará imunossuprimido.*

Além de desenhos, figuras, manipulação de dispositivos, outra estratégia que se mostrou eficaz para o esclarecimento através do diálogo constituiu-se em analogias comparativas. Veja-se o dado sobre a pergunta do cliente T10:

> ***T10****:* (sobre a defesa das células, questionou). *É matar os anticorpos?*

A resposta da pesquisadora para essa pergunta buscou construir uma analogia de forma a construir uma ponte entre o saber científico e os saberes populares, vejamos:

> ***Pesquisadora:*** *Então assim, nós temos células de defesas no nosso organismo, que a gente compara aos soldados, como se fosse soldados em um exército com uma arma, tipo uma metralhadora, uma bazuca, e aí quando você faz uma imunossupressão, você faz o que? Você tira as armas desses soldados e dá uma faquinha e diz a partir de hoje você tem que se defender com uma faquinha!*

Ao utilizar a estratégia comparativa dos elementos para a busca das informações necessárias à compreensão do cliente, foi estabelecida, através do diálogo, a aproximação das propostas teóricas que embasaram este estudo, a saber, Pedagogia da Autonomia (FREIRE, 2011), Pedagogia da Esperança (FREIRE, 2013) e Educação e Mudança (FREIRE, 2010), bem como a proposta da PCA, que trouxe a convergência entre a proposta metodológica e teórica dessa pesquisa aplicadas na prática em consulta de enfermagem com os clientes renais crônicos a transplantar.

Algumas orientações emergentes das demandas durante a entrevista/consulta de enfermagem sobre a disfunção crônica do enxerto e a importância da aferição da pressão arterial, entre outras, permite caracterizar a disfunção crônica do enxerto (DCE) pela perda progressiva da função renal com o aumento da creatinina sérica, geralmente associada à hipertensão arterial e proteinúria e, histologicamente, por fibrose intersticial e atrofia tubular, sem uma causa detectável. Aparece geralmente a partir do terceiro mês ou anos após o transplante. A piora da proteinúria e da hipertensão é considerada um indicador de pior

prognóstico, que leva à falência completa do enxerto, e o retorno à hemodiálise (RADISIC, 2016).

Pelo exposto, nota-se a necessidade de, durante o compartilhar de saberes com os participantes, apontar para: a importância da aferição da pressão arterial, a fim de controlar a hipertensão, através da inserção de medicamentos e/ou monitorização da dieta e exercícios; a importância do controle do peso corpóreo através da pesagem, ou seja, da verificação do peso seco, pelo menos uma vez na semana, pois essas alterações demonstram uma disfunção do enxerto. Essa disfunção pode ser corrigida a tempo, caso detectada precocemente.

A vivência na nefrologia permite dizer que a indicação à execução de um transplante renal deveria basear-se em uma rigorosa avaliação clínica, realizada por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de identificar fatores que possam impactar o sucesso desse transplante. Além disso, corroborando o que até o momento foi dito, a assunção de uma conduta, em prol da autonomia, revela a capacidade de organização do cliente em parceria com o profissional, fazendo escolhas eficientes de fontes disponíveis de informação. Sendo assim, a autonomia significa o poder de dar a si a própria lei. Não se trata de um poder absoluto e ilimitado, nem mesmo de autossuficiência, mas sim dos limites de cada indivíduo, à independência indispensável a suas escolhas e tomadas de decisões com propriedade (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

CAPITULO VI - FONTES DE INFORMAÇÃO E DE APRENDIZAGEM DOS CLIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA A TRANSPLANTAR ACERCA DO TRANSPLANTE

Atualmente, no Rio de Janeiro, segundo o censo da ABTO (2015), existem três hospitais da rede pública e dois da rede privada, que podem ser considerados como local em que as principais fontes de informação podem ser acessadas, especialmente, por serem destinados a atender essa clientela.

No que diz respeito aos saberes e práticas dos clientes renais a transplantar, observam-se diferentes fontes de informação consultadas acerca da doença e do transplante renal, como é possível verificar nas falas a seguir:

> ***T1:*** *Assim que eu dei entrada lá no hospital, a Dra., com uma junta médica, que foi conversar comigo, falou que meus rins tinham paralisado, aí explicou tudinho o processo que eu tinha que fazer, que eu ia para a hemodiálise, aí eu só perguntei: tem cura? Aí eles me explicaram que não! Mas que eu poderia fazer um transplante, mas transplante não era para a vida toda! Que poderia durar um ano, dois anos, quatro anos [...]na internet, há muito tempo.*
>
> ***T2:*** *Também, também! Mas mais pela nutrição, então.*
>
> ***T4:*** *Sim, sim, alguns colegas, os médicos já tinham falado dessa possibilidade, já tinha visto os colegas bem e transplantado. [...] De Enfermeiro? Sim, conversa, os Técnicos lá falavam. Abordavam [...] Não do enfermeiro, não! Só dos técnicos mesmo! Na clínica não tem muito enfermeiro, só vejo um.*

Conforme os depoimentos, as fontes de informação são oriundas da equipe de saúde, tais como médicos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, demais clientes renais crônicos, grupo social e internet.

A ausência de depoimentos sobre o enfermeiro como fonte de informação é um dado significativo, especialmente pela expectativa que a multidisciplinaridade cria tanto nos profissionais e clientes, quanto na sociedade. Em uma análise preliminar, esse dado remete a três possibilidades. A primeira, de que os enfermeiros não se encontram preparados para fornecer essas informações sobre o transplante renal com segurança; a segunda, tão preocupante quanto a primeira, corresponde à ausência do enfermeiro no ambulatório, onde deveria realizar sua função privativa (COFEN, 2007 resolução 311/07), a consulta de enfermagem (COFEN, res.159/93); a terceira, relacionada à possibilidade de não reconhecimento da figura do enfermeiro, que costuma ser confundido com outros profissionais que vestem jaleco branco.

Uma reflexão a ser considerada corresponde ao fato de que, durante a realização desta pesquisa, a pesquisadora, que é enfermeira, compartilhou com os clientes muitos saberes e práticas. Mesmo tendo repetido, durante a entrevista, a categoria profissional na qual está inserida, ainda assim, houve clientes chamando a pesquisadora de Doutora, no sentido de uma profissional de medicina, ainda que ela reafirmasse ser enfermeira. Cabe dizer que os profissionais de enfermagem também possuem legalmente a titulação de doutor, entretanto era clara a relação estabelecida entre conhecimento e medicina.

Por hegemonia e senso comum, há uma aproximação de profissionais que vestem branco e com expertise em suas áreas com profissionais da medicina. Isso talvez explique o fato de os depoentes não terem citado os enfermeiros como fonte das informações.

Por outro lado, o fato de as fontes de informação supracitadas terem como representantes médicos, técnicos e nutricionistas, não significa dizer que tais informações tenham sido compartilhadas de forma dialógica, ou que tenha havido atualização nas informações, embora transpareça haver multidisciplinaridade.

Embora, seja preconizada pelo Ministério de Saúde a presença de profissionais de múltiplas especialidades, e que o profissional enfermeiro deva estar envolvido desde o início da descoberta da doença até o momento da escolha da terapia substitutiva, no diálogo com o cliente T4, chama atenção o fato de que, na Clínica satélite, a proporção é de um enfermeiro para mais de 20 clientes em hemodiálise, o que também pode dificultar o tempo destinado ao compartilhamento de saberes e práticas.

A reflexão sobre a realidade do trabalho da enfermagem ainda é diferente daquela apresentada e amplamente discutida na academia e pelos órgãos de classe. Ainda há um número escasso de profissionais frente a uma demanda extensa de atividades, a condições insalubres de trabalho, a cobranças por produtividade e a falta de reconhecimento profissional.

Cabe ao educador, nesse caso ao enfermeiro, articular experiências em que o cliente reflita sobre suas relações com o mundo e o conhecimento, assumindo o papel ativo no processo saúde-doença, promovendo assim mudança em seu comportamento para transpor o processo de doença, para o “resgate dessa saúde perdida”. Contudo, por vezes, fica impossibilitado de fazê-lo devido à demanda de trabalhos assistenciais e gerenciais que o afasta do propósito de “educar para libertar.”.

Atualmente, o mundo é caracterizado por profundas e constantes mudanças, são crescentes e aceleradas as novidades tecnológicas, e estas estão cada vez mais ao alcance não somente dos profissionais, mas dos indivíduos como usuários, principalmente a internet.

Porém, durante o processo de investigação das fontes de saberes, apenas três de onze participantes da pesquisa citaram a internet como fonte. Os demais falaram sobre as experiências compartilhadas com colegas, com profissionais e sobre aquelas adquiridas pela própria vivência, como o caso do retransplante de um dos participantes.

Apesar da utilização cada vez mais crescente da busca de informações na Internet, percebe-se, nos diálogos abaixo, que ainda é preciso a presença do profissional, para que a individualidade de cada cliente seja foco da orientação, permitindo o compartilhamento dos saberes. O diálogo, de modo horizontal, permite que as dúvidas sejam apresentadas e discutidas.

> ***T1:*** *Não, quando eu pesquisei sobre o lúpus na internet, há muito tempo, aí falavam do açúcar, mas eu não consegui entender.*
>
> ***T4:*** *eu tenho um grupo sociais que falam dos transplantado, vejo eles muito felizes falando e aí, eu estou com horror dessa máquina quero ficar o mais livre possível!*
> ***T4:*** *Sei, no grupo da internet já falaram, algumas coisas [...] para não abusar e tal...*
>
> ***T9:*** *Já, já comecei a pesquisar na internet, alguma coisa, mas eu achei de todos esses métodos, pra mim, seria melhor o transplante!*
> ***Pesquisadora:*** *Você acha importante a presença do enfermeiro nessas orientações?*
> ***T9:*** *Com certeza! Como eu falei para você, eu não tinha conhecimento nessa parte do pós, no pré pouca coisa os médicos me passaram. Mas o pós eu acho que todo mundo deveria saber, pois o que a gente sabe é muito superficial, não é tão detalhado, isso nem na internet passa!*

Segundo Freire (2011), nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador. Nesse caso, o enfermeiro, igualmente sujeito do processo de compartilhamento de saberes, acessa realmente os saberes e as práticas trocados em que o objeto ensinado é apreendido na sua razão de ser e, portanto, aprendido pelos educandos.

Durante o processo de educar-cuidar, utilizaram-se desenhos e figuras do rim do receptor e do doador, destacando-se que o rim nativo permanece onde está, a menos que esteja causando infecção ou hipertensão, ficando o rim recebido sobreposto, localizado na região frontal do abdome, na direção da região ilíaca.

Essa maneira de cuidar é apenas possível quando realizada de igual para igual, de forma mútua, através do diálogo, de modo que seja capaz de provocar possíveis mudanças de comportamento e mudanças na prática do cuidado, através do despertar do pensamento crítico, por meio da tomada de consciência, que levará à reflexão e ao agir, como abaixo é

evidenciado, quando figuras representativas - desenhos e fotografias - funcionam como fonte de informação (APÊNDICE D).

> ***Pesquisadora:*** *[...] pego uma folha de papel em branco e começo a desenhar um corpo humano para fazer a representação de como ele irá retornar do centro cirúrgico, ele se aproxima mais da mesa para ver.*
> ***Pesquisadora:*** *Esse é o seu rim, quando transplantamos, nós não tiramos o rim que temos, o rim nativo.*
> ***T3:*** *Ah, não?*

Segundo Freire (2011), o senso comum é caracterizado pela curiosidade ingênua, resultante indiscutivelmente de certo saber, não importando que tenha um rigor metodológico.

No senso comum, uma das formas de construção do conhecimento é a associação com objetos, figuras, a fim de que se obtenha uma maior compreensão do que está sendo dialogado. Assim ocorre com o método de pesquisa eleito, pois este parte do princípio, da realidade na qual para gerar uma mudança no comportamento das pessoas envolvidas.

Por fim, é possível promover o ensino no espaço problematizado pela pesquisadora. Lá ocorreu o compartilhamento de saberes e de práticas. Não se transferiu conhecimento, mas levou-se o participante a construir e/ou produzir o conhecimento necessário, com a consideração e o respeito por seus saberes, para que paciente, como indivíduo único, que detém o poder e a responsabilidade de seu corpo e o cuidado dele, possa compreender, aplicar, empoderar-se e desenvolver a prática do cuidado de si acerca do transplante. Assim, uma das fontes de informação e aprendizagem centra-se no próprio cliente e nas suas relações no mundo, através dos saberes e práticas compartilhados.

CAPÍTULO VII - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO MATERIAL EDUCATIVO COMO ORIENTAÇÕES SOBRE TRANSPLANTE RENAL

No decorrer da pesquisa, foi demonstrado que a prática profissional com o cliente renal precisa ser repensada de modo a ser conduzida pela valorização do saber popular e a permitir o intercâmbio entre este saber e o saber científico, de acordo com Teixeira e Mota (2011, p. 59) quando afirmam que:

> As práticas educativas em Saúde não devem se fundamentar apenas na transmissão de informação, mas sim na construção mútua do conhecimento, seja entre cliente e profissional ou entre os próprios clientes, como é proposto na educação pelos pares. Além disso, devem oferecer possibilidades para que o cliente consiga viver melhor maneira possível, mesmo com as dificuldades de cada um.

