

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR

**Características da qualidade de
vida do paciente no pós
transplante tardio de rim**

MAURO GOMES JÚNIOR

Belo Horizonte – Minas gerais

2012

Mauro Gomes Júnior

**CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE NO PÓS
TRANSPLANTE TARDIO DE RIM**

Monografia apresentada a Escola De
Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como parte das exigências
do Curso de Pós-Graduação em
Especialização em Enfermagem
Hospitalar em Transplante, para obtenção
do título de Especialista em Transplantes.
Orientadora: Professora Doutora - Selme
Silqueira de Matos

Belo Horizonte - Minas Gerais

2012

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Selme Silqueira de Matos
(Orientador)

Dr^a. Aidê Ferreira Ferraz

Dr^a. Salete Maria de Fátima Silqueira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
1.1 OBJETIVO.....	07
2 REFERENCIAL DA LITERATURA.....	07
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	11
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	11
3.2 ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	12
3.2.1 Seleção da questão de pesquisa.....	13
3.2.2 Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão.....	13
3.2.2.1 <i>Critérios de inclusão</i>	13
3.2.2.2 <i>Critérios de exclusão</i>	14
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	15
3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	16
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	16
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	16
3.7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	17
3.8 SÍNTESE DA REVISÃO.....	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAS.....	25
5 REFERÊNCIAS.....	26
6 APENDICE.....	29

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é a perda gradual e irreversível da função renal; e, na fase terminal, a terapia renal substitutiva ou o transplante renal tornam-se necessários (LUVISOTTO et al, 2007). A IRC é o resultado da incapacidade renal de manter o equilíbrio interno do organismo e, uma vez instalada, torna-se necessário um tratamento contínuo para substituir a função renal (ALBUQUERQUE et al 2010).

Na prática assistencial pode ser observado que o transplante renal tem sido um dos mais realizados no atual momento. No ano de 2007 as estatísticas mostraram que foram realizados no Brasil, cerca de 18.309 transplantes, sendo que destes, 3.397 foram transplantes de rim (ALBUQUERQUE et al 2010). Consideremos que por ser um órgão duplo, tem-se maior oferta para transplante dentre os demais. Além disso, a complexidade cirúrgica é significativamente menor, em comparação aos transplantes (TX) cardíaco, hepático e pulmonar. Havendo histocompatibilidade, esses fatores contribuem para maior viabilidade dos transplantes alogênicos.

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2012), considera o transplante como um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida.

Para a realização do transplante renal é necessário que haja um doador, temos dois tipos de doadores: vivo e falecido. Para a viabilidade da doação de órgãos em doador falecido é obrigatório a constatação da morte encefálica (ME). Para Morato (2009) a ME é definida pela completa e irreversível perda das funções do cérebro e do tronco encefálico, caracterizando condição clínica em que devem estar presentes, obrigatória e concomitantemente, o coma não-responsivo, a ausência de reflexos do tronco cerebral e a apneia.

O enfermeiro especialista em transplantes, alocado na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), tem uma função vital no processo de captação de órgãos. Nesse contexto, Morato (2009) relata que ao ser estabelecido o diagnóstico de ME, tem início, imediatamente, o

esclarecimento aos familiares sobre o que ela significa e a perspectiva de que é possível a doação humanitária de órgãos e tecidos. Refere ainda que a notificação do diagnóstico à central de transplante é obrigatória por lei e nesse momento os exames de classificação do potencial doador são iniciados.

O primeiro transplante renal no homem foi realizado, em 1933, na Ucrânia, porém o enxerto não funcionou. No início da década de 1950, vários transplantes renais foram realizados em Paris e Boston, mas nenhum fármaco foi utilizado para prevenir a rejeição e somente um paciente sobreviveu. No Brasil, o primeiro transplante renal com doador vivo foi realizado, em 1964, no Rio de Janeiro e com doador falecido, em 1967, no interior do estado de São Paulo (LUSIVOTO et al, 2007).

De maneira geral o transplante e suas complexidades podem refletir diretamente no comportamento social do indivíduo, podendo tanto melhorar a qualidade de vida (QV), como surgir limitações físicas, distúrbios emocionais, psicológicas. Estes fatores influenciam no modo de vida de cada indivíduo.

