

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VIRGÍNIA MARIA PEIXOTO FORTINI

**MANIFESTAÇÕES EMOCIONAIS DO PACIENTE À ESPERA DE UM
TRANSPLANTE RENAL**

BELO HORIZONTE
2013

VIRGÍNIA MARIA PEIXOTO FORTINI

**MANIFESTAÇÕES EMOCIONAIS DO PACIENTE À ESPERA DE UM
TRANSPLANTE RENAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do curso de Pos-Graduação *Latu Senso Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade*, para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem em Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos (Área de concentração).

Orientadora: Prof^a Dra. Daclé Vilma Carvalho

BELO HORIZONTE
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Fortini, Virgínia Maria Peixoto

Manifestações emocionais do paciente à espera de um transplante renal
[manuscrito] : revisão integrativa / Virgínia Maria Peixoto Fortini. - 2013.

33 f.

Orientadora: Daclé Vilma Carvalho .

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de
Enfermagem de Média e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Doação
e Transplantes de Órgãos e Tecidos.

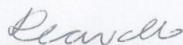
1.Emocional. 2.Psicológico. 3.Comportamento. I.Carvalho , Daclé Vilma.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

VIRGINIA MARIA PEIXOTO FORTINI

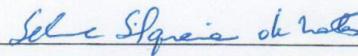
TÍTULO DO TRABALHO: "*Manifestações emocionais do paciente à espera de um transplante renal*"

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade*, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em *Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos* (Área de concentração).

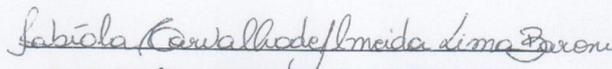
APROVADO: 28 de junho de 2013.



Prof.^a **DACLÉ VILMA CARVALHO** (Orientadora)
(UFMG)



Prof.^a **SELME SILQUEIRA DE MATOS**
(UFMG)



Prof.^a **FABÍOLA CARVALHO DE ALMEIDA LIMA**
BARONI..
(UFMG)

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela Graça concedida para realizar este curso, pelo companheirismo e parceria, e mais que um Pai, ser meu grande Amigo.

À **Enfermagem e aos pacientes**, razão pela qual me dedico a adquirir e aperfeiçoar meus conhecimentos, a fim de estender-lhes não só a assistência física, mas emocional e espiritual.

À **Profª Drª Daclé Vilma Carvalho** pelo incentivo, força e encorajamento que recebi nos momentos mais difíceis, e pela paciência na orientação, sem a qual, seria quase impossível a realização deste trabalho.

“Combati o bom combate, acabei a carreira, guardei a fé”. (2 Timóteo 4, 7).

RESUMO

A decisão por um transplante de órgão é muito delicada e requer muitas discussões e esclarecimentos com paciente e equipe. O transplante pode provocar inúmeras implicações psicológicas que afetam o doador e o receptor do órgão, pois trata-se de um paciente que apresenta sofrimento psíquico sobreposto ao sofrimento físico. É necessário entendê-lo na sua totalidade, um contexto de mal-estar, de sequelas do tratamento e de hospitalização. Este estudo teve como objetivo identificar as manifestações emocionais do paciente renal que está no aguardo de um transplante de rim, para isso, optou-se por uma pesquisa integrativa. Como resultado deste trabalho, foram identificados os aspectos emocionais destes pacientes com a intenção de compreender os sentimentos e as percepções do paciente com insuficiência renal crônica, tais como medo, baixa auto estima, depressão, negação da doença, limitações físicas e de rotinas diárias, alterações da imagem corporal trazendo sentimentos de depressão e angústia entre outros. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para melhor compreensão das diversas manifestações psíquicas e comportamentais apresentadas pelos pacientes que estão na angustiante fila de espera por um transplante de órgão.

Descritores: Emocional. Psicológico. Comportamento. Dialítico/Diálise. Renal Crônico. Transplante.

ABSTRACT

The decision for an organ transplant is very delicate and requires discussion and clarification with patient and staff. The transplant can cause numerous psychological implications that affect the donor and organ recipient, because it is a patient who presents psychological distress superimposed on the physical suffering. It is necessary to understand it in its whole, a context of sickness, sequelae of treatment and hospitalization. This study aimed to identify the emotional manifestations of kidney patient who is awaiting a kidney transplant, in this regard , we opted for an integrative research. As a result of this work, we identified the emotional aspects of these patients in order to understand the feelings and perceptions of patients with chronic renal failure, such as fear, low self esteem, depression, denial, and physical limitations of daily routines, changes in body image bringing feelings of depression and anxiety among others. It is hoped that the results of this study may contribute to better understanding of the various psychological and behavioral manifestations presented by patients who are in stressful waiting list for an organ transplant.