Ao coadunar com esse pensamento, após os diálogos com os participantes da pesquisa, considerou-se necessária a construção de um material educativo a partir das reflexões realizadas através de saberes compartilhados com os clientes, advindos de suas vivências e experiências. Trata-se de uma ferramenta facilitadora à reflexão e ao estímulo, pautada na relação de diálogo, e mediadora na troca compartilhada de saberes no processo de educação em saúde ao cliente renal crônico a transplantar.

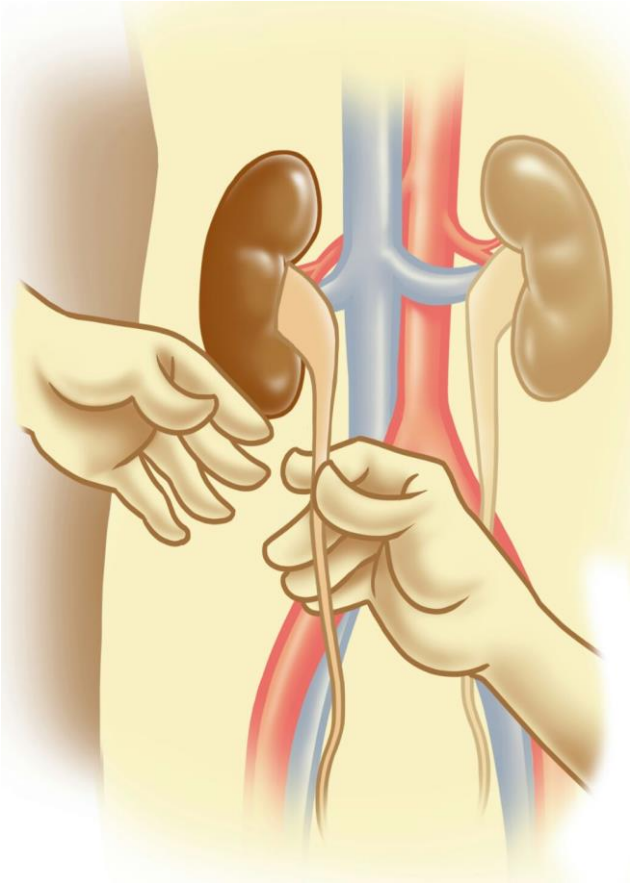
Destaca-se que, além da capacidade técnico-cientifica, é fundamental que o enfermeiro seja sensível para perceber que o cuidado compartilhado só se edifica quando tanto o profissional quanto o cliente estão dispostos a ouvir, expressar, refletir, criar, construir, desconstruir e mudar significados, sentimentos e conceitos.

O material educativo elaborado como produto a partir da sistematização do compartilhamento de saberes entre os clientes e a pesquisadora abordou os seguintes temas: o que é transplante renal, as opções de doador, o processo de internação, os períodos pré, trans. e pós-operatório. Ainda comporta as orientações educativas para o cuidado de si acerca de dieta e água, alimentação, medicamentos, ar e ambiente, exercício físico, dentista, cuidando da pele, atividade sexual, vacinação, viagem, animais, jardinagem e plantações, outros.

A Cartilha apresenta também uma agenda que contém dados do cliente a transplantar, como: nome, data do transplante, tipo de doador, endereço, bairro, CEP, telefone, contato em caso de emergência e a pessoa a ser acionada; um espaço para dados clínicos e laboratoriais; um espaço para anotações e, finalmente, o esquema de vacinação atualizado para os clientes no pré e no pós-transplante.

A seguir, o material educativo elaborado pela pesquisadora em conjunto com o cliente renal crônico a transplantar, orientações no pré e no pós-transplante.

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PARA TRANSPLANTE RENAL



Pré e Pós Transplante
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery

É permitida reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte.

Não é permitida a sua comercialização.

Elaboração:
Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira

Redação:
Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira

Revisão Técnica:
Prof.ª Dra. Cristina Lavoyer Escudeiro
Prof.ª Dra. Elen Martins da Silva Castelo Branco
Prof.ª Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Prof.ª Dra. Marta Sauthier
Prof.ª Dra. Silvia Teresa Carvalho de Araújo
Prof.ª Dra. Simone Cruz Machado Ferreira
Ilustrador: Maurício Leão

Revisão do texto:
Prof.ª Maria Anna de Souza Gerk

Cartilha de Orientações de Enfermagem aos clientes no Pré e Pós transplante

Rio de Janeiro, 2017

Ferreira, Simone Aparecida Machado do Nascimento
Material Educativo de orientação para o cliente renal a transplantar/
Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira. –
Rio de janeiro: [s.n.], 2017. 29f.
(Mestrado Acadêmico em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017. Orientadora: Prof.ª Maria Luiza de Oliveira Teixeira.
1. Enfermagem. 2. Transplante de rim 3. Doença Renal Crônica 4. Educação em saúde 5. Cuidado de enfermagem I. Título.
CDD

Sumário

- Apresentação
- O que é Transplante renal?
- Quem pode ser doador? Quais as opções de doador?
- Como é o processo de internação?
- Como fica o rim transplantado dentro do meu corpo?
- Como você retorna do Centro Cirúrgico?
- E a Hemodiálise no pós-operatório?
- O que acontece durante a internação?
- Quais as complicações no pós-transplante?
- Educação para o cuidado de si:

-Dieta e água
-Alimentação
-Medicamentos
-Ar e ambiente
-Exercício Físico
-Dentista
-Cuidando da pele
-Atividade Sexual
-Vacinação
- Viagem
-Animais
-Jardinagem e plantações
- Outros

Apresentação

Se você escolheu o transplante renal como método de terapia de substituição para a doença renal crônica, nas páginas seguintes você receberá informações que foram produzidas a partir de uma dissertação de mestrado. O compartilhamento de saberes com aqueles que vivenciam o problema renal, através de seus questionamentos, de suas vivências e experiências, contribuiu para a elaboração desta Cartilha.

Transplante Renal

- **O que é?**
  É uma cirurgia em que se coloca um rim saudável de um indivíduo em outro indivíduo doente, para exercer as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas que prejudicam a saúde.

- **Quem pode ser doador?**
  Pessoa adulta que seja saudável e /ou tenha função renal normal e que, após avaliação médica, não apresente risco de doença renal ou de outro órgão vital.

- **Quais são os tipos de doador?**
  Doadores vivos ou doadores falecidos

- ***Todos os clientes com insuficiência renal podem realizar o transplante renal?***
  Cada caso é, individualmente, analisado pelo médico.

Antes da cirurgia:

- Visite o nutricionista. Ele vai orientar e acompanhar você na sua dieta. Ele também poderá ajudar você a perder peso, se este for o seu caso. A obesidade aumenta o risco de infecção.

- Não é recomendável fazer transfusão sanguínea. Caso você tenha essa necessidade, converse com o seu médico.

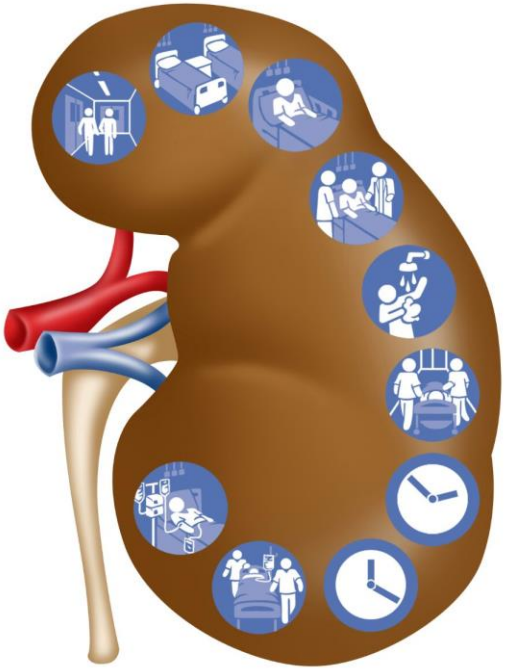
- Converse com o seu médico e veja com ele qual o exercício físico recomendado para você e comece a praticá-lo. O exercício físico melhora a qualidade de vida.

- Use as medicações que o médico prescrever

Quais são os exames que eu farei no dia da internação para o transplante renal?

Os seguintes exames geralmente são realizados no dia:

- Exame de sangue: Hemograma completo, Lipidograma completo, Ureia, Creatinina, Glicose e outros.
- EAS e Urinocultura;
- Raio x de tórax e
- Eletrocardiograma (ECG);



Como acontece a internação para a cirurgia de transplante?

Existem dois processos de internação

- Transplante de Doador Vivo:

- **Quando a dupla se interna?**

A Dupla - o cliente receptor e o doador - se interna um dia antes do transplante, geralmente no 7º andar, posto 7A, onde fica o setor de Nefrologia e Transplante Renal e onde será recebida pelo enfermeiro de plantão.

- **E depois de internado?**

- Realizam os exames laboratoriais (sangue e urina), raio x de tórax e eletrocardiograma. Após o resultado dos exames, a dupla é liberada para se alimentar;
- A dupla (doador e receptor) receberá a visita do médico e do médico anestesista para avaliar as condições clínicas;
- A partir das 22 horas permanecerão em jejum (não podem se alimentar e nem beber nada, inclusive água), serão encaminhados ao banho de chuveiro com sabão fornecido pela enfermagem (clorexidina degermante);
- Pedimos para que vocês não molhem os cabelos, para que durante a cirurgia não levem choque, pois são utilizados bisturi e pinças elétricas, no procedimento. Caso molhem, procurem secar bem os cabelos e, se necessário, utilizar o secador, pedir ajuda à enfermagem;
- Realizamos o aparo ou corte dos pelos pubianos (genital) e dos pelos abdominais (se houver) ou pedimos para que o cliente e o doador o realizem;
- Orientamos a retirar os adornos (brinco, pulseira, cordão, anel) e retirar, se houver, prótese dentária (dentadura, perereca, Roth);
- A equipe de enfermagem acompanhará o receptor e o doador a uma sala para verificar seu peso e altura, antes de serem encaminhados ao centro cirúrgico;
- A equipe de enfermagem administrará uma medicação pré-anestésica se estiver prescrito pelo médico anestesista;
- Aproximadamente às 06 horas, o maqueiro do centro cirúrgico vem buscar o doador e, após, o receptor para dar início ao procedimento no centro cirúrgico, ou seja, ao transplante;
- Após o transplante, o pós-operatório é realizado no andar, geralmente no 7º andar, onde fica o setor de nefrologia e transplante renal.

- Transplante doador falecido

- **Como acontece o chamado**?

Quando a Central reguladora de órgãos recebe um órgão, entra em contato com os possíveis receptores e os orientam a irem ao hospital, onde será realizado o transplante, para dar início à seleção.

- **O que é seleção?**

É a avaliação desde a compatibilidade até as condições do receptor ou candidato ao transplante (clínica e física), inclusive se as vacinações estão em dia e se houve transfusão nos últimos meses, o que pode ser um impedimento para o transplante.

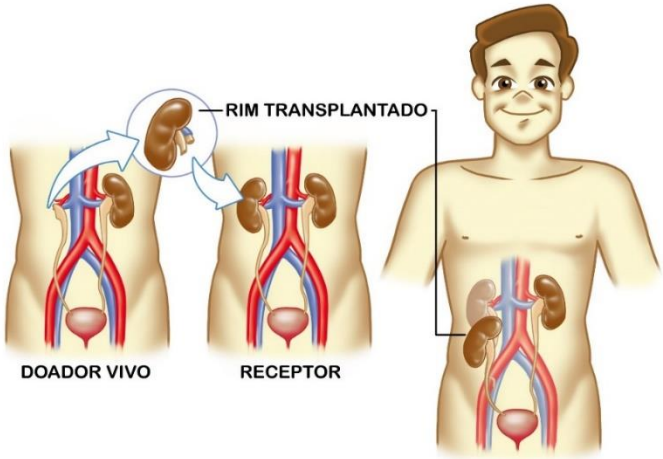
- **E depois, o que acontece?**

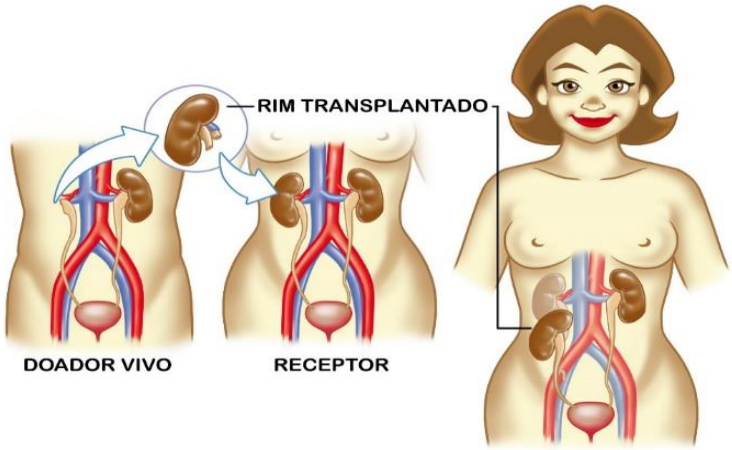
Após ser escolhido o candidato, ele passa por todo processo igual ao receptor de doador vivo. Dependendo da hora e do tempo que o rim fica sem circulação sanguínea, ou seja, “sem trabalhar”, o transplante pode ocorrer no mesmo dia ou pela manhã.