Frente ao transplante, qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde (1998), como a percepção do indivíduo acerca de sua posição, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Ainda de acordo com (RAVAGNANI, 2007), abrange domínios de funcionamento, como de funções físicas e capacidade funcional, condições religiosas e/ou espirituais.

Para Martins (2005), pacientes que dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas. Segundo essa autora, a QV tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde.

Conforme Lira et al (2010) o transplante, embora proporcione uma melhor qualidade de vida ao libertar o paciente da máquina de hemodiálise, obriga-os a adotar um estilo de vida diferenciado em relação à alimentação, higiene, medicamentos e cuidados com a saúde e ofertar um cuidado de qualidade, respaldado no processo de enfermagem, é de competência exclusiva do enfermeiro.

De acordo com Ravagnani et al (2007), pesquisas sobre qualidade de vida após o transplante são escassas, principalmente no Brasil, e tendem a comparar

pacientes em tratamento dialítico (HD - Hemodiálise e CAPD – Diálise peritoneal ambulatorial contínua) com pacientes transplantados. Alguns autores relatam resultados positivos, ou seja, melhora na qualidade de vida após o transplante, enquanto outros rejeitam esses achados.

A realização deste estudo justifica-se pela importância e relevância do conhecimento do enfermeiro sobre o tema, pois conhecendo o paciente e o contexto em que se encontra inserido, pode contribuir propondo e viabilizando ações para melhorar cada vez mais a QV dos pacientes e seus familiares.

1.2 OBJETIVO

Identificar na literatura as características da qualidade de vida dos pacientes no pós operatório tardio de transplante renal.

2 REFERENCIAL DA LITERATURA

Embora a literatura médica contemporânea limite a história dos transplantes aos últimos 40 anos, existem relatos desde a mitologia até as avançadas técnicas dos dias atuais. O que se pode afirmar é que, a história dos transplantes é uma história de barreiras e como elas foram vencidas até hoje (BAGGIO, 2009).

São conhecidos quatro tipos de transplantes: auto-transplante, que é transferência no mesmo indivíduo; isoenxerto, que é a transferência entre gêmeos idênticos; aloenxerto, transferência entre mesma espécie e por último os xenotransplantes, que são transferências entre espécies diferentes (BAGGIO, 2009).

Os primeiros transplantes realizados no século XIX, eram em sua maioria auto-transplantes ou xenotransplantes. Somente no início do século XX é que o aloenxerto ficou reconhecido como um dos tipos de transplantes mais eficazes (BAGGIO, 2009).

A possibilidade de transplantar órgãos entre indivíduos da mesma espécie surgiu inicialmente com órgãos que eram retirados de doadores vivos, pois ainda não existia a hipótese de utilizar órgãos de doadores falecidos. Essa situação se deve ao fato de que durante grande parte do processo evolutivo da humanidade, a morte era definida como a cessação das funções cardiopulmonares, o que tornava o coração o centro de todos os mecanismos fisiológicos do corpo (MORATO, 2009).

Na década de 30, especificamente em 1933, foi tentado o primeiro transplante de rim em humanos, na Ucrânia, porém sem sucesso. Nesta época não eram conhecidos os grupos sanguíneos, histocompatibilidade e nem métodos para preservação do órgão (BAGGIO, 2009).

Posteriormente, já em 1953, em Paris foi realizado o primeiro transplante renal procedente de um doador vivo familiar. Este enxerto permaneceu pérvio por vinte e dois dias, ocorrendo a perda do mesmo após este período. Em seguida, surgiram as tentativas de transplantar órgãos entre gêmeos idênticos. Nessa população percebeu-se que o índice de rejeição era menor, o que foi o primeiro indício da viabilidade do procedimento (BAGGIO, 2009).

No Brasil o primeiro transplante renal acontece em São Paulo pelo professor Emil Sabaga, em 1965, na universidade de São Paulo (BAGGIO, 2009).