Descriptors: Emotional. Psychological. Behavioral. Dialysis/Dialysis. Chronic Kidney Ailments. Transplantation.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Distribuição das publicações selecionadas de acordo com as bases de dados pesquisadas.....	23
QUADRO 2 - Formulário de Registros para Coleta de dados	24
QUADRO 3 - Características das Publicações	25
QUADRO 4 - Número de autores, título, objetivo dos estudos, tipo de estudo e nível de evidencia das publicações selecionadas.....	26
QUADRO 5 - Características dos estudos quanto ao numero de autores, profissão, titulação e local de atuação.....	27
QUADRO 6 - Aspectos emocionais e comportamentais identificados.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Titulação dos autores.....	28
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 O Paciente Renal Crônico.....	15
3.2 Aspectos psicológicos e emocionais do paciente em hemodiálise.....	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLÓGICO.....	18
4.1 Referencial Teórico.....	18
4.2 Referencial Metodológico.....	19
4.2.1 Revisão Integrativa.....	19
5 PERCURSO METODOLOGICO.....	22
6 RESULTADOS.....	25
6.1 Características das publicações identificadas.....	25
6.2 Características dos autores das publicações identificadas.....	27
6.3 Aspectos Emocionais e Comportamentais.....	28
7 DISCUSSÃO.....	29
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A doação de órgãos é um problema de relevância social e científica, pois envolve as formas como alguém que necessita de um transplante de um órgão que poderá “salvar” a sua vida seja através da morte de outrem (doador cadáver), ou da “mutilação” de alguém que muito lhe ama a ponto de sacrificar-se (doador vivo).

Transplante é um tratamento que consiste na substituição de um órgão ou de um tecido doente de uma pessoa (chamada de receptor) por outro sadio, de um doador vivo ou falecido. Esse procedimento pode prolongar e melhorar a qualidade de vida, porém, a pessoa necessitará de cuidados constantes, além de fazer uso de medicamentos pelo resto da vida pelo risco de rejeição do órgão pelo próprio organismo.

Milhares de pessoas sejam elas jovens, crianças ou adultos, que tenham alguma doença cujo único tratamento é o transplante podem ser beneficiadas, em geral, essas pessoas são aquelas que apresentam uma doença irreversível, crônica ou aguda, mais comumente no rim, fígado, pâncreas, pulmão ou coração, além de tecidos como a córnea e a medula óssea.

O sucesso do transplante depende de inúmeros fatores como: o tipo de órgão a ser transplantado, causa da doença, condições de saúde do paciente, características do doador e sua compatibilidade com o receptor. Como qualquer outra cirurgia, o transplante apresenta riscos, pois representa tratamento complexo e prolongado. Entre as possíveis complicações estão rejeição e infecção, que variam de acordo com o órgão transplantado, requerendo uma grande compreensão por parte dos pacientes, principalmente pela necessidade de acompanhamento médico periódico; por outro lado, oferece uma condição de vida altamente compensadora. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2012).

No Brasil a realização de transplante de órgãos começou em 1964 no Rio de Janeiro e é regulamentada pela Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 e pela Lei 10.211 de 23 de março de 2001 que determinam que a doação de órgãos e tecidos pode ocorrer em duas situações: de doador vivo com até 4º grau de parentesco desde que não haja prejuízo para o doador; e de um doador morto, que deve ser autorizada por escrito por um familiar até 2º grau de parentesco.

De acordo com a ADOTE, 86% dos transplantes são realizados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, com verbas do governo, ou seja, nem doador nem receptor precisam pagar pelas cirurgias o que coloca o Brasil no segundo lugar do ranking de países com maior número de transplantes por ano, atrás apenas dos Estados Unidos (são cerca de 11 mil transplantados por ano). (ALIANÇA BRASILEIRA PELA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS, 2012).

Os pacientes que, por qualquer motivo, perderam a função renal e irreparavelmente atingiram a fase terminal da doença renal têm, hoje, três métodos de tratamento, que substituem as funções do rim: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal.

O transplante renal é a substituição dos rins doentes por um rim saudável de um doador. É o método mais efetivo e de menor custo para a reabilitação de um paciente com insuficiência renal crônica. Hoje, no Brasil, aproximadamente 35.000 pacientes com insuficiência renal crônica estão em tratamento pela diálise. Destes, somente três mil conseguem ser transplantados anualmente. A razão dessa longa fila de espera se deve ao pequeno número anual de transplantes renais. No Brasil, só consegue-se transplantar 10 % dos pacientes que estão na lista de espera.

Minas Gerais tem pelo menos 2.588 pessoas à espera de um transplante de rim, segundo o MG Transplantes. A grande maioria (2.093) precisa de rim. É muita ansiedade para uns e frustração para outros. (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2012).

Em uma matéria sobre transplantes publicada pelo jornal Estado de Minas em março deste ano, vemos o desabafo de um empresário do setor agropecuário, Sr. Armando Gonçalves dos Santos, de 56 anos, que depois de 12 anos na fila disse estar desesperançado - *“Demorou tanto que hoje não tenho mais condições clínicas de receber um rim. Fui chamado três vezes, mas nunca fui contemplado”*, lamenta o aposentado. Para receber órgãos como rim, coração, fígado e pulmão, há uma dependência não só de estar na fila, como também ter compatibilidade sanguínea e de tamanho por exemplo.

O acompanhamento emocional dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal, que estão aguardando a oportunidade de um transplante, é de fundamental importância para que possam suportar a angustiante espera. No entanto, na prática, observa-se que a assistência é mais focada para o aspecto biológico do que para o aspecto emocional, social e espiritual. O constante estresse e risco do tratamento agravam a ansiedade, e sua cronicidade faz com que estes pacientes apresentem reações emocionais e comportamentos que precisam ser compreendidos pelos profissionais para melhor assistência.