Aproximadamente às 06 horas, o maqueiro do centro cirúrgico vem buscar o receptor para dar início ao procedimento no centro cirúrgico, ou seja, ao transplante.

Após o transplante, o pós-operatório é realizado no andar, geralmente no 7º andar, onde fica o setor de nefrologia e transplante renal.

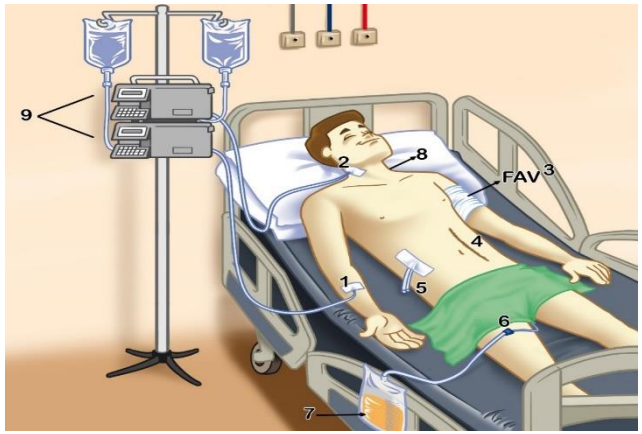
Como fica o rim transplantado dentro do meu corpo?

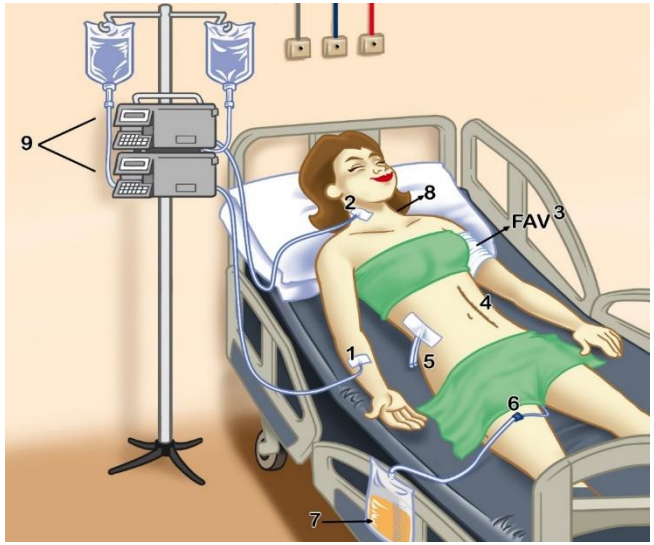




Como eu retorno do centro cirúrgico?

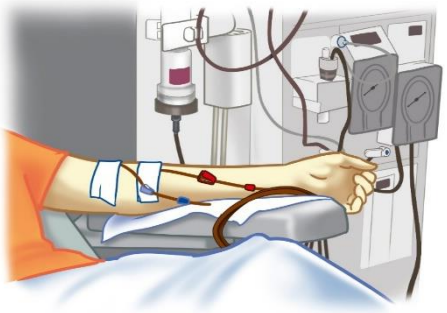
1. Punção periférica, no braço onde não há fístula, para infundir (soro) solução fisiológica, solução glicosada, para estimular o novo rim a “trabalhar”;
2. Punção profunda, para infundir (soro) solução fisiológica e glicosada; e medicações prescritas (analgésicos e outras);
3. Em caso de fístula, o braço da fístula (FAV) vem aquecido com algodão e atadura, para manter o frêmito (barulho de cachoeira);
4. Incisão no meio do abdome;
5. Dreno tubular (para saída de líquidos acumulados);
6. Sonda vesical (para controlar a saída de urina);
7. Coletor de urina
8. Cateter peridural (para analgesia, usado pelo anestesista para o controle da dor);
9. Bomba para infusão de medicação e “soro”.





E a Hemodiálise no pós-operatório?

- Após o transplante, alguns clientes necessitam realizar sessões de hemodiálise. Estas sessões serão realizadas até o rim enxertado apresentar a função de filtrar, ou seja, apresentar urina e consequentemente diminuição das escórias (Creatinina e ureia);
- É quando a hemodiálise será suspensa e você deverá lembrar-se de ingerir mais líquidos (água, suco, refresco, entre outros);
- Lembre-se de que, após o transplante, você deverá manter o cuidado com a sua fístula (FAV), caso você tenha, pois em caso de necessidade, ou seja, em caso de disfunção do enxerto, ela será de grande utilidade.



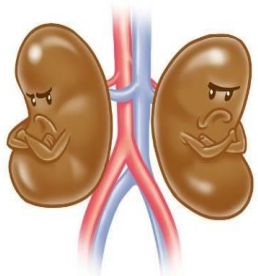
O que acontece durante a internação no andar após o transplante renal?

- O cliente retorna do centro cirúrgico, como foi descrito anteriormente, e no dia seguinte (1º dia após o transplante), o banho ocorre no leito, juntamente com o curativo. Retira-se a atadura que aquecia a fístula, e coloca-se o cliente sentado no leito;
- 2º dia: O cliente é estimulado a andar. É encaminhado em cadeira de rodas ao banho de aspersão (chuveiro), retira-se um acesso periférico ou o profundo (conforme for a rede venosa do cliente);
- A cada dia após a avaliação é suspenso um procedimento, por exemplo:
- Soluções venosas (soro): conforme o cliente for ingerindo líquidos por via oral (boca);
- Dreno: conforme for diminuindo o líquido que sai do abdome;
- Sonda vesical: geralmente no 5º dia após o transplante, colhem-se duas amostras de urina para EAS e cultura, após a retirada da sonda.
- A alta hospitalar ocorrerá de acordo com a evolução clínica, ou seja, como você estará no seu dia a dia.

Quais são as complicações após o transplante?

- **A principal complicação é a rejeição**- que compromete o funcionamento do rim, podendo ser necessárias algumas sessões de diálise nesse período, até o rim passar a exercer suas funções. São necessários exames mais frequentes, como de sangue, ultrassom, cintilografia, e, em alguns casos, biópsia do enxerto, para que, após o diagnóstico, possa realizar o tratamento adequado.

- **Hipertensão (aumento da pressão), hiperglicemia (aumento da glicose) ou diabetes** -podem ocorrer devido à imunossupressão. Ambas são controladas através de medicamentos;
- **Infecção:** o uso de imunossupressores torna o receptor mais vulnerável a quadros infecciosos de origem bacteriana, fúngica, viral, entre outras. A utilização de antibiótico pode ser prescrita por um período mais prolongado.
- **Complicações cirúrgicas**



- Trombose de artéria renal, trombose de veia renal, linfocele (coleção de linfa próxima ao órgão transplantado); fístulas urinárias; obstrução urinária; hematoma de loja renal; ruptura renal e ruptura de anastomose arterial.

Educação para o cuidado de si

DIETA

- Manter dieta equilibrada, ou seja, não abusar de sal, açúcar e gordura (não consumir alimentos em locais desconhecidos),

ÁGUA

- Lembrar-se de ingerir bastante líquido (água fervida e/ ou filtrada e suco, preferindo naturais, ou seja, da fruta; fora de casa só beber suco de fruta em lata ou caixinha);
- Usar água fervida e/ou filtrada para preparar a comida, inclusive para fazer gelo.

ALIMENTAÇÃO

Lembrem-se, germes e micróbios são invisíveis! Mas causam inúmeras doenças! Por isso:

- Evite comer alimentos crus nos três meses após o transplante, pois pode ter alguma contaminação!
- Legumes, verduras e frutas devem ser lavados e desinfetados, antes de serem processados e ingeridos crus, da seguinte maneira:

- Em uma vasilha limpa, colocar uma colher de sopa de cloro (água sanitária ou hipoclorito de sódio a 2,5%) em um litro de água, deixar as folhas, legumes e frutas totalmente mergulhadas nessa solução por 30 minutos, depois enxaguar em água fervida ou filtrada e escorrer bem.

MEDICAMENTOS

- Carregue com você a lista dos medicamentos que está tomando;
- Não se esqueça de tomar os remédios nos horários indicados e combinados anteriormente;
- Para evitar a falta de medicamentos, fique atento às reposições, principalmente nos finais de semana e antes dos feriados prolongados;

- Todas as medicações, inclusive os imunossupressores podem causar eventos adversos, caso ocorram, não suspenda o uso, nem altere a dosagem, entre em contato com sua equipe de saúde para avaliação do que será necessário fazer nesse caso.

CUIDANDO DE SI

- Verificar sempre que possível a pressão arterial e qualquer alteração avisar ao médico;
- **Pesar diariamente, o controle do peso é muito importante!**
- Medir a urina e tudo que ingerir durante as 24horas, pelo menos 1 vez na semana, para saber se a quantidade de líquidos que está ingerindo é a mesma ou próxima do que está eliminando;

AR E AMBIENTE

- Após o transplante, durante os seis primeiros meses, utilize máscara de proteção quando sair na rua, para evitar possíveis infecções;
- Conserve a casa sempre limpa e arejada;
- Evite locais com muita poeira e mofo (obras, construções, túneis, cavernas)
- Evite contato com pessoas doentes (se a pessoa que estiver doente morar com você, peça a ela que utilize máscara também), lembre-se de que você é imunossuprimido, ou seja, suas defesas ou “soldados” (células de defesa) estão limitados;
- Procure evitar lugares com muitas pessoas (elevadores, metrô, ônibus lotado), se não for possível, lembre-se de usar a máscara;
- Evitar tomar banho em rios e lagos, para evitar doença (por exemplo, do caramujo)

EXERCÍCIOS FÍSICOS

- Caminhada, hidroginástica e exercícios leves podem ser uma boa opção, caso não haja contraindicação;

- Evite exercício de impacto, por exemplo: futebol, mergulho, etc. Uma pancada no abdome, poderá prejudicar o enxerto;

- Evite " pegar peso" (mais de 10kg) enquanto a ferida operatória não estiver cicatrizada, ou seja, pelo menos por 2 meses;

DENTISTA

- Visite mais o seu dentista! Você utiliza medicamentos que podem causar gengivite, sangramento da gengiva, entre outros. Evite assim problemas como cáries, extrações e canais;
- Caso haja necessidade de um procedimento invasivo, como tratamento de canal ou implante dentário, deve-se consultar o médico, para escolha do antibiótico, pois não é permitido o uso de antinflamatório, uma vez que prejudica o rim;

CUIDANDO DA PELE

- Atenção! Não se esqueça de usar protetor solar, pois o remédio imunossupressor pode causar tanto o envelhecimento precoce da pele, como o risco de câncer de pele.

ATIVIDADE SEXUAL

- Atividade sexual poderá ser permitida após oito semanas;
- No caso das mulheres, é fundamental o acompanhamento com a (o) ginecologista para discutir o método anticoncepcional mais adequado, para evitar uma gravidez nos 2 anos após o transplante;
- Uso de preservativo (camisinha) mesmo com parceiro (a) fixo (a), para evitar infecções e doenças.

VACINAÇÃO

Após a liberação pelo seu médico, mantenha as vacinações em dia. Tome regularmente:

- Vacina para tétano/difteria a cada 10 anos;
- Vacina pneumocócica (previne contra algumas pneumonias) a cada 5 anos;

VIVAS ATENUADAS		INACTIVADAS					
		DE VÍRUS / BACTÉRIAS INTEIROS		DE FRACÇÕES DE VÍRUS / BACTÉRIAS			
				VACINAS "PROTEICAS"		VACINAS "POLISSACARÍDICAS"	
VIRAIS	BACTERIANAS	VIRAIS	BACTERIANAS	SUBUNIDADES	TOXÓIDE	SIMPLES	CONJUGADAS
SARAMPO PAROTIDITE RUBEOLA VARIOLA* VARICELA FEBRE AMARELA* GRIPE (INTRANASAL)* POLIO (ORAL)* ROTAVIRUS*	TUBERCULOSE FEBRE TIFÓIDE (Ty21a) (ORAL)*	POLIO (INJECTÁVEL) HEPATITE A* RAIVA* GRIPE* ENCEFALITE DA CARRACA*	TOSSE CONVULSA "WHOLE CELL" FEBRE TIFÓIDE (INJECTÁVEL)* CÓLERA (ORAL)* PESTE*	HEPATITE B TOSSE CONVULSA (ACELULAR)* CÓLERA (ORAL)** GRIPE * DOENÇA DE LYME *	DIFTERIA TÉTANO TOSSE CONVULSA (ACELULAR)*	PNEUMOCÓCICA (23 SEROTIPOS)* MENINGOCÓCICA (A+C, A+C+Y+W135)* FEBRE TIFÓIDE (Vi) (INJECTÁVEL)*	HAEMOPHILUS INFLUENZA-B MENINGOCÓCICA C PNEUMOCÓCICA (7 SEROTIPOS)*

NOTAS:
* ESTA VACINA NÃO CONSTA DO PNV-2008 PORTUGUÊS
1 A VACINA CONTRA A CÓLERA TEM UMA COMPOSIÇÃO MISTA, INCLUINDO BACTÉRIAS INTEIRAS E SUBUNIDADES
2 A VACINA CONTRA A TOSSE CONVULSA (ACELULAR) TEM COMPOSIÇÃO MISTA, INCLUINDO TOXÓIDES E SUBUNIDADES
FONTE: DIVISÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, DGS

- Vacina da gripe todo ano.
- OBS: Se tiver criança em casa, converse com seu médico ou com o enfermeiro.