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida (ABTO, 2012). Sendo assim, no transplante de rim implanta-se um rim sadio em um indivíduo portador de insuficiência renal terminal. Esse novo rim passará a desempenhar as funções que os rins doentes não conseguem mais manter (ABTO, 2012).

O paciente após receber o enxerto renal está sempre correndo risco de rejeição. É necessário que o mesmo receba informações adequadas para poder conviver com a possibilidade concreta de rejeição e com o novo modo de vida que terá de assumir, agora sem as sessões de hemodiálise, mas com a dependência do uso diário das medicações imunossupressoras (Lira, 2010).

Os transplantados renais devem ser cuidadosamente acompanhados no ambulatório e receberem orientação sobre dieta alimentar, medicação, exercícios, prevenção da infecção, dentre outros (Lira, 2010).

Após o transplante, apesar das recomendações e exigências médicas, o transplantado pode levar uma vida normal. A cada mês que passa, diminuem as restrições e os cuidados são menores, possibilitando um convívio social pleno e saudável (ABTO, 2012).

O termo Qualidade de Vida pode ser discutido sob vários pontos de vista, de forma individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva, existindo ainda uma grande dúvida: quem melhor percebe a qualidade de vida? Cada indivíduo (de acordo com sua condição socioeconômica, cultural, física e seus objetivos de vida) ou quem o observa? (HIGA, 2008).

Os estudiosos do tema divergem ao conceituar QV. Não existe um consenso sobre o que constitui QV; uma tentativa de definição engloba desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer (Campos, 2008).

São identificadas duas tendências na conceituação do termo QV: um conceito genérico e outro ligado à saúde. No primeiro caso, QV apresenta uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Entretanto, quando a QV é relacionado à saúde engloba dimensões específicas do estado de saúde (Campos, 2008).

Na conceituação recente adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV foi definida como “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Campos, 2008).

Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (Campos, 2008).

Qualidade de vida é mais do que uma boa saúde física ou mental. É estar de bem com você mesmo, com a vida, ter hábitos saudáveis, cuidados com o corpo e mente, conviver bem com familiares, ser amigo, sentir-se pleno e desfrutar ao máximo da existência, enfim, estar em equilíbrio (ABTO, 2012).

Diversos instrumentos têm sido propostos para mensurar QV, sendo administrados por entrevistadores ou auto-administráveis. Os instrumentos de medida de QV podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral (CAMPOS, 2008).

Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (CAMPOS, 2008).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo (CAMPOS, 2008).

Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (CAMPOS, 2008).

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado mediante uma revisão de literatura, na modalidade de revisão integrativa, o referencial teórico utilizado foi a Prática Baseada em Evidências (PBE).

A PBE tem como objetivo principal melhorar a qualidade da assistência à saúde, a partir do momento em que ela facilita a compreensão de resultados de pesquisas e permite a aplicação dos resultados nas práticas clínicas diárias (GALVÃO, SAWADA, 2003).

A classificação hierárquica das evidências, para a avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação é baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com desenho experimental; nível 3, estudo com desenho quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com desenho não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e pesquisa qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas; opiniões reguladoras ou legais (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

Neste estudo foi identificado o conhecimento produzido pelos enfermeiros sobre as características da qualidade de vida do paciente em pós transplante tardio de rim. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa possibilita sintetizar o conhecimento referente a determinado assunto, e também aponta lacunas no conhecimento que mereçam nova investigação científica. Esta síntese é realizada mediante análise de múltiplos estudos publicados, propiciando conclusões gerais a respeito do objeto de estudo.

Ainda de acordo com os autores supracitados a revisão de literatura, na modalidade de revisão integrativa, é o método mais abrangente, pois permite a inclusão simultânea de dados de estudos experimentais ou quase experimentais, além de dados de literatura teórica e empírica, proporcionando uma compreensão ampliada e completa do assunto de interesse.

Na concepção de Pompeo, Rossi e Galvão (2009) é um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atualizada sobre o assunto trabalhado, determinando se o conhecimento é válido para ser transferido para a abordagem prática.