Assim, buscou-se identificar essas reações, esperando que os resultados deste estudo possam constituir em subsídios para reflexão dos profissionais de saúde, para atuarem de forma mais efetiva junto aos pacientes que estão aguardando a chance de um novo órgão.

2 OBJETIVO

Identificar as manifestações emocionais e comportamentais do paciente renal que está no aguardo de um transplante de rim.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Paciente Renal Crônico

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) um paciente sofre de insuficiência renal crônica quando seus rins não são mais capazes de filtrar as impurezas do sangue para poder conseguir o equilíbrio de sais minerais.

Pinto e outros (2009) salientam que a Insuficiência Renal Crônica - IRC é uma doença de alta mortalidade com incidência e prevalência de pacientes aumentando progressivamente no Brasil, bem como em todo o mundo.

Um inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia entre 1996 e 1997, buscou as principais doenças reportadas como causa da IRC, destacando-se a Hipertensão Arterial, Glomerulonefrite e Diabetes Mellitus.

O professor Otto Busato (2001) afirma que quando o paciente renal atinge a fase final de sua doença, ou seja, perde-se a função renal de modo irreparável, cabe a este paciente, atualmente, três métodos de tratamento que substituem a função dos rins: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal. Estes três métodos, apesar de seus problemas, irão proporcionar a sobrevivência, com maior ou menos conforto dependendo de inúmeros fatores, cabendo a estes, o direito à decisão final.

Inventada em 1941, pelo professor Willem Johan Kolff (1911-2009), hemodiálise é um tratamento que elimina o excesso de líquidos e substâncias tóxicas do sangue, através de uma máquina com um rim artificial, substituindo assim as funções renais, é um processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue como a creatinina e a uréia. (ERNANI, 2010).

Os rins são os únicos órgãos nobres que podem ser substituídos, ainda que não por completo, por uma máquina, muitos pacientes ficam apavorados quando se fala que terão que ser submetidos à hemodiálise, esse medo ocorre muitas vezes por falta de informação sobre o tratamento; mas a hemodiálise tem que ser encarada como uma oportunidade de vida, e, apesar de seus benefícios, pode apresentar complicações como hipertensão arterial, anemia severa, descalcificação, desnutrição e hepatite, que podem ser tratadas e controladas a cada sessão de hemodiálise. (PINHEIRO, 2008).

Já a Diálise Peritoneal (DP) filtra o sangue e remove fluidos excedentes usando um dos filtros naturais de seu próprio corpo, a membrana peritoneal. A membrana peritoneal é o

revestimento que circunda o peritônio, ou cavidade abdominal, que contém seu estômago, baço, fígado e intestinos.

Uma solução de Diálise Peritoneal (DP) é colocada no peritônio, a membrana peritoneal filtra os resíduos e fluidos do sangue para a solução. A solução que contém os resíduos é drenada do peritônio após várias horas e substituída por uma solução limpa. Este processo é chamado de troca. Uma vez treinado, o paciente terá a flexibilidade e a independência de fazê-la em casa, retornando ao médico para manutenção e consultas de rotina.

3.2 Aspectos psicológicos e emocionais do paciente em hemodiálise

A hemodiálise é um tratamento que significa a tentativa de sobrevivência do paciente ao atingir a fase final de sua doença. Isto significa que a pessoa terá que se deslocar de sua casa, em geral três vezes por semana, e terá que ficar “ligado” à máquina por um período aproximado de quatro horas por seção. Esta máquina representa um “rim artificial” externo, que irá filtrar o sangue e devolvê-lo ao corpo do paciente.

O tratamento hemodialítico pode se prolongar por toda a vida do paciente ou até que um doador apareça e forneça um órgão compatível para a realização do transplante. Desta forma, para se conseguir uma melhor qualidade de vida com o transplante, resta ao paciente renal crônico recorrer à ajuda de seus familiares.

A família e o doente, ainda segundo Busato (2001), ao serem informados da dificuldade da doação, encontram-se frente a um problema real e objetivo, que é a busca de um doador. É durante esta etapa que o paciente entra em crise emocional, pelo medo e temor de não conseguir um doador, ou pela demora de encontrá-lo, perdendo com isso as condições físicas necessárias para se submeter à cirurgia do transplante. Assim sendo, o paciente renal crônico apresenta uma problemática emocional variada, que vai surgindo no decorrer da doença. Sabe-se que o ser humano, quando se vê acometido por uma doença, adocece como um todo. O estresse causado por uma doença inabilita e enfraquece a estrutura psíquica e emocional da pessoa enferma.

De acordo com Rosa e Nogueira (1990), os pacientes acometidos por uma doença crônica, geralmente utilizam-se de mecanismos de defesa, numa tentativa de reorganização de sua vida mental, para melhor poderem lidar com as situações de angústia, dor e sofrimento que a cronicidade da doença traz. Ainda para as autoras, dois importantes mecanismos de

defesa podem ser ativados, por causa, principalmente, da dependência com a máquina e com a equipe: a negação e a formação reativa.

Assim sendo, o paciente renal crônico apresenta uma problemática emocional variada, que vai surgindo no decorrer da doença. Sabe-se que o ser humano, quando se vê acometido por uma doença, adocece como um todo. O estresse causado por uma doença inabilita e enfraquece a estrutura psíquica e emocional da pessoa enferma.