VIAGEM

- Após o transplante, aguarde pelo menos três meses para viajar, mas não deixe de consultar o seu médico ou enfermeiro.
- Não se esqueça de levar medicação sempre em uma quantidade superior ao tempo programado para a viagem, o passeio pode ser tão bom que talvez você resolva prolongá-lo. Dessa forma, você não ficará sem as medicações.

ANIMAIS

- Os animais de estimação podem ser fonte de doenças para pessoas transplantadas, pois o transplantado tem baixa imunidade devido às medicações, por isso:

- Evite fazer a limpeza das fezes do animal, limpar gaiolas e aquários, se possível peça a algum familiar;
- Evite entrar em contato com objetos contaminados com fezes de animais.

JARDINAGEM E PLANTAÇÕES

- Use luvas para se proteger! Mexer com a terra é uma terapia, porém faça com segurança, evitando contato direto com a terra;
- Lembre-se de que a terra também possui micróbios e germes invisíveis;
- Se possível, também utilize a máscara, pois na terra também existem fungos

- Procure andar sempre calçado, pois a terra possui vários micróbios que podem causar infecções, entre eles fungos que entram no organismo através da respiração e vermes que penetram através da pele;

OUTROS:

- Não é aconselhável o uso de álcool, drogas e fumo, pois causam complicações e a perda do enxerto;

- As mãos são a principal fonte de micróbios que causam doenças;
- Mantenha sempre as mãos limpas e as unhas aparadas

LEMBRETES:

• Você está recebendo informações que foram construídas e compartilhadas, então não se esqueça de que você é responsável pelo seu cuidado. Após as orientações, você tem a opção de escolher o que é melhor para si.

• Lembre-se de que o **diálogo, o compartilhar de dúvidas e experiências** ainda é o melhor caminho para o **sucesso**!

• O acompanhamento após o transplante é necessário para o resto da vida.

Caso não esteja se sentindo bem ou esteja com algum sintoma, principalmente febre, tosse, vômito e diarreia, entre em contato conosco, pelos telefones: 2139382805 ou 2139382844, atendemos 24horas.

Referências:

Ferreira, Simone Aparecida Machado do Nascimento. Dissertação de mestrado pela EEAN/UFRJ. Saberes e práticas compartilhadas com Clientes Renais a Transplantar: Educação em saúde para o Cuidado de Si, maio. 2017

Agenda do cliente:

- Nome:_____
- Data do Transplante renal: ___/___/____ Tipo doador:_____
- Endereço:_____
- Bairro: _____ CEP: _____
- Telefone: ( )_____ ( ) _____
- Em caso de emergência ligar para: _____
- Falar com: _____

OBS: Hospital onde foi realizado o Transplante renal

_____

Telefone: _____

Vacina	**Pré-transplante**	**Pós-transplante**
Gripe inativada	Indicada anual.	Indicada anual.
Gripe viva atenuada (intranasal)	**Contraindicada.**	**Contraindicada.**
PPV23 (vacina antipneumocócica polissacarídica 23-valente) PCV13 (: vacina antipneumocócica conjugada 13-valente)	Uma dose de PCV13, seguida de uma dose de PPSV23 às oito	Uma dose de PCV13, seguida de uma dose de PPV23 às oito semanas. Reforço PPSV23 aos 5 anos
Hepatite B	Indicada.	Indicada.
Hepatite A	Indicada em pré-transplante de fígado ou outros FR.	Indicada se FR.
Varicela	Indicada se anticorpos negativos.	Contraindicada.
Zoster	Indicada se anticorpos positivos.	Contraindicada.
Tétano e difteria	Indicada cada 10 anos.	Indicada cada 10 anos.
Febre amarela	Se viajar ou viver em zona endêmica, salvo em hepatopatia severa.	Contraindicada.
Raiva	Indicada se exposição.	Indicada se exposição.
VPH (vacina papiloma vírus humano)	Indicada em mulheres e homens de 9 a 26 anos.	Indicada em mulheres e homens de 9 a 26 anos.
Antimeningocócica	Se tiver indicação.	Se tiver indicação.

Fonte: SARTORI, 2016 (adaptada pela autora)

Dados Laboratoriais e Clínicos

Data	Creatinina	Peso	Pressão Arterial	Observações

Fonte: A autora.

Manhã Tarde Noite	Horário	Medicação	Quantidade	Observação

Fonte: A autora.

CAPÍTULO VIII - AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS COMPARTILHADOS PELOS CLIENTES COM A ENFERMEIRA PESQUISADORA E A ELABORAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

Esta fase da pesquisa compreende a quinta etapa da metodologia aplicada, quando os clientes participantes foram convidados a um segundo encontro, a fim de avaliar e aprovar o material educativo - pautado nos pensamentos freirianos e na abordagem metodológica da pesquisa convergente assistencial (PCA) proposto por Trentini, Paim e Silva (2014) - Construído de forma compartilhada. Esse compartilhamento ocorreu através de reflexões e de saberes e práticas advindas da experiência do cliente (APÊNDICE C), em um contexto que envolve a cronicidade da doença renal e os seus percalços, e através da prática assistencial e científica da pesquisadora, no intuito de promover reflexões de ambos os lados, e proporcionar dessa forma uma mudança no comportamento para o cuidado de si. Desse modo, foram geradas considerações relativas à metodologia utilizada, com reflexão sobre os obstáculos e as facilidades do cuidado compartilhado e com comentários acerca de todo o processo da pesquisa, por meio da avaliação da metodologia e do processo de cuidado de si, da avaliação do material construído de forma compartilhada e finalmente da avaliação da enfermeira pesquisadora sobre a experiência de educar-assistir pesquisar.

8.1 AVALIAÇÃO SOBRE A METODOLOGIA E PROCESSO DO CUIDADO DE SI

O compartilhamento de saberes e prática dialogada, permeado pelo pensamento crítico-reflexivo com o cliente participante da pesquisa acerca da educação para o cuidado de si no pré e pós-transplante, promoveu a valorização do sujeito, através da escuta sensível, do respeito quanto a suas crenças e valores na construção e na avaliação do processo do cuidar. Tudo transcorreu de modo espontâneo e sequente, uma vez que a pesquisadora se encontra imersa no cenário da pesquisa, ou seja, no serviço de nefrologia. Essas características possibilitaram um ambiente facilitador da expressão e do diálogo, no processo de educar.

De acordo com Freire (2010), a educação é uma busca realizada pelo sujeito homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação e não objeto dela. Desse modo, os clientes expuseram os aspectos positivos encontrados na proposta educativa

compartilhada, através da consulta de enfermagem, como fonte de aprendizado relacionada ao cuidado de si. Isso fica evidenciado nas falas:

> ***T1:*** *[...]: Tudo que foi falado aqui me esclareceu bastante, de negativo não tem nada**!***
>
> ***T2:*** *[...] acho que é necessária, pois nos dá uma noção do que fazer, e do que é certo! Muito importante!*
>
> ***T3:*** *Aprendi muitas coisas mesmo! Coisas que eu não sabia, eu acho que a pessoa quando se propõe a fazer isso, o transplante, tem que ter uma conversa dessa!*
>
> ***T.4:*** *É que agora eu sei o que eu vou passar depois da cirurgia, né? Não tinha muita noção não, acho que agora sim!*
>
> ***T7:*** *[...]. Eu tinha muitas dúvidas, muitas perguntas, medo, e eu ficava assim eu vou ficar aqui igual a um maluco perguntando, perguntando e vocês e o médico tem tanto serviço, que eu não queria incomodar. Mas meu Deus, eu queria saber, você vem sem saber nada! Eu só sabia que minha cirurgia era um corte assim e o dela é assim. Aí de repente eu venho aqui [...] e encontro você e você fala tudo que eu estava pensando e querendo saber!*
>
> ***T9:*** *Tem muita coisa que a gente não sabe! A parte de medicamentos que a pessoa tem que tomar, essa parte de visita ao médico, essa parte de alimentação, essa parte dos cuidados depois da própria parte sexual do transplantado, tudo isso aí é tudo válido. Porque muita gente sai daqui e vai pra casa e não sabe o passo a passo, vamos dizer assim. Do que você não pode ou não deve fazer vamos dizer assim, não é? E isso é uma orientação muito válida para todo mundo aí.*

A necessidade premente relacionada à consulta e à presença do enfermeiro no processo do cuidar torna-se evidente através das falas dos sujeitos participantes da pesquisa. Um espaço para que possam ser ouvidos, não através de um modelo biomédico, mas a partir de propostas estabelecidas numa relação dialógica, em que o cliente possa discutir, questionar, criticar e expressar suas necessidades e desejos de cuidado, desvelando-se, em meio a uma relação estabelecida de forma horizontal e de reciprocidade. Como proposto por Freire (2011), o indivíduo se sente seguro e autônomo, sendo capaz de tomar decisões, através de reflexões causadas pelo processo interativo.

> ***T1:*** *Acho que se tivesse um ambulatório seria bem melhor! Porque tudo que tivesse dúvida a gente poderia ser atendida e agora não! A gente tem que ficar procurando um enfermeiro, para tirar uma dúvida, é mais complicado, porque não tem assim um local**,** uma sala para referência, tipo vou lá na sala tal, nos dias agendados, ver se a enfermeira pode me atender, ou vou marcar uma consulta com a enfermeira.*

> ***T2:*** *Acho que deveria ter um ambulatório com esses profissionais porque nos ajuda, orienta, deveria ter mais Simone espalhada por aí para que a gente consiga seguir, trilhar um caminho certo né? Para justamente não perder o rim. Isso seria o ideal!*

No diálogo, T1 e T2 deixam clara a necessidade da consulta de enfermagem efetiva, e não esporádica. A presença do enfermeiro é considerada essencial, no esclarecimento de dúvidas, anseios e no compartilhar de saberes.

8.2 AVALIAÇÃO DO MATERIAL CONSTRUÍDO ATRAVÉS DO COMPARTILHAMENTO DE SABERES COM OS CLIENTES A TRANSPLANTAR

A utilização de tecnologias educativas impressas, como ferramenta a ser aplicada no ambiente de trabalho, ensino e pesquisa, favorece a aprendizagem e a compreensão do cliente no cuidado de si e é uma alternativa viável para sensibilização e informação dos clientes, que abre novos caminhos na construção compartilhada de saberes. Além disso, permite ao cliente e a sua família uma leitura posterior, reforçando o compartilhamento de saberes, servindo como guia no caso de dúvidas e principalmente auxiliando na tomada de decisão (BENEVIDES et al., 2016).

Na avaliação e aprovação do conteúdo e das imagens contidas no material construído compartilhado, os clientes participantes da pesquisa foram unânimes, como se observa através dos depoimentos abaixo.

> ***T1:*** *[...] ficou ótimo! Mas pra mim não é necessário as figuras e sim mais informações escritas, então tudo que está escrito vai me ajudar e muito!*
>
> ***T9****: [...] gostei muito dos desenhos, principalmente o do centro cirúrgico e o que você escreveu sobre, isso eu nunca vi nem na internet! [...] você poderia distribuir isso pra todo mundo!*
>
> ***T3:*** *[...] achei muito bom falar sobre vacina, a gente vê tanta coisa que fica difícil saber o que fazer! Esclareceu muita coisa!*
>
> ***T2:*** *[...] a cartilha ajuda muito! Pois ela fala sobre tudo que vai acontecer! E responde dúvidas que não perguntamos na consulta. [...] ajuda também como perguntar as dúvidas que temos no dia-a-dia!*
>
> ***T8:*** *Nossa! Ficou lindo! Um verdadeiro tesouro! E tem tudo que preciso*!
>
> ***T11:*** *Posso levar? Vou mostrar pra minha família!*

No diálogo, percebe-se o contentamento dos clientes com o produto obtido através do compartilhar de saberes, pois a abordagem surgiu a partir das dúvidas dos

participantes. A cartilha tornou-se um material de desejo e um recurso de esclarecimento posterior de dúvidas para a educação no cuidado de si.

8.3 AVALIAÇÃO DA ENFERMEIRA PESQUISADORA SOBRE A EXPERIÊNCIA DE EDUCAR-ASSISTIR PESQUISAR

No desenvolver da pesquisa foram vários os desafios de diferentes naturezas a mim impostos. Estes envolvem desde os aspectos afetivos aos aspectos do campo da pesquisa, à ideologia de formação acadêmica, por sua vez, de prática profissional, ao tipo do estudo e às minhas implicações a um só tempo com a assistência e com o processo da pesquisa.

Nesse contexto, o enfermeiro educador, possui duas responsabilidades significativas: primeiramente, aceitar a diversidade de estilos de modo a criar uma atmosfera para a aprendizagem que ofereça experiências encorajadoras para cada indivíduo alcançar seu potencial máximo; outra responsabilidade é combinar diferentes abordagens a partir de uma análise crítica de seus fundamentos, já que um currículo de enfermagem baseado em apenas uma abordagem pode restringir o desenvolvimento educacional dos estudantes (SALVADOR et al., 2015).

A princípio, no processo de aprofundamento com a base teórica e filosófica que se constituiu como o pilar da pesquisa, deparei-me com propostas e metodologias que, inicialmente, acreditei serem próprias para o estudo, como exemplo, o encontro em grupo entre enfermeira/ pesquisadora - cliente e equipe multiprofissional. Contudo essas propostas e metodologias foram de difícil aplicação, devido à situação administrativa da instituição que serviu de cenário para o estudo, devido às minhas atividades gerenciais e à necessidade quase que constante de atuar na resolução de problemas pontuais e devido à ausência de uma estrutura física que proporcionasse a abordagem ao cliente e a seu familiar.