Desta forma justifica-se a escolha pelo método de pesquisa, pois acredita-se que a síntese do conhecimento produzida sinalizará ações no sentido de formar profissionais mais críticos e ativos aptos a lidar com a complexidade da assistência em transplantes, considerando os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que envolvem a dinâmica individual e coletiva dessa modalidade terapêutica e de assistência de enfermagem.

3.2 ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, na operacionalização desta revisão, foram obedecidas as seguintes etapas, como propõe Mendes, Silveira e Galvão (2008): seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos, categorização dos estudos, análise dos estudos selecionados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão com os diferentes contextos que envolvem a temática da EPS no cotidiano dos profissionais de enfermagem.

3.2.1 Seleção da questão de pesquisa

O processo de revisão integrativa se inicia com a definição da questão de pesquisa, devendo esta ser formulada de maneira clara e precisa, permitindo ao leitor identificar a finalidade da pesquisa (GIL, 2009; MENDES, SILVEIRA e GALVÃO 2008).

A construção do problema de pesquisa está fundamentada no raciocínio teórico e no conhecimento do pesquisador (GIL, 2010). Assim sendo, tem-se como questão norteadora da pesquisa: As características da qualidade de vida do paciente no pós operatório tardio de rim é divulgada na literatura brasileira?

Na presente revisão a busca por estudos foi realizada a partir do meio eletrônico www.bireme.br, por meio da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A busca foi realizada mediante a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), através da qual foram identificados os respectivos descritores: Transplante de rim, papel do enfermeiro, qualidade de vida. Foi empregada como estratégia de busca a leitura do título e resumo de cada estudo, de modo a confirmar se o mesmo contemplava a questão norteadora da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

3.2.2 Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos

3.2.2.1 Critérios de inclusão

Foram considerados critérios para inclusão: artigos completos, publicados entre 2002 a 2011 divulgados em língua portuguesa e que estivessem na íntegra, com a justificativa do alto custo. Aqueles que possuam em seus descritores as palavras chave: Transplante de rim, papel do enfermeiro, qualidade de vida; objetivando manter a coerência e evitar possíveis vieses.

3.2.2.2 *Crêterios de exclusão*

Foram excluídos documentos e artigos publica es em duplicidade e os estudos que não eram relevantes para o objetivo da revisão integrativa.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

No mês de julho 2012 realizou-se a busca através da Biblioteca Virtual em Saúde usando a estratégia "Transplante de rim" OR "papéis do enfermeiro" OR "qualidade de vida". Posteriormente foram incluídos os textos completos na íntegra, pertencente ao idioma português, limitado a humanos, estudos compreendidos entre 2002 a 2011. Após a referida estratificação, foi encontrada uma população de 2928 estudos, deste total 58 estudos se referiam ao tema da revisão. Foram excluídos 54 por estarem fora dos padrões estabelecidos, 01 porque não era artigo, 01 por ser publicação duplicada e 42 por não atenderem aos objetivos da revisão. Configurando-se, portanto, uma amostra final de 04 artigos.

Estratificação dos estudos encontrados

Utilizados para compor a amostra	04
Repetidos	02
Não disponíveis na íntegra	29
Não era artigo	01
Não relacionado ao tema	42

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variáveis relacionadas às publicações e aos autores: ano de publicação, local de publicação, profissão do autor principal, titulação e fonte.

Variável de interesse: publicação de relatos e experiências, bem como contextualização da qualidade de vida de indivíduos pós transplante tardio de rim.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para facilitar a condução deste trabalho utilizou-se um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) para cada artigo com o objetivo de facilitar posteriormente a análise dos dados obtidos. Este formulário permitiu a identificação do título do artigo, autores, ano de publicação, local de publicação, profissão e titulação dos autores principais, periódico, fonte e delineamento do estudo. Ainda neste formulário foi possível identificar os possíveis contextos da qualidade de vida.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura dos artigos, foi realizado o preenchimento do instrumento de coleta de dados tendo como referência as variáveis do estudo.

A análise de dados foi realizada em uma etapa, referente à variável de interesse: publicação dos contextos e experiências de qualidade de vida de indivíduos pós transplante tardio de rim.

Em seguida, os instrumentos foram transcritos para o computador em forma de quadros sinópticos de acordo com a variável de estudo.