Frente a estes sentimentos, Meleti (1987) cita alguns estágios de adaptação para a manutenção do processo dialítico: período de lua-de-mel, período de desencanto e desencorajamento e período de adaptação. No período de lua-de-mel, o paciente sente acentuada melhora física e emocional e conseqüentemente uma necessidade de gozar a vida tendo confiança e esperança. No período de desencanto e desencorajamento os sentimentos de melhora diminuem significativamente ou desaparecem e os pacientes sentem-se abatidos e desamparados com o tempo. O estágio de adaptação surge de forma gradual com a aceitação do paciente das suas limitações, deficiências e complicações inerentes à hemodiálise. Percebe-se assim, que a hemodiálise promove a melhora de alguns sintomas clínicos, porém ao mesmo tempo provoca algumas desordens emocionais.

A negação vai acontecendo progressivamente e sendo utilizada pelo paciente renal crônico na medida em que novos estresses físicos e psicológicos vão aparecendo. Existem ocasiões em que estes pacientes negam a própria doença e as limitações que a mesma lhe impõe, sendo que daí acontece, segundo Palombini, Manfro e Kopstein (1985) a chamada “fuga para a saúde”. Para esses autores, a negação, quando acionada, permite o manejo das frustrações para que o paciente consiga seguir em frente com o programa de diálise.

Para Rosa e Nogueira (1990), os paciente crônicos tendem a reorganizar sua vida mental lançando mão de defesas psicológicas que lhes possibilitem lidar com situações de angústia provocadas pela cronicidade da doença. Por outro lado, estes pacientes são pessoas sempre bem adaptadas, em que a doença eclode criando uma situação de crise, o que traz consigo uma necessidade de rearranjo das defesas psicológicas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO / METODOLÓGICO

4.1 Referencial Teórico

Prática Baseada em Evidências é o processo de descobrir sistematicamente, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas (Rosemberg e Donald, 1995). Para Shiwa (2012), a prática baseada em evidências pode ainda ser definida como o uso de evidências científicas atualizadas para orientar a tomada de decisão clínica.

Segundo Shiwa (2012), a prática baseada em evidências surgiu na década de 70, por um grupo de epidemiologistas da *McMaster University* (Toronto – Canadá), liderados pelos pesquisadores David Sackett, Brian Haynes, Peter Tugwell e Victor Neufeld. Esses pesquisadores planejaram a publicação de uma série de artigos descrevendo regras básicas necessárias para a análise crítica de uma evidência. Estes artigos foram publicados no início de 1981 no *Canadian Medical Association Journal* tendo por objetivo investigar a análise crítica em ambiente hospitalar de processos assistenciais sugeridos pela literatura médica (Shiwa, 2012).

No início da década de 90, Gordon Guyatt deu continuidade ao trabalho do Dr. Sackett e adotou como missão o treinamento de profissionais de saúde na prática clínica baseada em evidências abrangendo diversas áreas de assistência à saúde tais como medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia e posteriormente, áreas da economia e gestão de serviços de saúde (Shiwa, 2012).

Na Enfermagem, segundo Sackett (2003) a PBE envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente. Sendo os Enfermeiros responsáveis pelo cuidado que eles fornecem aos seus pacientes, a prática baseada em evidências em enfermagem norteará esses enfermeiros a tomar decisões sobre o tratamento dos pacientes com base nas melhores provas disponíveis, ajudando na prestação de cuidados de alta qualidade com base na investigação e no conhecimento.

De acordo com o autor supracitado, melhor evidência a é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceitas por informações mais seguras, acuradas e eficazes. Assim, esse paradigma se tornou uma vertente na produção e validação de

conhecimento, por meio do reconhecimento dos profissionais acerca da necessidade diária de apreciações válidas para o diagnóstico, prognóstico, intervenções e prevenção.

Para Shiwa (2012), a prática baseada em evidências engloba três aspectos fundamentais: a pesquisa clínica de alta qualidade, o conhecimento do profissional e as preferências do paciente.

Enfermeiros tomam decisões sobre quais são os melhores cuidados a serem prestados para seus pacientes. Um melhor resultado pode ser obtido quando o cuidado é baseado em métodos já estudados e comprovados. Assim, uma prática baseada em evidências aumenta a eficiência do enfermeiro, pela tomada de decisões com base no conhecimento que é apoiado por investigação.

Para se ter uma prática baseada em evidência, é necessário escolher métodos de pesquisa adequados tais como Revisão Sistemática da literatura e Revisão Integrativa.

Neste estudo foi dada ênfase à Revisão Integrativa por ser a abordagem adotada para este estudo.

4.2 Referencial Metodológico

4.2.1 Revisão Integrativa

A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo ao leitor analisar o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Segundo Souza (2010), existe 06 passos para se fazer uma Revisão Integrativa:

1. Escolha e definição do tema (elaboração da Questão)
2. Busca na literatura (Amostragem)
3. Critérios para categorização dos estudos (Coleta de dados)
4. Avaliação dos estudos incluídos nos resultados
5. Discussão do resultado
6. Apresentação da revisão integrativa

No primeiro passo, o tema é o problema da pesquisa. A escolha do tema que será o objeto da revisão integrativa deve estar vinculada aos objetivos da pesquisa definindo

claramente qual o foco da pesquisa e que pergunta ou questão ela vai responder/elucidar. Deve-se identificar as palavras-chave considerando os temas relacionados, conhecimento prévio do tema e delimitadores da pesquisa (tempo, prazo, população, área geográfica, idioma, etc).