Outro fator importante a ser declarado está relacionado à redução do número de transplantes realizados na instituição, que também restringiu o quantitativo de clientes a procurar pelo tratamento como proposta terapêutica.

Ainda assim, com o incentivo das orientadoras e colegas de trabalho, interessados na proposta recente do estudo, deu-se o início à coleta do material bruto extraído dos diálogos com os clientes e familiares. Foram dias de busca ativa da agenda de consultas ambulatoriais até a procura de uma sala que pudesse acolher pesquisador e

cliente e facilitar o diálogo, a exposição de propósitos e o entendimento de todos nesse processo.

Após essa fase, o material bruto foi analisado e contribuiu para a identificação dos temas (palavras e expressões) que indicavam uma ideia. Esses temas foram codificados e categorizados segundo a linha de pensamento que apresentavam e que também respondiam às questões de pesquisa. As categorias foram ganhando "corpo" e sendo incorporadas ao texto de forma gradativa de modo a corresponder à proposta base da pesquisa.

Dessa forma, compreendo que qualidade de vida e concepções do processo saúde e doença dependem da origem, da experiência vivenciada e da curiosidade de cada um. Acredito que, tanto a aplicação do método quanto a análise das falas, me proporcionaram amadurecimento científico enquanto trouxeram à tona a necessidade de refletir ainda mais sobre o aspecto ético do cuidar por meio do empoderamento do outro. Sendo assim, devemos interiorizar a educação com o indivíduo e não para ele, em uma relação dialógica. Segundo Freire (2015), somente um método ativo, dialogal, participante, gera mudança, pois só o diálogo comunica.

> [...] O diálogo é uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação (FREIRE, 2015, p. 115).

A vivência do processo de busca e de diálogo com clientes provocou enriquecimento profissional, educativo e humano. Pude identificar que os clientes possuíam pouco conhecimento, mas muita curiosidade em aprender. Possuíam também prioridades e preocupações diferentes das minhas preocupações, isto porque a vivência de cada um, a sabedoria derivada do senso comum e da busca de fontes externas, mostrou que o campo estético e social também faz parte do que o cliente considera como qualidade de vida.

CAPÍTULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a doença renal constitui um problema de saúde pública mundial, pois atinge milhares de pessoas no mundo. Trata-se de uma doença de evolução insidiosa, progressiva e irreversível, que leva o indivíduo a ser diagnosticado portador de uma doença crônica.

A doença e o diagnóstico de cronicidade causam um impacto na vida desse indivíduo, pois transforma todo um contexto. Muitas vezes causam uma desordem no seu cotidiano e no cotidiano de sua família, a qual frequentemente sofre com a situação a ser encarada como uma nova realidade ou condição. Originam-se então sentimentos como: surpresa, incredulidade, dúvidas, medo, negação, ansiedade, depressão, raiva, revolta e até mesmo comportamentos de agressividade, pois a pessoa sente-se estigmatizada pela sociedade que desconhece as formas de tratamento da patologia e, com a exclusão provocada pela necessidade de reavaliação e consultas regulares, o indivíduo pode ser afastado do trabalho, do convívio social e do convívio familiar.

Apesar de ocorrerem incentivos para a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção de complicações decorrentes da DRC, assim como aumento do planejamento orçamentário para financiamento pelo SUS das Terapias Renais Substitutivas como diálise, hemodiálise e transplante renal, ainda há um contingente insuficiente de profissionais envolvidos nesse processo. Essa insuficiência causa impacto no cuidado e na assistência por causa de lacunas que se percebem nos saberes e nas práticas dos indivíduos que necessitam do transplante.

A DRC trata-se de uma questão que envolve política de saúde e que leva a refletir sobre a ampla importância do profissional enfermeiro, não somente no ambiente hospitalar, mas no serviço de saúde pública, nos ambulatórios, nas clínicas entre outros. É preciso, através do contexto abordado, atender agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde no Brasil, contemplada também como problema Intersetorial, pois o cliente não é orientado e/ou acompanhado de acordo com as patologias que o levaram a essa doença, como: diabetes e hipertensão, que são as maiores causas de doença renal crônica; e interdisciplinar, visto que existe a necessidade de profissionais de outras disciplinas atuando em conjunto. Dessa forma, o ser será compreendido como um indivíduo em sua singularidade, centralizado no cuidado, na estratégia e na educação, para o cuidado de si.

A problemática versa sobre uma questão local, mas atinge uma questão global. A enfermagem valoriza o expressivo, quando discute o autoconhecimento, o pensar em si mesmo. É preciso ser científico, mas ao mesmo tempo transpor o científico, ou seja, transpor a visão recebida para a percebida, considerando verdadeiro o científico da visão percebida, na qual o cuidado de si não padroniza, não unifica. O cuidado tem a ver com a percepção do indivíduo, da pessoa e do que lhe faz bem.

A aproximação com a problemática do cliente portador de Insuficiência renal crônica, que almeja realizar o transplante renal através de um doador vivo ou falecido, teve como o objeto do estudo os saberes e as práticas dos clientes renais crônicos sobre o cuidado de si no pré e no pós-transplante, através do despertar da pesquisadora para questões norteadoras, como: Que saberes e práticas os clientes renais crônicos apresentam sobre o cuidado de si no pré e no pós-transplante? e Como articular os saberes e práticas das enfermeiras e dos clientes renais a uma estratégia educativa de preparo para o transplante renal? Esse estudo desdobrou-se nos seguintes objetivos: descrever os saberes e práticas do cliente renal crônico sobre o cuidado de si no pré e no pós-transplante; analisar estes saberes e práticas na ótica do cuidado de si; elaborar estratégia educativa a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional.

Uma das ações de cunho fundamental do profissional-enfermeiro é ser um educador. Um educador que considere a educação em saúde como estratégia de cuidado não verticalizada, mas horizontal, “a educação com e não para o indivíduo”, pois o indivíduo não deve ser considerado um receptáculo de informações. Os saberes devem ser construídos e reconstruídos à medida que os assuntos emergirem, e, dessa forma, o cliente deve poder resgatar a sua condição de participante ativo com vistas a seu bem-estar, consciente da sua condição de saúde-doença e das consequências de suas escolhas. Através do diálogo, por meio do qual se dá a voz ao sujeito que vive tal situação, gera-se sua autonomia no cuidado de si e torna-se o processo humanizado.

Com esse pensamento, iniciou-se o cuidado compartilhado através do método proposto pela presente pesquisa, que é a PCA (pesquisa convergente assistencial), e do referencial teórico de Paulo Freire, com a utilização dos princípios da pedagogia educativa. A intenção é a de primeiramente conhecer os saberes desses clientes e a de transformar saberes e práticas existentes, e não apenas informar ou prescrever ações para a saúde, como ocorre no autocuidado que é um cuidado prescritivo. Através do cuidado compartilhado, em que existe um compartilhar de saberes científicos e

populares, por meio da horizontalidade de saberes, o indivíduo se sente parte integrante do cuidado. O cuidar em enfermagem se origina através da educação para a saúde, da relação de diálogo, da reflexão e do aprofundar nesse processo habitual que é o cuidado de enfermagem na utilização da pesquisa convergente - assistencial para a prática da enfermagem fundamental.

O método de pesquisa convergente assistencial fez o pesquisador não apenas se inserir no ambiente da pesquisa, mas se tornar parte do cenário, para que pudesse perceber e compreender a realidade daqueles participantes da pesquisa, como indivíduos únicos, que trazem as suas verdades consigo, através de saberes populares (senso comum) ou científicos compartilhados com o profissional.

O diálogo com os participantes possibilitou a reflexão sobre a realidade no que se referiu à construção e à reconstrução de saberes e de práticas relacionadas ao transplante renal. A reflexão e a análise crítica entre a enfermeira-pesquisadora e o cliente ocorreram concomitantemente, ou seja, as duas partes refletiram juntas e analisaram criticamente a pertinência, ou não, de determinada prática e, quando consideradas inadequadas ao contexto do cliente, ambos se mobilizaram para a mudança.

A caracterização dos participantes foi uma das estratégias aplicadas. Esta, convergente com as ideias do teórico utilizado, teve o intuito de conhecer o perfil, a realidade socioeconômica e cultural dos participantes da pesquisa e permitir uma assistência individualizada, com respeito à realidade de cada um. Os participantes possuíam experiências diversificadas, desde a descoberta da DRC até o momento da escolha do transplante renal como terapia de substituição. Observa-se que alguns dos participantes não tiveram o poder de decisão quanto à terapia de substituição no momento da descoberta da doença: a maioria, no momento da descoberta, estava em franca insuficiência renal e necessitava de uma intervenção imediata. Nessas condições, o usuário não se favoreceu do direito de autonomia quanto à primeira opção de método substitutivo. Porém, aqueles que tiveram um acompanhamento prévio puderam realizar essa escolha, até mesmo pelo transplante renal preemptivo. Esta seria a escolha mais indicada pelas literaturas consultadas e utilizadas na pesquisa, uma vez que o transplante preemptivo não causa danos ou complicações advindas da escolha de outra terapia.

Ao se analisarem os resultados quanto aos saberes e práticas dos clientes renais crônicos em tratamento conservador ou em diálise, com vistas a realizar transplante

renal, emergiram três categorias: Saberes e práticas dos clientes portadores de insuficiência renal crônica a transplantar acerca do transplante; Fontes de informação e de aprendizagem de clientes com insuficiência renal crônica sobre os cuidados no pré e pós-transplante e Avaliação dos cuidados compartilhados pelos clientes com a enfermeira-pesquisadora e elaboração do material educativo.

No transcorrer da pesquisa, observou-se que alinhar outras tecnologias do cuidado ao método e ao referencial utilizado (como figuras, desenhos, dispositivos originais do tipo equipo, bomba infusora, agulha de biópsia, entre outros) foi essencial para a compreensão e para a conectividade entre a pesquisadora e os clientes. O conhecimento dessas tecnologias e estratégias é necessário para a tomada de decisões pertinentes a sua própria saúde e ao tratamento escolhido, pois o transplante é um procedimento cirúrgico de alta complexidade que traz ao indivíduo experiências únicas e marcantes, sob o ponto de vista positivo ou negativo.

Quando se proporciona ou se estabelece o diálogo durante a consulta de enfermagem, no processo de compartilhamento de saberes e práticas, constrói-se juntamente com o indivíduo, estimula-se o indivíduo a desenvolver uma consciência crítica quanto à escolha e ao método de terapia mais adequado a ele.

Desse modo, os resultados revelaram que há uma relação entre o desconhecimento da doença, dos sinais e dos sintomas e a perda da autonomia de alguns clientes na escolha da terapia de substituição, devido à demora na descoberta da patologia, que surge de forma silenciosa. Os resultados mostram, ainda, que os clientes possuem saberes e práticas do senso comum, pautados em experiências, vivências e crenças, os quais devem ser considerados e respeitados como importantes. Esses princípios norteiam o pensamento freiriano, sustentado na prática dialógica, em que se pensa no homem como protagonista do seu cuidado, na valorização das relações humanas e na compreensão de que o indivíduo é capaz de desenvolver o senso crítico e a reflexão sobre o cuidado de si através do compartilhar de saberes proporcionado pelo método utilizado na pesquisa PCA. Os saberes e práticas são construídos com o cliente e não para o cliente, sendo o sujeito participante autônomo na decisão e na escolha. A educação através de diálogo e de uma conduta ética em um processo gerador de reflexão e de mudanças transforma saberes ingênuos em consciência crítica, através da construção e da reconstrução de saberes e práticas para o cuidado de si no pré e no pós-transplante. Contribuiu para a elaboração conjunta da cartilha a articulação entre prática e saberes comuns e científicos de uma tecnologia educativa. Como uma estratégia

facilitadora, a educação em saúde permitirá ao cliente reflexões para torná-lo consciente e autônomo no cuidado de si.

Conclui-se que a doença renal e a escolha do método de terapia de substituição - nesta pesquisa o transplante - deve ser consciente e esclarecida, por se tratar de um procedimento que modificará e transformará não apenas a vida do cliente, mas de todo o seu convívio. Conclui-se também que a consulta de enfermagem se faz não só necessária, mas sim indispensável e deve ser conduzida por profissionais preparados para compartilhar saberes oriundos do processo transplantar, que tenham interiorizado a escuta sensível e individualizada a cada indivíduo, o cuidado compartilhado ao outro e a atitude ética dialogal. Dessa forma, proporciona-se ao sujeito tornar-se protagonista do seu cuidado, pelo despertar da consciência ingênua para a consciência crítica, com a transformação de saberes populares e ingênuos em saberes que permitam lidar melhor com as situações de tomada de decisão e cuidado de si. Assim se contribuirá significativamente para o sucesso do transplante.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de microbiologia clínica para controle de infecção em serviço de saúde**. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 15 jun. 2016.

ALMEIDA E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática de educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Rev. Saúde Debate**, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes**. 2015. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anualrbt.pdf>. Acesso em:05 jun. 2016.

_____. **Registro Brasileiro de Transplante**. Jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BASTOS, M. G.; KIRSSZTAJNL, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise**. J. Bras. Nefrol.**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BENEVIDES, J. L. et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 2, p. 306-312, 2016. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev. Enfem. UERJ**, v. 22, n. 5, p. 603-609, set./out. 2014.