3.7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As informações sobre os quatro artigos selecionados nesta revisão encontram-se apresentadas a seguir. Contém a variável relacionada à titulação e profissão dos autores, variáveis do título, ano de publicação, fonte, local de publicação, delineamento. Para facilitar a discussão, os artigos foram denominados em Artigo 1, Artigo 2, Artigo 3, Artigo 4.

Dois dos artigos relacionados a esse assunto possui como autores enfermeiros. A titulação mais freqüente foi de Mestre em Enfermagem, seguido de Doutoranda em psicologia e Doutor em medicina. Isso sugere que os enfermeiros estão procurando se atualizar e se especializar, resultando na melhoria da qualidade da assistência.

Nome do Autor	Titulação	Profissão	Título do trabalho	Ano de publicação	Fonte	Local de publicação	Delineamento	Variáveis da qualidade de vida do paciente no pós operatório tardio de rim encontradas nos estudos da amostra.
<p>Artigo 01 Leda Maria Branco Ravagnani</p>	Doutoranda em psicologia	Psicóloga	Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal	2005	Lilacs	São Paulo	Análise de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - A expressão de sentimentos, minimiza as fantasias e incentiva o uso de estratégias de enfrentamento mais efetivas, atuando como facilitador da promoção da qualidade de vida. - A identificação de estressores, bem como das estratégias de enfrentamento, são importantes preditores da qualidade de vida antes e depois de procedimentos médicos. -limitação física, -Vergonha, -Medo de rejeição e perda do enxerto. - Impotência em relação à doença e ao tratamento
<p>Artigo 02 Ana Luiza Brandão de carvalho lira</p>	Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.	Enfermeira	Adaptação psicossocial do adolescente pós-trasplante renal segundo a teoria de Roy	2007	Lilacs	Ceará	Fenomenologia	
<p>Artigo 3 Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt</p>	Doutora em saúde coletiva	Médica	Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante	2004	Lilacs	São Paulo	Análise de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção de melhor qualidade de vida nos pacientes transplantados com enxerto funcionante, comparada com aqueles que retornaram para tratamento dialítico - O transplante renal, proporciona um retorno às atividades habituais, mas também pode estar associado com escores não tão satisfatórios de qualidade de vida, especialmente naqueles episódios de rejeição aguda ou eventos adversos pelas medicações.

<p>Artigo 04</p> <p>Adriana Cristina Rodrigues D'Angeles</p>	<p>Mestre em enfermagem</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Análise de sobrevida em indivíduos submetidos ao transplante renal em hospital universitário do rio de janeiro</p>	<p>2009</p>	<p>Lilacs</p>	<p>Rio de janeiro</p>	<p>Análise de conteúdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O processo de envelhecimento da população e aumento na longevidade tem refletido no crescimento da prevalência das doenças crônicas⁹. Esse envelhecimento também é constatado nos indivíduos em terapia dialítica, e os indivíduos mais velhos são os que possuem o pior prognóstico quanto ao tempo de sobrevida. - Houve diminuição da sobrevida do indivíduo com o avançar da idade, principalmente naqueles com idade em torno dos 80 anos. - Ressaltou e reafirmou riscos associados ao óbito e a falência do enxerto.
---	-----------------------------	-------------------	---	-------------	---------------	-----------------------	----------------------------	--

Quadro 01 – Características das publicações, profissões que fizeram parte do estudo e variáveis da qualidade de vida

Analisando o quadro 01 conclui-se que todos os artigos selecionados na amostra para essa revisão integrativa foram encontrados na base de dados LILACS. Todas as publicações são posteriores ao ano de 2001, ano no qual a Lei 10.211 foi elaborada, onde a responsabilidade de autorizar a doação de órgãos foi transferida para a família. Além disso, todas as publicações obedeceram aos critérios de inclusão.

Quanto aos locais de publicação dos artigos, percebe-se que houve predominância da região sudeste, reflexo também do grande número de transplantes que são realizados nos estados que compreende a região, outro local de destaque foi o Ceará onde atualmente existe uma forte corrente de trabalho voltada para os transplantes.