A elaboração da questão ou pergunta norteadora da revisão deve ser de forma clara e completa. Bernardo (2004) propôs uma estratégia para esta elaboração denominada de PICO.

PICO representa um acrônimo (ou conjunto de abreviações), para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**utcomes (desfecho).

A estratégia PICO pode ser utilizada para construir diversas questões. A pergunta de uma pesquisa deve ser bem construída para possibilitar a definição correta de informações/evidências necessárias para resolução da questão clínica de pesquisa, evidenciadas na base de dados focando o escopo da mesma.

O segundo passo é a busca da literatura, estabelecendo a abrangência do assunto e critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa. Estes critérios irão facilitar o trabalho realizando a subdivisão em grandes assuntos, separando cada assunto principal e esmiuçando os tópicos.

A terceira etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave, avaliando o nível de evidência dos estudos, utilizando o uso de seus resultados para determinar as conclusões e conhecimento atual do tema investigado.

O revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo.

A quarta etapa consiste na análise dos dados, empregando ferramentas apropriadas para garantir a validade da revisão dos estudos selecionados, analisados detalhadamente. Esta análise deverá ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados.

Deve-se observar nesta fase, as evidências resultantes dos múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados, evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental, evidências de estudos quase-experimentais, evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa, evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e evidências baseadas em opiniões de especialistas.

As evidências são classificadas em níveis e Mendes (2008) as classificam em seis níveis como descrito abaixo:

- **Nível 1:** As evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- **Nível 2:** As evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- **Nível 3:** As evidências de estudos quase-experimentais;
- **Nível 4:** As evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.
- **Nível 5:** as evidências são resultantes de relatos de caso ou de experiência;
- **Nível 6:** quando as evidências são baseadas em opiniões

Na quinta etapa, os dados evidenciados deverão ser comparados, analisando-se os artigos e o referencial teórico identificando possíveis lacunas do conhecimento, delimitando as prioridades para estudos futuros, sem deixar de proteger a validade da revisão integrativa, salientando e explicitando as conclusões e inferências.

Na sexta e última etapa, deve-se fazer uma apresentação da revisão clara e completa, permitindo ao leitor avaliar criticamente os resultados.

5 PERCURSO METODOLOGICO

Trata-se de uma revisão integrativa seguindo as fases apresentadas por Mendes (2008).

1ª etapa - Após o estabelecimento do tema, foi estabelecida a questão norteadora da pesquisa através da estratégia PICO a seguir:

P – Paciente ou Problema – paciente portador de doença renal crônica à espera de um transplante

I – Intervenção – manifestações emocionais e comportamentais

C – Controle ou Comparação - não se aplica

O – Desfechos (Outcomes) – identificação das aspectos emocionais e comportamentais do paciente

Para esta pesquisa, considerando o PICO, formulou-se a seguinte questão: quais os aspectos emocionais e comportamentais apresentados pelo paciente à espera de um transplante renal?

2ª etapa – Para esta busca, optou-se por descritores controlados, conhecidos como “títulos de assuntos médicos” ou “descritores de assunto”, utilizados para indexação de artigos nas bases de dados, (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Os descritores controlados utilizados foram: *emocional, psicológico, comportamento, dialítico/diálise, renal crônico e transplante*.

Foi utilizado para esta pesquisa Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Para busca das publicações foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, Medline, Portal Capes, Lilacs, Biblioteca Cochrane, BDNF, LEYES e SecS.

Como critérios de inclusão foram considerados:

- artigos em português, inglês e espanhol,
- com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas,
- artigos publicados no período de 2000 a 2013,
- artigos disponíveis na íntegra na forma *on line*.

Como critérios de exclusão foram considerados:

- Artigos que envolvam crianças e adolescentes
- Artigos que envolvam paciente com insuficiência renal aguda

Nas bases de dados pesquisadas foram identificados 303 publicações e com base nos critérios estabelecidos foram selecionados 07 publicações como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das publicações selecionadas de acordo com as bases de dados pesquisadas

Base de Dados	Artigos Encontrados	Artigos Selecionados
MEDLINE	204	0
IBECS	3	0
LILACS	65	02
SCIELO	31	05
TOTAL	303	07

Fonte: Elaborado pela autora

3ª etapa - Para coleta de dados nos estudos selecionados foi elaborado um instrumento que foi preenchido com as seguintes variáveis:

- Características das publicações: base de dados, ano, local de publicação, título do trabalho, objetivo, abordagem metodológica,
- Características dos autores: número de autores, profissão, titulação e local de atuação.
- Objeto do estudo: manifestações emocionais e comportamentais.