BRASIL Decreto nº 2268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 01 jul. 1997. Seção 1, p. 13739.

_____. Lei nº 4.280, 06 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgãos ou tecidos de pessoas falecidas. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 11 nov. 1963. Seção 1, p. 9482.

_____. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 05 fev. 1997. Seção 1, p. 2191.

BRASIL. Ministério da Justiça e da Saúde. **Leis e legislação do transplante**. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação do Transplante no Brasil**: Critérios de alocação e distribuição de órgãos. Brasília, DF, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde do Homem**. 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26209-ministerio-da-saude-incentiva-homens-a-cuidar-da-saude>. acessado em: 05 fev. 2017

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**: evolução e desafios. Petrópolis: Vozes, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN – 159/1993**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 05 abr. 2017.

_____. **Resolução COFEN - 311/2007**. Código de Ética de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html>. Acesso em: 15 abr. 2016.

COUTINHO, M. L. R.; SCHERER, A D. A. Imagem corporal de pacientes renais crônicos transplantados. **Psicol. hosp.** (São Paulo), v. 13, n. 2, p.24-46, ago. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em: 05 abr. 2016.

CRUZ, M. R. F. et al. Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 36-43, jan./mar. 2016.

CRYSTAL CENTRE FOR URINAR INCONTINENCE & NEUROUROLOGY. **Kidney Transplantation**. Disponível em: <http://www.urinaryincontinence.in/kidney-transplant/>. Acesso em: 23 fev. 2017.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: entering the Field of Qualitative Research. In: _____. (Org.). **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks Califórnia: Sage, 1994. p. 43-90 apud PIRES, A. P. **A pesquisa qualitativa**: enfoque epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2012. parte I, p. 43.

FERNANDES, I. M. M.; FILHO, M. A. **Disfunção Crônica do enxerto renal**. Causas, evolução e prevenção. Módulo3 - Curso "Cuidado do paciente com transplante renal". Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_programa/>. Acesso em: 17 out. 2016.

FORTE, V. L. F. et al. O itinerário da doença renal crônica: do prenúncio à descoberta. **Rev. RENE**, v. 14, n. 3, p. 531-540, 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade** 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985 apud ROSO, C. C. et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Texto contexto enferm.**, v. 22, n. 3, p. 739-745, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2017.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade** [recurso eletrônico]1921-1997. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

_____. **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martins. 31. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 12. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

GAMA, G. O.; GAMA, C. O.; PINTO, L. C. Ética y cuidado de sí: una posibilidad de resistencia en Foucault. **Revista digital**, ano 14, n.139, dic. 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 03 jun. 2015.

GELAIN, I. **A ética, a bioética e os profissionais de enfermagem.** 4. ed. ampl. atual. livro Deontologia e Enfermagem. 4. ed. São Paulo: EPU, 2010.

GONZALEZ, C. M. **Compartilhando saberes e práticas dos clientes com insuficiência renal crônica no cuidado do cateter venoso para hemodiálise**. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

HALLER, M. et al. Cost-effectiveness analysis of renal replacement therapy in Austria. **Nephrol. Dial. Transplant**, v. 26, n. 9, p. 2988-2995, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq780>. Acesso em: 02 abr. 2016.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. **O Hospital**. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/producao>. Acesso em: 09 abr. 2016.

_____. **Ciência e vida**: a evolução dos transplantes no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. 2007. <http://www.olharvital.ufrj.br.edição071>. Acesso em: 09 jun. 2015.

KDIGO - KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Transplant Work Group. Clinical Practice Guideline for the care of Kidney transplant recepients. **Am. J. Transplant.**, v. 9, Suppl. 3, p. S1-155, 2009.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **J. Bras. Nefrol.**, v. 36, n. 1, p. 63-73, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2017.

LIRA, A. L. B.; LOPES, M. V. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem 2010. **Rev. Gaúcha Enferm**., v. 31, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2015.

LOPES, G. T. et al. Reflexões sobre a pesquisa qualitativa na enfermagem. **Cad. Enferm.**, n. 01, 1998.

LORRY, G. R. et al. IDSA Clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. **Clin. Infect. Dis. Adv.**, p. 1-57, Dec. 2013.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev. Gaúcha Enferm**., v. 29, n. 4, p. 647-653, 2008.

MANFRO, R. C. **Transplante renal com doador vivo**: como aumentar a frequência, contraindicações, evolução após a doação. O candidato ao transplante. "Cuidado do paciente com transplante renal" Modulo 4. 2016. Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_programa/>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MCDONALD, S. et al. Kidney transplant rejection in Australia and. New Zealand: Relationships between rejection and. graft outcome**. Am. J. Transplant.**, v. 7, p.1201-1208, 2007.

MENDES, K. D. S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto enferm.**, v. 21, n. 4, p. 945-953, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027>. Acesso em: 07 out. 2016.

MERINO, D. **Aderência ao tratamento em transplante renal**. Módulo 4 - Cuidado do paciente com transplante renal. Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_programa/>. Acesso em: 09 out. 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet**., v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário**. Ciênc. Saúde Colet**., v. 5, p. 7-8, 2000.

MORSE, J. La investición cualitativa: realidade o fantasia? In: MORSE J. **Asuntos críticos em los métodos de investigación cualitativa**. Alicante: Universidad de Alicante, 2005. p. 119-127 apud TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial- PCA**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

NYGARDH, A. et al. Empowerment intervention in outpatient care of persons with chronic kidney disease pre-dialysis. **Nephrol. Nurs. J.,** v. 4, n. 39, 285-293, 2012.

OPPENHEIMER, F. **Candidato a transplante renal**. Receptor: benefício e riscos do transplante em subgrupos: idoso, criança, contraindicações. Modulo 5. Cuidado do paciente com transplante renal. 2016. Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_programa/>. Acesso em: 17 out. 2016.

OTONI, L. S. **Saiba como se proteger das doenças transmitidas pela água**. 2015. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br>. Acesso em: 19 fev. 2017.

PÉREZ, C. E. **Infecção em comunidade**. Vacinação em paciente transplantado. Módulo 7 “Cuidado do paciente com transplante renal”. 2016. Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_programa/>. Acesso em: 25 fev. 2017.

PINHEIRO, S. J. et al. Concepções das práticas de educação em saúde no contexto da formação em enfermagem. **Rev. RENE**, v. 17, n. 4, p. 545-552, jul./ago. 2016.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Benefício por invalidez**. 2016. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/aposentadoria-por-invalidez/>. Acesso em: 10 fev. 2017.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto contexto enferm.**, v. 17, n. 1, p. 55-63, jan. /mar. 2008.

RADISIC, M. Infecção em comunidade. **O paciente transplantado com febre**. Modulo 7. Cuidado do paciente com transplante renal. 2016. Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_programa/>. Acesso em: 21 out. 2016.

RAMOS, E.; KLEIN, C. L. **Evaluation of the potential renal transplant recipient**: UpTo Date. 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-potential-renal-transplant-recipient>. Acesso em: 26 maio 2014.

REIS, A. G.; SAUTHIER, M.; SOARES, A. M. M. O. Cuidado de enfermagem como ampliação das relações de reconhecimento. In: SOARES, A. M. M. O. **Outros ângulos**: reflexões acerca do humano. Rio de Janeiro: Publit, 2015. p. 93-103.

RUSA, S. G. et al. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 911-917, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600911&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2016.

SALOMÃO, A. **A imunossupressão em transplante renal de adultos**: conceitos básicos e aplicação clínica. Belo Horizonte: Prática Hospitalar, 2007.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Uso e desenvolvimento de tecnologias para o ensino apresentados em pesquisas de enfermagem. **Rev. RENE**, v. 16, n. 3, p. 442-450, maio/jun. 2015.

SARAN, R. et al. Relatório de Dados Anuais do Sistema Renal Dados 2015 dos EUA: epidemiologia da doença renal nos Estados Unidos. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 67, n. 3, supl. 1, p. S1-S434, 2016.

SARTORI, G. P. **Infecção em comunidade**. Vacinação dos candidatos e receptores de transplante de órgãos sólidos e do seu entorno. Módulo 7 "Cuidado do paciente com transplante renal". 2016. Disponível em: <http://cursos.evimed.net/pt-br/trasplante_ programa/>. Acesso em: 17 out. 2016.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Colet**., v. 17, n. 10, p. 2581-2583, out. 2012.

SCUCATO, R. **As significações sobre autonomia e cuidado de si vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano de ações e interações**. 2004. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300028>. Acesso em: 10 maio 2015.

SOCIEDADE AMERICANA DE TRANSPLANTE. **recomendações pós-transplante** - cuidados com animais. 2008. Disponível em: <http://blogcriancaerim.blogspot.com.br/2008/01/recomendaes-ps-transplante-da-sociedade.html->. Acesso em: 15 set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2013**. São Paulo, 2013.

_____. **Censo 2015**. São Paulo, 2015.

_____. **Censo 2016**. São Paulo, 2016.

SOUZA, K. R. et al. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 495-504, mar. /abr. 2003.

SOUZA JUNIOR, E. A. et al. Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. **Rev. Bioét.**, v. 23, n. 3, p. 615-622, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2016.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Tecnologia educacionais em foco**. São Paulo: Difusão, 2011.

TEIXEIRA, M. L. O. **Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso**: contribuições à clínica do cuidado de enfermagem**.** 2008. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso**: contribuições à clínica do cuidado de enfermagem. 2008. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008 apud GONZALEZ, C. M. **Compartilhando saberes e práticas dos clientes com insuficiência renal crônica no cuidado do cateter venoso para hemodiálise**. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

TEIXEIRA, R. S. et al. Family participation in the treatment of chronic the renal patient. **Revista Pró- UniverSUS**, v. 4, n.1, p. 21-24, jan./jun. 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial-PCA**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. A evolução do transplante no Hospital Universitário. **Revista on line - Olhar Virtual**, ed. 71, 08 mar. 2007. Disponível em: <http://www.olharvirtual.ufrj.br>. Acesso em: 03 jan. 2016.

VASQUEZ, A. S. **Ética**. 36.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

VAUGHN, L.; MACDONALD, C. **The power of critical thinking**: second Canadian. Edition paperback. Jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft guiding principles on human organ transplantation**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/ethics/topics/transplantation guiding principles/en/print.html>. Acesso em: 23 jul. 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Saberes e práticas compartilhados com clientes renais a transplantar: Educação em saúde para o cuidado de si

Prezado cliente**, v**ocê foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa que se trata de uma Dissertação de Mestrado que está sendo desenvolvida pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). E possui como objetivos: Descrever os saberes e práticas do cliente renal crônico sobre o cuidado de si no pré e pós-transplante; analisar estes saberes e práticas na ótica do cuidado de si e elaborar estratégia educativa a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional.

Acredito que o compartilhar de saberes contribuirá para uma assistência diferenciada. Caso concorde em participar, realizarei uma entrevista gravada. É garantida a liberdade de não querer participar deste trabalho ou retirar o consentimento a qualquer momento. Ainda é garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta que ocasione constrangimentos de qualquer natureza.

As entrevistas serão registradas com gravador de voz, com programa de MP4 e os entrevistados terão direito ao anonimato, ou seja, não serão identificadas e transcritas na íntegra. Suas respostas serão tratadas de forma sigilosa e seu nome não será divulgado em nenhuma fase do estudo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras, obtidas com outros clientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente; e serão utilizadas somente para esta pesquisa, ficando guardadas e sob inteira responsabilidade do pesquisador.

Não será usado prontuário ou qualquer outro documento seu. Não utilizaremos imagens de pessoas. Você terá direito a conhecer e acompanhar o andamento da pesquisa. Não haverá Despesas pessoais para quem desejar participar, nem Compensação financeira relacionada à pesquisa.

Toda pesquisa possui riscos potenciais. Maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. A presente pesquisa não trará riscos adicionais. Caso ocorra risco de dano emocional e/ ou circunstancial, apresentado pelos participantes, ao longo da entrevista, o pesquisador se responsabiliza pela oferta/ encaminhamento de apoio psicológico (o qual o serviço da instituição, que servirá como cenário para pesquisa dispõe de psicólogo e assistente social, que atuam efetivamente) e caso seja necessário, retirada do grupo de participantes.

Rubrica pesquisadora Rubrica do participante da pesquisa

As perguntas que farei são:
Quando/como você descobriu ser portador de doença renal?
Quais os cuidados que você passou a ter com você depois que descobriu ser portador de doença renal?
Como se deu a decisão pelo transplante?
Como você está se preparando para o transplante?
Que cuidados você deverá ter após o transplante?
Você recebeu orientação quanto a estes cuidados?
De quem?
Como você pensa que será a sua vida, saúde (física e mental) após o transplante?