3.8 SÍNTESE

O transplante de órgãos pode ser considerado um dos procedimentos terapêuticos mais complexos na atualidade em relação à área da saúde. Isso se dá devido ao envolvimento da estrutura familiar de forma compulsória para a autorização da retirada dos órgãos. Além disso, a participação da família é de extrema importância tanto no período pré-operatório do paciente candidato ao procedimento, como no pós-operatório do paciente transplantado, o que elenca uma grande possibilidade de melhora na sua manutenção e melhora da qualidade de vida.

O artigo denominado “Adaptação psicossocial do adolescente pós-transplante renal segundo a teoria de Roy” esclarece que a enfermidade, de certa forma, é compartilhada por toda família. Desta forma, quando os familiares estão presentes apoiando-os, o processo de enfrentamento é compartilhado e possibilita um processo de adaptação (LIRA, 2010). Ainda conforme essa autora, a maneira de reagir frente à doença difere de pessoa para pessoa. Alguns buscam apoio na fé, outros nos amigos e familiares e outros, nos profissionais de saúde; o que proporcionou ao grupo de adolescentes estudados uma diminuição dos sentimentos negativos referentes a imagem corporal.

Em relação ao eu pessoal, foi destaque na pesquisa a presença, principalmente, do sentimento de impotência em relação à doença e ao próprio tratamento e uma forte ansiedade relacionada ao transplante, aos medicamentos e ao medo da perda do enxerto, como podemos observar nos depoimentos:

— *“ Fiquei com medo, porque, às vezes, as pessoas mentem e param de tomar os remédios e perdem o rim. Aí eu fico pensando se isso vai acontecer comigo”. (E1)*

— *“Surgiu a preocupação em relação a rejeição. A gente tem medo de perder o rim e voltar para a hemodiálise”. (E2)*

Percebe-se que o indivíduo por si só não consegue desbloquear, desvendar sua insegurança, muitas vezes caracterizada pela limitação física, vergonha, medo de rejeição e impotência frente às conseqüências inevitáveis do transplante.

Para D'angeles (2009) o processo de envelhecimento da população e aumento na longevidade tem refletido no crescimento da prevalência das doenças crônicas. Esse envelhecimento também é constatado nos indivíduos em terapia dialítica, e os indivíduos mais velhos são os que possuem o pior prognóstico quanto ao tempo de sobrevida.

A possibilidade da não efetivação do transplante ainda é bastante considerada, pois atualmente aproximadamente 5% dos pacientes em estágio final da doença renal no Brasil são submetidos ao transplante renal, e dos inscritos na fila de espera para o transplante renal, apenas 19%, o que ainda é pouco quando comparado a prevalência de pacientes em diálise no Brasil, 468 por milhão da população, (D'ANGELES, 2009).

Ficou claro que apesar do transplante renal ser uma opção de terapia de substituição renal em grande parte dos indivíduos, a disponibilidade de um doador compatível não é uma situação freqüente, fazendo com que esses indivíduos recorram à lista de espera de transplante de doador falecido. Percebe-se que a seleção dos receptores, quando da disponibilidade do órgão, se dá entre os indivíduos que além de compatíveis, estejam bem clinicamente e com o mínimo, ou sem nenhuma morbidade associada (D'ANGELES, 2009).

Esses fatores evidenciam a necessidade de candidatos a receptores serem cuidadosamente avaliados para detecção e tratamento de possíveis comorbidades, pois essas podem interferir na sobrevida e qualidade de vida do paciente pós transplante tardio de rim.

No caso de morte encefálica do doador causada por traumatismos decorrentes de acidentes e outros traumas graves, esses doadores podem experimentar liberação sistêmica de mediadores inflamatórios, em altos níveis, em resposta as múltiplas lesões. Isso pode justificar a pior sobrevida do indivíduo que recebeu órgão de doador que sofreu TCE, em comparação aos que sofreram AVE (D'ANGELES, 2009).

Acerca da sobrevida de pacientes com insuficiência renal até o transplante, foi destaque a maior proporção de pacientes indicados a transplante renal não serem diabéticos, esta proporção aumentou entre os portadores de hipertensão arterial.