Quadro 2 – Formulário de Registros para Coleta de dados

Título/Autor	Base de Indexação	Instituição de Origem	Ano de Publicação	Tipo de Estudo/ Metodologia	Síntese/Artigo
Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal / Leda Maria Branco Ravagnani. Neide Aparecida Micelli Domingos. Maria Cristina de Oliveira Santos. Miyazaki	SCIELO	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	2007	Estudo descritivo-exploratório. Participaram 17 pacientes (nove mulheres e oito homens) com idade entre 23 e 55 anos (M = 38 anos; DP = 8), que responderam ao Inventário de Qualidade de Vida SF-36, ao Inventário de Enfrentamento e a um roteiro de entrevista (pré e pós-transplante)	Comparar qualidade de vida pré e pós-transplante renal e identificar estratégias de enfrentamento utilizadas após o transplante

Fonte: Elaborado pela autora

O modelo acima foi utilizado como instrumento de coleta de dados.

4º etapa - Refere-se a análise crítica dos estudos incluídos. Os dados desse estudo foram agrupados, classificados e apresentados em quadros, tabelas e gráficos.

5ª etapa - Discussão dos resultados. Os resultados foram discutidos com base na literatura específica.

6ª etapa - Esta etapa consistiu na elaboração do documento que foi apresentado como trabalho de final de curso de especialização

6 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem:

1. Características das publicações
2. Características dos autores
3. Manifestações emocionais e comportamentais dos pacientes

6.1 Características das publicações identificadas

Os 07 estudos que constituíram a amostra deste trabalho foram publicados no período de 2003 a 2011 e foram nomeados de E1 a E7. Suas características estão discriminadas nos Quadros 3 e 4.

QUADRO 3- Características das Publicações

Estudo	Nº	Base/Dados	Idioma	Referências
E1	003	SCIELO	Português	CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. Revista Brasileira de Enfermagem . 2003, vol.56, n.5, pp. 502-506. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500008 >. Acesso em: 07 Jan. 2013
E2	007	SCIELO	Português	RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal . Estudos de Psicologia, 2007, 12. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26112210 >. Acesso em: 10 Janeiro. 2013
E3	008	LILACS	Português	HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem . 2008, vol.21, n.spe, pp. 203-206. ISSN 1982-0194. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500012 >. Acesso em: 10 jan. 2013.
E4	008	LILACS	Português	RAMOS, I. C et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. Acta Scientiarum Health Science . Disponível em: < http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099 >. Acesso em: 10 Jan. 2013.
E5	009	SCIELO	Português	PASCOAL, Melissa et al . A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. Revista da Sociedade Brasileira de Psicología Hospitalar (SBPH) , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009 . Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200002&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 10 Jan. 2013.
E6	011	SCIELO	Português	SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Evidence-based clinical practice. Part II—Searching evidence databases. Revista da Associação Médica Brasileira . 2004 Jan-Mar; 50(1):104-8.

E7	011	SCIELO	Português	FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. Jornal Brasileiro de Nefrologia . 2011, vol.33, n.2, pp. 129-135. ISSN 0101-2800. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003 >. Acesso em 07 jan. 2013.
----	-----	--------	-----------	--

Fonte: Elaborado pela autora

Todos os artigos selecionados foram publicados no idioma português, no período de 2003 a 2011, utilizando Scielo e Lilacs como bases de dados, podendo o leitor consultar os artigos na íntegra através das referências.

QUADRO 4 - Número de autores, título, objetivo dos estudos, tipo de estudo e nível de evidencia das publicações selecionadas.

Estudo	Autores	Título	Objetivo	Tipo	Nível de evidência
E1	02	A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais.	Analisar do ponto de vista do doente em hemodiálise, o atendimento dos profissionais de saúde e suas relações interpessoais.	Método Clínico- Qualitativo	V
E2	03	Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal.	Comparar qualidade de vida pré e pós-transplante renal e identificar estratégias de enfrentamento utilizadas após o transplante.	Estudo Descritivo- Exploratório	I
E3	05	Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise.	Analisar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica, em tratamento de hemodiálise.	Pesquisa Quantitativa	I
E4	04	Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado.	Caracterizar as transformações físicas e psicoemocionais que a insuficiência renal crônica pode acarretar no modo de vida dos pacientes; descrever percepções, reações do paciente em tratamento hemodialítico e as formas de enfrentamento na sua condição de vida.	Estudo Qualitativo	IV
E5	06	A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise.	Refletir sobre a atuação e abordagem do psicólogo junto a pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico e sua importância como membro da equipe de Nefrologia na assistência ao paciente desde o diagnóstico ao tratamento.	Estudo Bibliográfico	V

E6	01	Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil.	Comparar o nível de qualidade de vida entre pacientes em HD inscritos e não-inscritos na lista de espera para transplante renal.	Estudo Descritivo e Exploratório	I
E7	02	A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo.	Comparar a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise sem depressão (A) com aqueles com algum grau de depressão (B).	Estudo Descritivo e Transversal	I

Fonte: Elaborado pela autora

O número de autores variou de um a 6 por trabalho, totalizando 22.

A maioria (4) dos estudos tinham abordagem descritiva/quantitativa, dois eram estudos qualitativos e um estudo bibliográfico.