O estudo prevê discussão durante as consultas, em um consultório no ambulatório, no 2º andar; e /ou, em uma sala de espera, com a duração de 1 a 2 horas por consulta, em 2 a 3 encontros com intervalos de 1 a 3 meses e marcados de acordo com a agenda de seu retorno ao Ambulatório de nefrologia, para pacientes doentes renais crônicos em tratamento conservador com vistas ao Transplante renal. Terão acesso aos resultados os participantes do estudo, a pesquisadora envolvida no projeto e os profissionais que possam vir a ter relacionamento de atendimento e/ou de cuidados com o paciente, não será permitido acesso a terceiros (seguidores, empregadores, superiores hierárquicos), garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ou estigma. Será respeitado seu direito de privacidade durante todo o processo de pesquisa. A sua participação não é obrigatória, ou seja, você só participará desta pesquisa se quiser. Se você aceitar, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com o hospital. A sua participação é muito importante e trará benefícios para a formação dos profissionais e para a assistência de Enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora para tirar suas dúvidas a qualquer momento que desejar sobre o projeto e sua participação na pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis poderão ser encontrados nos seguintes endereços em qualquer etapa do estudo: Enfermeira Simone Ferreira: Tel.:(21)988371630, (21)39382593; (21) 39382591 Supervisão de enfermagem HUCFF/UFRJ ou pelo e-mail: Simone.m.ferreira@gmail.com; Contato com a ORIENTADORA DO ESTUDO: Prof. Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira, e-mail: mlot@uol.com.br Contato: 2293-0528 (EEAN/UFRJ); se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os comitês de Ética em Pesquisa (CEP), das seguintes instituições:

Comitê de ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ- Tel.: (21) 22938148- Ramal: 228. E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ- Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/ Ilha do Fundão- sala 01D-46 - 1º andar, telefone: 3938-2480, de segunda-feira a sexta-feira, das 08 às 15 horas, ou através do e-mail: ceep@hucff.ufrj.br. Muito obrigada.
Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira

Rubrica pesquisadora Rubrica do participante da pesquisa

Consentimento:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou foram lidas para mim.

Eu discuti com a enfermeira Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira, sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também de que maneira participarei, que meu o nome não aparecerá, que a qualquer momento posso tirar dúvidas e que não terei despesas e nem receberei benefícios pessoais com a minha participação. Concordo voluntariamente (de livre e espontânea vontade) em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos ou penalidades e sem perda de atendimento nesta instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, durante minha permanência na Instituição (HUCFF). Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com a pesquisadora responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que elou meu representante legal e a pesquisadora responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

_____ Data ___ / ___ / ____
Nome do Participante da Pesquisa

_____ Data ___ / ___ / ____
Assinatura do Participante da Pesquisa

_____Data _____/ _____/_____
Nome do Pesquisador Responsável

_____Data ____/____/_____
Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubrica pesquisadora Rubrica do participante da pesquisa

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA CONDUZIR O DIÁLOGO / REFLEXÃO

Dados de Identificação
Data: _____/_____/_____ Horário: Início: _____ Término: _____
Perguntas chaves: 1. Quando/como você descobriu ser portador de doença renal? 2. Quais os cuidados que você passou a ter após a descoberta da doença renal? 3. Como se deu a decisão pelo transplante? 4. Como você está se preparando para o transplante? 5. Que cuidados você acha, ou imagina que deverá ter após o transplante? 6.Você recebeu orientação quanto a estes cuidados? 7. De quem? 8.Como você imagina, pensa que será a sua vida após o transplante (saúde física e mental, trabalho, vida sexual)?
Observações do Pesquisador:

Fonte: Gonzalez, 2014 (Adaptada pela autora)

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE INDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIOCULTURAL DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRONICA

Data da entrevista: ___/___/_____						
1. Dados de Identificação:						
Nome:						
Sexo:		Feminino		Masculino	Idade:	Cor:
Bairro em que reside:						Município:
Naturalidade:						Nacionalidade:
2. Dados socioeconômicos:						
2.1-Situação conjugal:					Casado (a) ou vive maritalmente	
					Solteiro (a)	
					Separado (a)	
					Viúvo (a)	
					Antigo ensino fundamental completo	
					Antigo ensino fundamental incompleto	
					Antigo ensino médio completo	
					Antigo ensino médio incompleto	
					Ensino superior completo	
					Ensino superior incompleto	
					Outro. Qual?	
2.3- Profissão:					Ocupação atual:	

2.4- Situação ocupacional:		Empregado
		Desempregado
		Aposentado
		Nunca trabalhou
		Autônomo
		Estudante
2.5- Número de filhos e idade:		Nenhum
		1 filho Idade:
		2 filhos Idade:
		3 filhos Idade:
		4 filhos ou mais Idade:
2.6- Recebe algum tipo de benefício governamental?	( ) Sim ( ) Não	
Em caso positivo, qual?		Bolsa família
		Aposentadoria
		Bolsa escola

2.7- Quantas pessoas contribuem com a renda familiar total?		1		2		3	4 ou +				
2.8- Renda familiar total:		Apenas auxílio		< 1 salário mínimo		1 salário mínimo					
		De 1 a 3 salários		De 3 a seis salários		De 6 a nove salários					
		Mais que nove salários		Variável							
2.9- Habitação:		Própria		Alugada		Favor		Posse		Outra	
2.10- Tipo de construção:		Alvenaria		Outro:		Nº de cômodos:					
2.11- Pessoas residentes no domicílio:		1 a 3		4 a 6		7 a 9					
		10 a 12		> 12							
2.12- Luz elétrica:		SIM		NÃO							
2.13- Procedência da água de consumo na moradia:		Rede pública									
		Poço a céu aberto									
		Poço tubular/artesiano									
		Não possui atendimento de água interno									
2.14- Destino dos dejetos:		Rede pública									
		Fossa séptica									
		Céu aberto									
		Rios									
		Outro. Qual?									

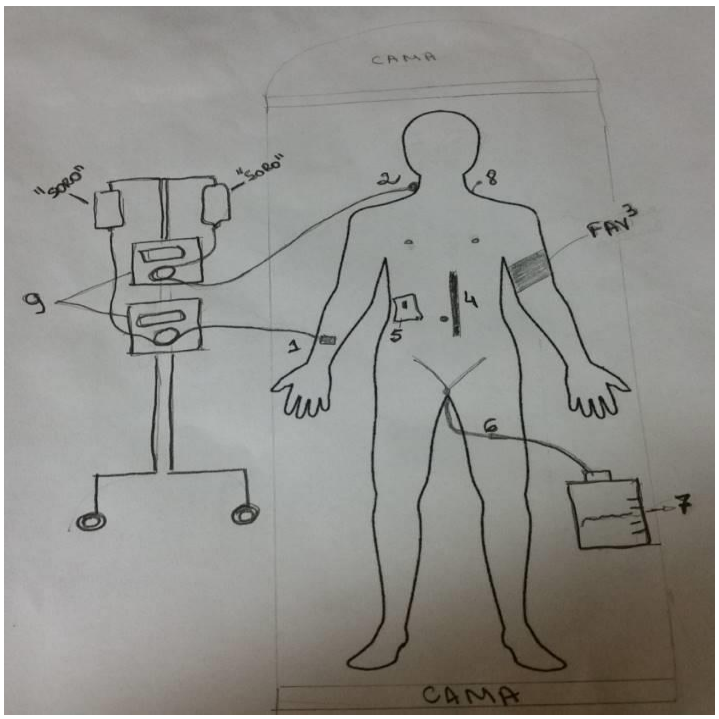
2.15- Possui coleta de lixo?		SIM		NÃO						
2.16- Possui animais em casa?		SIM						NÃO		
2.17- Quais animais?										
2.18- Religião:		Católica		Evangélica		Espírita		Outras		Não possui
3.0- Condições clínicas:										
3.1. Diagnóstico principal: ( ) HAS ( ) DM ( ) LES ( ) Glomerulopatias ( )Rim policístico										
3.2. Histórico pregresso e fatores de risco:										
HAS ( ) sim ( ) não Anos										
DM ( ) sim ( ) não Anos										
Tabagismo( ) sim ( ) não		Maços/dia				Etilismo( ) sim ( ) não				
Distúrbio de coagulação ( ) sim ( ) não Anos:										
Anemia: ( ) sim ( ) não Tipo:										
Tratamento anticoagulante: ( ) sim ( ) não Anos										
Dislipidemia: ( ) sim ( ) não										
AVE prévio: ( ) sim ( ) não Anos										
Doenças dermatológicas: ( ) sim ( ) não										
Doenças autoimunes: ( ) sim ( ) não Qual: Anos:										
3.3. Medicamentos em uso:										
3.4. Cirurgias Prévias:										
3.5. Tipo Sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O										
3.6. Fator RH: ( ) positivo ( ) negativo										
3.7. Alergias:										
3.8. Última internação: Motivo:										
3.9. Vacinação: ( ) Sim ( ) Não										

Fonte: Gonzalez, 2014 (Adaptada pela autora)

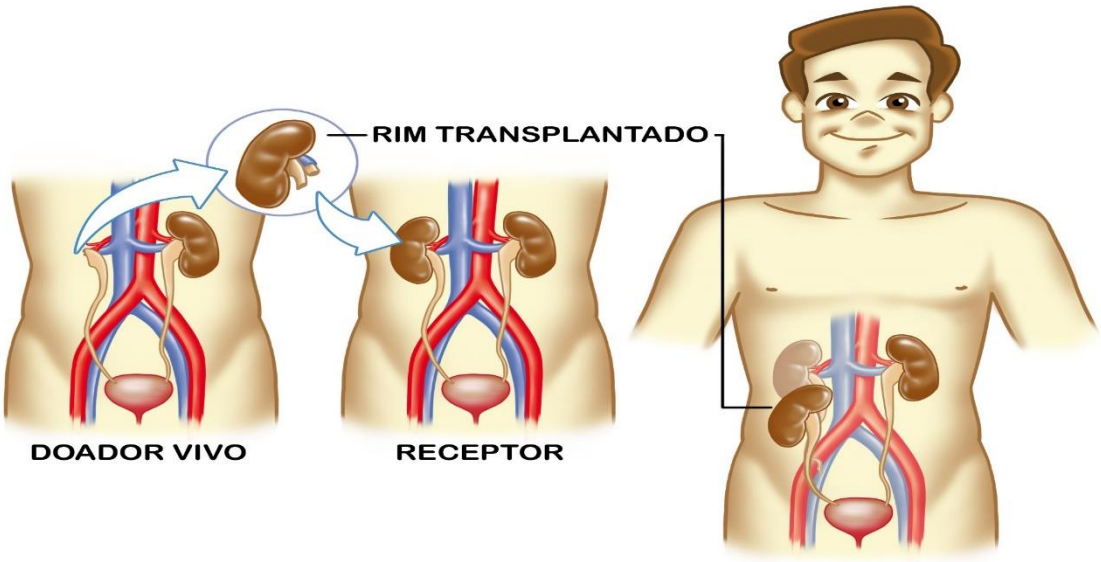
APÊNDICE D – DESENHO DO RETORNO DO CLIENTE APÓS O TRANSPLANTE

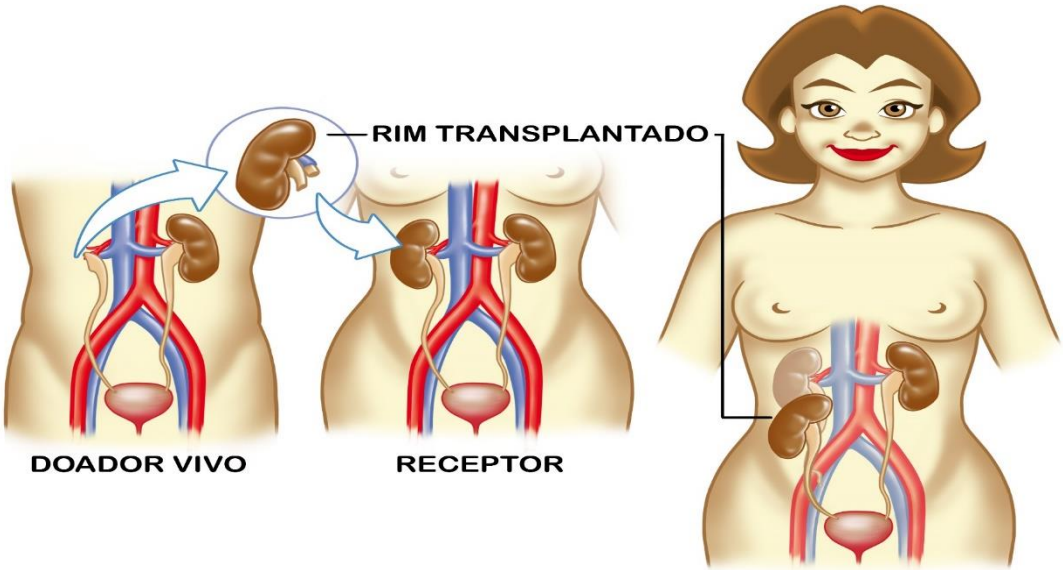
(Desenho original da autora)

1. Punção periférica, no braço aonde não há fístula. Para infundir (soro) solução fisiológica, solução glicosada, para estimular o novo rim a “trabalhar”;
2. Punção profunda, para infundir (soro) solução fisiológica e glicosada; e medicações prescritas (analgésicos e outras)
3. Em caso de fístula, o braço da fístula (FAV) vem aquecido com algodão e atadura, para manter o frêmito (barulho de cachoeira);
4. Incisão para mediana (incisão no abdome)
5. Dreno tubular (para saída de líquidos acumulados);
6. Sonda vesical (para controlar a saída de diurese);
7. Coletor de urina
8. Cateter peridural (para analgesia, usado pelo anestesista para o controle da dor);
9. Bomba infusora de medicação e “soro”.