Como refere-se de maneira concisa D'angeles (2009), a frequência de complicações infecciosas no primeiro ano de transplante, apesar de não ter sido

significativa na sobrevida de ambos os desfechos, nos induz a pensar, além da diminuição da imunidade do indivíduo, na realidade de vida dessas pessoas que chegam ao transplante.

A avaliação do perfil dos indivíduos transplantados, dos fatores de risco e da sobrevida, bem como sua variação no tempo, deveria ser uma atividade periódica nos serviços de transplante renal. Sua contribuição ao ensino, assistência e pesquisa, justifica a estruturação e alimentação dos bancos de dados de forma sistemática.

Esforços desde o procedimento de captação de órgãos até o transplante propriamente dito merecem destaque, com a finalidade de reduzir o tempo de isquemia fria do rim e possível função retardada do enxerto. O método de análise de sobrevida permitiu identificar variáveis associadas ao transplante renal. Ressaltou e reafirmou riscos associados ao óbito e a falência do enxerto, mesmo em uma amostra reduzida.

Conforme esperado, a avaliação de qualidade de vida pelo instrumento genérico WHOQOL-Bref comprovou, de forma estatística, uma percepção de melhor qualidade de vida nos pacientes transplantados com enxerto funcionante, comparada com aqueles que retornaram para tratamento dialítico, demonstrando uma boa validade discriminante do instrumento (BITTENCOURT, 2004).

Considerando-se que, à medida que a insuficiência renal progride e o paciente passa a apresentar sintomas que interferem nas suas atividades diárias, em fases mais avançadas da doença renal estes sintomas podem influenciar diretamente a percepção do indivíduo de sua qualidade de vida. Da mesma forma, a terapêutica dialítica utilizada (Hemodiálise ou Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) também influencia a avaliação de qualidade de vida, já que nem todos os sintomas são eliminados (BITTENCOURT, 2004).

A autora ainda afirma que o transplante renal, defendido como uma terapêutica que proporcionaria um retorno às atividades habituais também pode estar associado com escores não tão satisfatórios de qualidade de vida, especialmente naqueles indivíduos que cursam com episódios de rejeição aguda ou eventos adversos pelas medicações imunossupressoras utilizadas.

Quanto aos atendimentos a grupos de pacientes e familiares, nos períodos pré e pós-transplante renal, possibilitam a identificação dos problemas enfrentados

com maior frequência. Além disso, fornecem uma oportunidade para discutir estratégias adequadas de enfrentamento e fornecer informações adequadas, que atendam as necessidades dos pacientes e favoreçam a qualidade de vida (RAVAGNANI, 2007).

Ainda de acordo com a autora a identificação de estressores, bem como das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para “minimizar” o impacto do estresse sobre o organismo, são importantes preditores da qualidade de vida antes e depois de procedimentos médicos. Além disso, podem fornecer importantes subsídios para o planejamento de programas preventivos

Para Ravagnani (2007) fica evidente que estudos com maior número de pacientes são necessários, uma vez que não existe consenso sobre o impacto do transplante na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, estudos brasileiros avaliando qualidade de vida em transplantados renais são raros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão integrativa teve como objetivo identificar a qualidade de vida dos pacientes no pós operatório tardio de transplante de rim, as principais variáveis da qualidade de vida que são afetadas no pós transplante renal tardio.

Após análise dos estudos pode-se considerar que os principais fatores apontados para compreendermos as nuances da qualidade de vida estão vinculados a maneira do sujeito reagir frente à doença, neste caso a equipe multiprofissional deve ajudar o paciente a superar os transtornos inerentes à doença e a recuperar sua posição sócio-profissional freqüentemente perdida em função de seu estado patológico.

De modo geral, percebe-se também que o transplante renal não influenciou de forma significativa a qualidade de vida do paciente no período do pós transplante tardio. Sendo que a qualidade de vida dos pacientes, mesmo após o transplante, pode ser comprometida pelo estresse em relação à saúde e pelos efeitos colaterais das medicações, isso retrata a necessidade dos profissionais de saúde utilizar formas mais subjetivas de lidar com as dificuldades.