6.2 Características dos autores das publicações identificadas

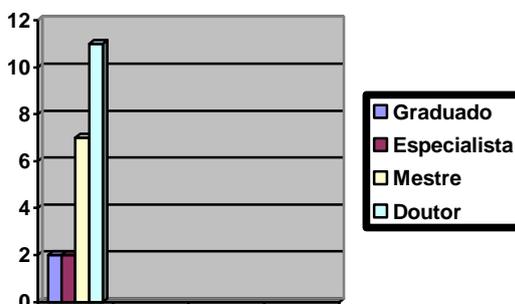
Quadro 5 - Características dos estudos quanto ao número de autores, profissão, titulação e local de atuação.

Estudo	Nº de autores	Profissão	Titulação	Local de atuação
E1	2	Enfermeiro Médico	Doutor Doutor	UNICAMP
E2	3	Psicóloga Psicóloga Psicóloga	Mestre Mestre Mestre	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
E3	4	Enfermeira Enfermeira Enfermeiro Enfermeira	Graduada Mestre Graduado Mestre	Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC - Campinas (SP) e Centro Universitário Hermínio Ometto .UNIARARAS - Araras (SP)
E4	4	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira	Doutora Doutora Doutora Mestre	Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Estadual do Ceará (UECE)
E5	6	Psicóloga Psicóloga Psicóloga Médico Médico Médico	Especialista Especialista Doutora Doutor Doutor Doutor	Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Faculdade de Ciências Médicas SP.
E6	1	Médico	Doutor	Universidade Federal do Ceará (UFC)
E7	2	Médico Médico	Mestre Doutor	Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA Hospital das Clínicas da FAMEMA/Universidade de Otawa, Canadá; FAMEMA

Fonte: Elaborado pela autora

A maioria dos autores eram enfermeiros (9) seguidos por médicos (7) e psicólogos (6). No gráfico abaixo, representamos os autores de acordo com sua titulação.

Gráfico 1- Titulação dos autores.



Fonte: Elaborado pela autora

O gráfico acima representa a titulação dos 22 autores dos artigos estudados, sendo 02 Graduados, 02 Especialistas, 07 Mestres e 11 Doutores.

6.3 Aspectos emocionais e comportamentais

Quadro 6 - Aspectos emocionais e comportamentais identificados

Aspectos	Estudo	Nível de Evidência
Alteração da imagem corporal, auto-estima	E1, E2, E4, E5	I, IV, V
Medo, medo da morte, ansiedade, angústia	E1, E2, E4, E5	I, IV, V
Limitação das atividades físicas e sociais/rotina	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	I, IV, V
Sufrimento psíquico, sintomas depressivos, desamparo	E1, E3, E6, E7	I, V
Aspectos emocionais/psicológicos	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	I, IV, V
Negação da doença	E5, E7	I, V
Sentimentos de indiferença, inferioridade em relação a outras pessoas saudáveis	E4, E5, E6, E7	I, IV, V
Qualidade de vida, aspectos nutricionais	E2, E3, E4, E6	I, IV, V
Necessidade de ser ouvido, receber atenção	E1, E7	I, V
Efeitos da medicação, tratamentos dolorosos	E2, E5	I, V
Adaptação gradual, aceitação, novas exigências	E4, E5, E6	I, IV, V

7- DISCUSSÃO

Cada paciente está intimamente relacionado com sua doença, muitas vezes ele percebe esta doença como uma ameaça trazendo sobre si sofrimentos.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma patologia resultante da deterioração progressiva e irreversível da função renal, sendo assim, o enfermeiro na Terapia Renal Substitutiva tem papel primordial no acolhimento, na escolha e nos esclarecimentos das condutas terapêuticas a serem implementadas no tratamento.

A IRC pode ocasionar mudanças no estilo de vida e comportamentais nos pacientes nefropatas crônicos representando “prejuízo” para o mesmo, pois o estado de alerta e alta tensão a que submetem, acaba por desencadear altos níveis de ansiedade devido à exposição a situações de estresse como diálise, dietas rigorosas, espera pelas longas filas de transplante etc, além disso, passam a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos devido as alterações e limitações na capacidade física, social e da vida diária, afastando muitas vezes o paciente de seu grupo social, lazer, trabalho e até da própria família devido ao tratamento necessário para a manutenção da vida, além de “esbarrar” na auto estima por causa da imagem corporal comprometida devido as suas alterações.

Estes pacientes, apresentam ainda uma descompensação emocional variada, de acordo com Garcia & Zimmerman (2006), o aumento da mortalidade na população em hemodiálise está relacionada aos quadros depressivos, de acordo com sua história de vida e condição psíquica, estes pacientes podem reagir de forma a desenvolver sentimentos como revolta, tristeza, depressão, medo e até negação da doença, levando muitas vezes este paciente a abster-se do tratamento.

A depressão é a complicação mais comum nos pacientes dialíticos, para Higa *et al* (2008), o humor depressivo persistente, auto-imagem prejudicada e sentimentos pessimistas, são algumas manifestações psicológicas, além das fisiológicas, incluindo o distúrbio de sono, alterações do apetite, peso e a baixa da libido.