APÊNDICE E - DESENHOS ESQUEMÁTICOS DE COMO FICA ANATOMICAMENTE A ACOMODAÇÃO DO ÓRGÃO ENXERTADO





Fonte: Autora - Cartilha de Orientação para o transplantado pré e pós.

ANEXO A - FORMÚLAS PARA O CÁLCULO DA TFG – TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR

MDRD

Taxa de Filtração Glomerular= $175 \times (\text{Creatinina}^{-1,154}) \times (\text{Idade}^{-0,203}) \times A \times B$

Onde:

Valor de A → Negro=1,21, Não Negro=1,0

Valor de B → Mulher=0,742, Homem=1,0

CKD - Epi

Taxa de Filtração Glomerular = $A \times (\text{Creatinina}/B)^{C} \times \text{Idade}^{0,993}$

Onde:

Valor de A → Negros: Mulher = 166, Homem = 163
Não Negros: Mulher=144, Homem=141

Valor de B → Mulher=0,7, Homem=0,9

Valor de C → Creatinina > 0,7 = -1,209
Creatinina ≤ 0,7, Mulher=-0,329, Homem=-0,411

Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO B - CLASSIFICAÇÃO DA DRC

ESTÁGIO	TFG (ml/min/1,73m²)
1	> ou = 90
2	60 - 89
3ª	45 - 59
3b	30 - 44
4	15 - 29
5	< 15

Fonte: BRASIL, 2014b.

MARCADORES DE DANO RENAL:

Incremento de albuminúria • Alterações em: • Sedimento urinário • Eletrólitos ou outras anormalidades devido a transtornos do túbulo renal • Anormalidades: • Histológicas • Estruturais do rim detectadas por imagem • História de transplante renal

K/DOQI, 2002. Am J Kidney Dis 2002; 39 (Suppl 1); S1-S266 KDIGO 2012. Kidney Inter 2013; Suppl 3: 1-150

Fórmulas para estimar a TFG

• Fórmula CKD-EPI para estimar TFG1 TFG = 141 × min (CrS/κ*,1) α × máx. (CrS/κ,1)-1,209 × 0,0993 edad [× 1,018 se for mulher] [× 1,159 (se for afroamericano)]

Fórmula MDRD para estimar TFG2 TFG (ml/min/1.73m2) = 186 (CrS) -1.154 x (edad) -0.203 x (0.742 se for mulher), x (1.2120 se for afroamericano)

• Fórmula de Cockcroft-Gault para estimar DCr3 DCr (ml/min) = (140-edad) x peso x 0.85 se for mulher 72 (CrS)

• k=0.7 para mulheres e 0-9 para homens, α=-0.329 para mulheres e -0.411 para homens

ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO HUCFF/UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

UFRJ

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhor Diretor do Hospital Clementino Fraga Filho /HUCFF/UFRJ

Venho por meio desta, solicitar autorização para desenvolver no ambulatório de nefrologia, situado no 2ºandar, deste hospital, o projeto de pesquisa ***"Saberes e práticas compartilhados com clientes renais aTransplantar: educação em saúde para o cuidado de si",*** que dará origem a uma dissertação de mestrado que está vinculado ao programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da Prof.ª Drª Maria Luiza de Oliveira Teixeira.

Este projeto tem como objetivos: Descrever os saberes e práticas do cliente renal crônicosobre o cuidado de si no pré e pós transplante;analisar estes saberes e práticas na ótica do cuidado de si e elaborar estratégia educativa a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional.

A pesquisa terá como participantes os Clientes renais crônicos em estágio 4 e 5, em tratamento conservador que optaram pelo transplante renal como terapia substitutiva e as informações serão coletadas através de entrevista semiestrutura individual e dinâmica individual.

Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através do Termo de consentimento livre e esclarecido, conforme previsto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Destaco que essa pesquisa não possui caráter de denúncia, cabendo ressaltar que os dados coletados serão utilizados para fins científico e que será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF/UFRJ e CEP/EEAN/HESFA/UFRJ.

Certa de contar com o apoio, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Simone Aparecida Machado do N. Ferreira — Maria Luiza de Oliveira Teixeira

Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira
Mestranda do Curso de Pós-graduação da EEAN/UFRJ

Prof.ª Drª Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Orientadora

Autorizo desenvolvimento da pesquisa conforme acima

Dra. Mirian Vieira Maia
Diretora Geral Substituta
HUCFF/UFRJ
CRM: 5243665-5
19/10/15

Rio de Janeiro, 19 de outubro de 2015.

ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM (DEN) DO HUCFF/UFRJ

UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhora Diretora da Divisão de Enfermagem DEN/HUCFF/UFRJ

Venho por meio desta, solicitar autorização para desenvolver no ambulatório de nefrologia, situado no 2ºandar, deste hospital, o projeto de pesquisa *"Saberes e práticas compartilhados com clientes renais a transplantar: Educação em Saúde para o cuidado de si"*, que dará origem a uma dissertação de mestrado que está vinculado ao programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da Prof.ª Drª Maria Luiza de Oliveira.

Este projeto tem como objetivos: Descrever os saberes do Cliente Renal Crônico, sobre o cuidado de si, no pré e pós transplante; Elaborar estratégias educativas a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional.

A pesquisa terá como sujeitos os Clientes renais crônicos em estágio 4 e 5, em tratamento conservador que optaram pelo transplante renal como terapia substitutiva e as informações serão coletadas através de entrevista semiestrutura individual e dinâmica individual. Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através do Termo de consentimento livre e esclarecido, conforme previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Esclareço que essa pesquisa não possui caráter de denúncia, cabendo ressaltar que os dados coletados serão utilizados para fins científicos e que será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF/UFRJ.

Certa de contar com o apoio, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira
Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira
Mestranda do Curso de Pós-graduação da EEAN/UFRJ

Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Prof.ª Drª Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Orientadora

De acordo

Maria Cecilia P. Bosa
Diretora da DEN
COREN-RJ 31967
SIAPE: 00877513
09/10/15

Rio de Janeiro, 08 de outubro de 2015.

ANEXO E - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HUCFF/UFRJ

UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhor Chefe do Serviço de Nefrologia do HUCFF/UFRJ

Venho por meio desta, solicitar autorização para desenvolver no ambulatório de nefrologia, situado no 2ºandar, deste hospital, o projeto de pesquisa *"Saberes e práticas compartilhados com clientes renais a transplantar: Educação em Saúde para o cuidado de si"*, que dará origem a uma dissertação de mestrado que está vinculado ao programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da Prof.ª Drª Maria Luiza de Oliveira.

Este projeto tem como objetivos: Descrever os saberes do Cliente Renal Crônico, sobre o cuidado de si, no pré e pós transplante; Elaborar estratégias educativas a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional.

A pesquisa terá como sujeitos os Clientes renais crônicos em estágio 4 e 5, em tratamento conservador que optaram pelo transplante renal como terapia substitutiva e as informações serão coletadas através de entrevista semiestrutura individual e dinâmica individual. Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através do Termo de consentimento livre e esclarecido, conforme previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Esclareço que essa pesquisa não possui caráter de denúncia, cabendo ressaltar que os dados coletados serão utilizados para fins científicos e que será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF/UFRJ.

Certa de contar com o apoio, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira
Mestranda do Curso de Pós-graduação da EEAN/UFRJ

Prof.ª Drª Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Orientadora

Ciente,
Dr. Maurilo Leite Jr.
Professor Adjunto
Chefe do Serviço de Nefrologia
CRM 52 39[illegible]
19/10/20[illegible]

Rio de Janeiro, 08 de outubro de 2015.

ANEXO F - PARECERES CONSUBSTANCIADO DOS CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS COMPARTILHADOS COM CLIENTES RENAIS A TRANSPLANTAR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DE SI

Pesquisador: Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50272615.4.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.329.470

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, cujo objeto são os saberes e práticas dos clientes renais crônicos sobre o cuidado de si no pré e pós transplante renal. A abordagem escolhida será a qualitativa na modalidade da pesquisa de campo denominada convergente assistencial (PCA). O cenário é um ambulatório de nefrologia de um hospital universitário público federal, terciário, destinado a ensino, pesquisa e assistência, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes serão clientes renais no estágio 4 e 5, em tratamento conservador que optaram pelo transplante renal como terapia substitutiva de ambos os sexos, maiores de 18 anos, entrevista individual semiestruturada e aberta.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os saberes e práticas do cliente renal crônico sobre o cuidado de si no pré e pós transplante. Analisar estes saberes e práticas na ótica do cuidado de si; Elaborar estratégia educativa a partir do compartilhamento de saberes e práticas do cliente e do profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos potenciais da pesquisa (mínimos), estratégias para a minimização dos mesmos sem sobrecarregar o serviço. Os benefícios são maiores do que os potenciais riscos.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2293-8148 **E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância para a Enfermagem. O desenho da pesquisa atende as etapas de um projeto de mestrado. Não consta no Projeto de Pesquisa os aspectos éticos da mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
2) Projeto de Pesquisa: inadequado
3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: inadequado
5) Cronograma: adequado
6) Anuência da Instituição cenário: adequado
7) Instrumentos de coleta de dados: adequado

Recomendações:

1) Inserir logo da instituição proponente e coparticipante no TCLE;

2) No Projeto - rever a redação direcionada ao participante da pesquisa na página 50:
"(...)Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

3) Encerrar projeto na Plataforma Brasil após sua conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 03 de novembro de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_607897.pdf	12/11/2015 21:37:22		Aceito
Outros	Encaminhamento_de_pendencias.jpg	12/11/2015 21:36:23	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_12_11.pdf	12/11/2015 21:23:52	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_12_11.pdf	12/11/2015 21:22:11	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Outros	curriculolattessimone.pdf	19/10/2015 22:07:47	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Outros	curriculoluiza.pdf	19/10/2015 22:05:13	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Chefenefrologia.jpg	19/10/2015 22:03:56	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	diretormedico.jpg	19/10/2015 22:02:34	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadadiretoradaDEN.jpg	19/10/2015 22:01:06	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coordenacaohucff.jpg	19/10/2015 21:57:45	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartacoordenacaodaEEAN.jpg	19/10/2015 21:55:08	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	19/10/2015 01:11:04	Simone Aparecida Machado do	Aceito

Orçamento	orcamento.pdf	19/10/2015 01:11:04	Nascimento Ferreira	Aceito
Outros	roteiro.pdf	18/10/2015 23:21:42	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	APENDICEC_instrumento.pdf	18/10/2015 23:18:45	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/10/2015 23:15:07	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	CEP_Simone.pdf	15/10/2015 15:39:01	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Novembro de 2015

Assinado por:
Maria Angélica de Almeida Peres
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2293-8148 **E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO HUCFF/ UFRJ

Elaborado pela Instituição Coparticipante

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS COMPARTILHADOS COM CLIENTES RENAIS A TRANSPLANTAR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DE SI

Pesquisador: Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 50272615.4.3001.5257

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER: número do Parecer: 1.375.916

Apresentação do Projeto:

Protocolo 315-15, do grupo III, recebido em 19.11.2015.

Objetivo da Pesquisa:

Ver Parecer Consubstanciado 1.329.470, emitido em 19.11.2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver Parecer Consubstanciado 1.329.470, emitido em 19.11.2015.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver Parecer Consubstanciado 1.329.470, emitido em 19.11.2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. A carta de apresentação está assinada pelo pesquisador responsável e pelos demais pesquisadores, onde confirmam o conhecimento do conteúdo do protocolo de pesquisa. Nessa carta também consta a finalidade do estudo - dissertação de mestrado.
2. A Folha de rosto está adequadamente preenchida.
3. Currículo (s) do(s) pesquisador (es) da Instituição Coparticipante.
4. O TCLE está adequado à Instituição Coparticipante

Recomendações: Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais que permitam ao Cep acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter informações detalhadas nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011:
<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/conep/relatorio_final_encerramento.pdf>

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP, deforma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.
3.
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_607897.pdf	12/11/2015 21:37:22		Aceito
Outros	Encaminhamento_de_pendencias.jpg	12/11/2015 21:36:23	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_12_11.pdf	12/11/2015 21:23:52	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_12_11.pdf	12/11/2015 21:22:11	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_607897.pdf	19/10/2015 22:09:02		Aceito
Outros	curriculolattessimone.pdf	19/10/2015 22:07:47	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Outros	curriculoluiza.pdf	19/10/2015 22:05:13	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Chefenefrologia.jpg	19/10/2015 22:03:56	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	diretormedico.jpg	19/10/2015 22:02:34	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadadiretoradaDEN.jpg	19/10/2015 22:01:06	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coordenacaohucff.jpg	19/10/2015 21:57:45	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito

Declaração de Pesquisadores	cartacoordenacaodaEEAN.jpg	19/10/2015 21:55:08	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	19/10/2015 01:11:04	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto19_10.pdf	18/10/2015 23:24:08	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Outros	roteiro.pdf	18/10/2015 23:21:42	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	APENDICEC_instrumento.pdf	18/10/2015 23:18:45	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/10/2015 23:17:15	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/10/2015 23:15:07	Simone Aparecida Machado do Nascimento	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_607897.pdf	15/10/2015 16:12:52		Aceito
Folha de Rosto	CEP_Simone.pdf	15/10/2015 15:39:01	Simone Aparecida Machado do Nascimento Ferreira	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP: Não

RIO DE JANEIRO, 18 de dezembro de 2015

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães (Coordenador)