A qualidade de vida se entremeia a questões muito delicadas como, por exemplo, o processo do transplante e o retorno para diálise, fato que pode ter influência negativa na avaliação da qualidade de vida, especialmente naqueles pacientes que se apresentavam ativos quando transplantados. Entretanto, em indivíduos que apresentaram complicações freqüentes durante o pós transplante tardio de rim, o retorno para diálise pode ser encarado como uma melhora da qualidade de vida.

Percebe-se que estudos com maior número de pacientes são necessários, uma vez que não houve consenso sobre o impacto do transplante na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, estudos brasileiros avaliando qualidade de vida em transplantados renais são raros, percebe-se também que a linha de pesquisa acerca de qualidade de vida é um campo rico e amplo, necessitando de mais aprofundamento nas pesquisas por parte dos enfermeiros.

5 REFERÊNCIAS

Albuquerque JG, Lira ALBC, Lopes MVO. **Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal.** Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 98-103. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a16.pdf>. Acesso em 08/07/2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Manual de transplante renal.** Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/manual_transplante_rim.pdf. Acesso em: 23/07/2012

BAGGIO, M. A.; LIMA, A. M. C. **Trans-plante.** Belo Horizonte: Educação e Cultura, 2009.

BARBOSA, L.R.; MELO, M.R.A.C. **Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008 maio-jun jun. 61(2): 366-70 70. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf. Acesso em 27/07/2012.

BITTENCOURT, Z. Z. L.C.; ALVES FILHO, G.; MAZZALI, M.; SANTOS, N. R. **Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcional.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.5, pp. 732-734. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21764.pdf>. Acesso:24/07/2012.

CAMPOS, M,O.;NETO.J.F.R. **Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde.** Revista Baiana de Saúde Pública. 2008. Disponível em: stoa.usp.br/.../1/.../qualidade-vida-instrumento-promocao-saude.pdf. Acesso 27/07/2012.

D'Angeles, A. C. R. **Análise de sobrevida em indivíduos submetidos ao transplante renal em Hospital Universitário no Rio de Janeiro.** Escola Nacional

de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro s.n 2009 71p. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2340> Acesso em: 21/07/2012.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. **Prática Baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem**. Rev Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n.1, p.57-60, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18/07/2012

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2010.

HIGA, K.; KOST, M.T.; SOARES, D.M.; MORAIS, M.C.; POLINS, B.R.G. **Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. Acta Paul Enferm 2008; 21(Número Especial): 203-6. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns.pdf. Acesso em 10/07/2012

Lira ALBC, Lopes MVO. **Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):108-14. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11072/8444>. Acesso em 29/07/2012

Luvisotto M.M et al. **Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato** einstein. 2007; 5(2):117-122

MARTINS, M.R.; **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005, vol.13, n.5, pp. 670-676. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>. Acesso em 08/07/2012

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**.

Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64, 2008.
Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf. Acesso em 26/06/2012

MORATO, E. G.; **Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização**. Rev Med Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 3, n. 19, p. 227-236, 2009.
Disponível em:
<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/164/147>. Acesso em 23/07/2012

Morato, E.; Resende, M.; Trivelato, F.; Pimenta, N.; Maluf, F.; Leão, A.; Ulhoa, T.; Gusmão, S.. **Sinal de Lázaro: reflexo medular complexo na morte encefálica, relato de dois casos**. REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS - RMMG, América do Norte, 1913 10 2009. Disponível em:
<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/168/151>. Acesso em: 05/07/2012.

RAVAGNANI, Leda Maria Branco; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli e MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. **Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal**. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 177-184. ISSN 1413-294X. Acesso em: 06/07/2012.

6 APÊNDICE

Instrumento de coleta de dados

Título _____

Autores: _____

Profissão do autor principal: _____

Titulação: _____

Fonte: () LILACS () MEDLINE () SCIELO () BDENF () OUTROS

Ano de Publicação: _____

Local de Publicação: _____

Delineamento _____

Variável de Interesse da revisão (síntese com a publicação dos contextos e experiências de qualidade de vida de indivíduos pós transplante tardio de rim): _____