Avaliar as condições de adaptação às novas situações que o tratamento dialítico impõe e as limitações dele decorrentes é o desafio que está posto para os profissionais de saúde, pois a presença deste profissional neste momento, será como uma fonte de referência e segurança, pois muitas vezes os pacientes sentem-se mais seguros em exprimir seus sentimentos para o profissional do que para a família, fazendo-se necessário criar alternativas que ajudem o paciente a perceber e aceitar suas limitações sem interferir nas suas potencialidades, na tentativa de tornar a situação menos angustiante possível

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram alcançados, pois os resultados nos permitiram compreender as manifestações emocionais do paciente portador de insuficiência renal, assim como seu comportamento perante as diversas variações a que este fica exposto, como por exemplo as transformações físicas e limitações trazendo na maioria das vezes mudança em seu estilo de vida ocasionando sofrimento emocional, fazendo com que este paciente muitas vezes se afaste das relações sociais, necessitando de reestruturação e adaptação a esta nova realidade.

Os aspectos emocionais evidenciados neste estudo abrem precedentes para que sejam realizados outros estudos, pois revela a necessidade de uma reflexão e um novo olhar por parte dos profissionais de saúde ao paciente renal crônico, contribuindo para uma melhor compreensão sobre este paciente, refletindo diretamente na implementação do cuidado profissional, mudando sua postura diante o paciente renal crônico na fila do transplante, valorizando o ser humano mais que a doença.

REFERÊNCIAS

ALIANÇA BRASILEIRA PELA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS. **Transplante é muito mais do que uma simples cirurgia, é um procedimento que envolve a mais profunda conexão entre seres humanos.** Disponível em:

<<http://www.adote.org.br/oquesaber.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2012.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informações. **Revista da Associação Médica Brasileira.** 2004; 50 (1): 104-8.

BÍBLIA SAGRADA. N. T. **2 TIMÓTEO.** Belo Horizonte: Atos, 2002. CAP. 4, p. 1152.

BRUNET, Dominique. **Pesquisa sobre Saúde.** Disponível em

<<http://www.appforce.net/quais-sao-os-beneficios-da-pratica-baseada-em-evidencias-em-enfermagem.html>>. Acesso em 30 out. 2012.

BUSATO, Otto. **Transplante Renal: aspectos emocionais,** 2001. Disponível em:

<<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?224>>. Acesso em 05 dez. 2012.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2003, vol.56, n.5, pp. 502-506. ISSN 0034-7167. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500008>.> Acesso em: 07 Jan. 2013

CASTRO, E.K. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicopatologia Hospitalar (SBPH),** 8 (1), 1-14.: Disponível em: <http://pepsic.bvpspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 de Mai. 2013.

ERNANI, Luiz. **O inventor da hemodiálise.** 11 outubro 2010. Disponível em:

<<http://www.naninho.blog.br/tag/hemodialise.html>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** 2011, vol.33, n.2, pp. 129-135. ISSN 0101-2800. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003>>. Acesso em 07 jan. 2013.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Complexo MG Transplantes.** Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-mg-transplantes>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória.** Rev Latino-am Enfermagem. 2002. Set-out; 10(5):690-5.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** 2004 Mai-Jun; 12(3):549-56.

HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2008, vol.21, n.spe, pp. 203-206. ISSN 1982-0194. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500012>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Transplante de órgãos**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/hospital/transplantes/transplanteorgaos/Paginas/transplante-de-orgaos.aspx>>. Acesso em: 30 out. 2012.

INSTITUTO de Psicologia. Biblioteca Dante Moreira Leite. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/EBE_2011.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2012.

MELETI, M. R. **O paciente em hemodiálise**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). A psicologia no hospital. São Paulo, Traço, 1987, p. 149-159.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. vol. 17 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2008.

PALOMBINI, D. V.; MANFRO, R. C.; KOPSTEIN, J. Aspectos Emocionais dos Pacientes em Hemodiálise Crônica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 31, n. 5 e 6, mai/jun. 1985.

PASCOAL, Melissa et al . A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicología Hospitalar (SBPH)**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 Jan. 2013.

PINHEIRO, Pedro. **O que é hemodiálise**. 29 novembro 2008. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2008/11/hemodilise-parte-i-entenda-como.html>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

PINTO, Denise Entrudo et al. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.31, n.4, out/dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002009000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 dez. 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto & Contexto Enfermagem**. Mar 2008, 17(1). Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/1708/17-5563.php>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

RAMOS, I. C et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum Health Science**. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099>>. Acesso em: 10 Jan. 2013.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. **Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal**. Estudos de Psicologia, 2007, 12. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26112210>> Acesso em: 10 Janeiro. 2013

ROSA, D. P.; NOGUEIRA, W. P. Reações Emocionais de Pacientes Submetidos à Hemodiálise. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 47, n. 8, ago. 1990.

ROSENBERG, W.; DONALD, A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. **British Medical Journal**, 310: 1.122-1.126, 1995.

SACKETT, David L. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Evidence-based clinical practice. Part II—Searching evidence databases. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2004 Jan-Mar; 50(1):104-8.

SEJA Mais Feliz. Disponível em: <www.sejamaisfeliz.com.br/si/site/011101/p/Transplantes>. Acesso em: 12 nov. 2012.

SANTOS, Paulo Roberto. Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 2011. 33(2):166-172

SHIWA, Sílvia Regina. **Práticas baseadas em evidências: a base de dados PEDro, reprodutibilidade da escala de qualidade Pedro em português e a influência do idioma de publicação na qualidade dos estudos controlados aleatorizados**. São Paulo, 2012. 95 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Insuficiência renal**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, v. 8, p. 102-106, 2010.