



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica**

**Área específica de Intervenção em Enfermagem**  
**Nefrológica**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
**A Qualidade de Vida no Transplantado Renal**

**Ana Vanessa Antunes**

**Lisboa**

**2019**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica**

**Área específica de Intervenção em Enfermagem**  
**Nefrológica**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
**A Qualidade de Vida no Transplantado Renal**

**Ana Vanessa Antunes**

Orientador: Professor Filipe Cristóvão

**Lisboa**  
**2019**



## **Agradecimentos**

Ao Professor Filipe Cristóvão pela sua disponibilidade, flexibilidade, apoio e rigorosa orientação.

Aos colegas de curso e de trabalho pelo companheirismo e partilha.

Às orientadoras de estágio e equipas multidisciplinares pela forma como me receberam, integraram e permitiram as aprendizagens.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional e por compensarem as minhas ausências.

Ao meu marido pelo incentivo, compreensão e paciência.

Ao meu filho, pelos carinhos, abraços e pelo AMO-TE com que me recebeu diariamente. Sobre tudo por me fazer valorizar o tempo.

A todos MUITO OBRIGADO!



## LISTA DE SIGLAS

ADNP- Atendimento a Doentes ao Programados

AV - Acessos vasculares

APA - *American Psychological Association*

CIPE- Classificação Internacional para a prática de enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DP - Diálise Peritoneal

DPA- Diálise Peritoneal Automática

DRC – Doença renal crónica

EDTNA – *European Dialysis and Transplant Association*

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

FAV- Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

ISPD - *International Society for Peritoneal Dialysis*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

KDIGO - *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*

KTQ - Kidney Transplant Questionnaire

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OS – Orifício de Saída

PE- Projeto de estágio

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

QoL- *Quality of Life*

KTQ - *Kidney Transplant Questionnaire*

RTQ- *Renal Transplant Questionnaire*

SLED - *Slow Continuous Ultrafiltration Dialysis*

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de filtração glomerular

TMC – Tratamento médico conservador

TSFR – Terapia de substituição da função renal

TR– Transplante Renal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

USRDS - *United States Renal Data System*

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana





## RESUMO

O aumento da prevalência mundial da doença renal crónica torna-a um problema crescente de saúde pública, com especial impacto na qualidade de vida (QV) do indivíduo. O doente renal crónico terminal (DRCT) sofre mudanças radicais no estilo de vida, que afetam a sua condição física, social e psicológica. O transplante renal (TR) é um dos tratamentos de eleição no último estadió da doença renal crónica (DRC), proporcionando ganhos em saúde, e aumento da sobrevivência e QV. No entanto, esta opção também é geradora de incerteza e vulnerabilidade pelos sucessivos processos de adaptação, o que requer cuidados de saúde e acompanhamento diferenciados nas várias fases. É necessário que o enfermeiro detenha um vasto leque de competências, que não se foquem apenas na clínica, mas nas capacidades relacionais, comunicacionais, na responsabilidade profissional e na evidência científica. Isto torna cada vez mais emergente a necessidade de formar especialistas na área e de reconhecer o impacto que a diferenciação dos enfermeiros tem nos ganhos em saúde.

O presente relatório surge assim como uma análise descritiva e reflexiva das competências de enfermeira especialista desenvolvidas em estágio, nos vários contextos de intervenção nefrológica. Como forma de complementar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e prática do curso, inclui-se a investigação realizada sobre as dimensões e conceitos relacionados com a QV após TR. Os resultados evidenciaram uma variabilidade nos instrumentos utilizados para avaliação da QV nesta população, destacando-se o RTQ (*Renal Transplant Questionnaire*). Mapearam-se as variáveis que influenciam a perceção da QV no TR, distinguindo-se: as relacionadas com o perfil sociodemográfico do doente; as que são consequência direta do TR; e as relacionadas com a condição pré TR.

Evidencia-se que o enfermeiro especialista tem um papel fundamental na disseminação desta informação, na sensibilização dos seus pares e de outros profissionais de saúde, no desenvolvimento de estratégias educativas e promotoras da saúde no DRCT e naquele submetido a TR.

**Palavras-chave:** Doença Renal Crónica, Transplante Renal, Qualidade de Vida



## ABSTRACT

The increasing worldwide prevalence of chronic kidney disease makes it a growing public health problem, with particular impact on the individual's QoL (Quality of Life). The patient in end-stage chronic kidney disease undergoes radical lifestyle changes that affect its physical, social and psychological condition. The kidney transplant is the preferential for the last stage of chronic kidney disease, providing health gains and increased survival and QoL. However, this option also generates uncertainty and vulnerability due to the successive adaptation processes, requiring differentiated health care and follow-up at its various stages. Nurses are required to have a wide range of competencies that focus not only on clinical practice, but also on relational and communicational skills, professional responsibility and scientific evidence. These boosters the need to train experts in the field and to recognize the impact that nurses differentiation can have on health gains.

This report emerges as a descriptive and reflexive analysis of the specialist nurse skills developed during the internship, in the various contexts of nephrological intervention. To complement the knowledge acquired in both theoretical and practical component of the course, the report includes the research on the dimensions and concepts related to QoL after kidney transplant. The results showed variability in the instruments used to assess QoL in this population, highlighting the Renal Transplant Questionnaire (RTQ). The variables influencing the perception of QoL after the kidney transplant were mapped, being categorized as following: those related to the patient sociodemographic profile; those that are a direct consequence of the kidney transplant; and those related to the pre transplant condition.

It is clear that the specialist nurse plays a key role in the dissemination of this information, in the sensitization of their peers and other health professionals, in the development of educational and health promotion strategies for both end-stage kidney disease patient and transplanted patient.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease, Kidney Transplant, Quality of Life



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1. QUADRO CONCEPTUAL .....	19
1.1 Competências do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem .....	19
1.2 Doença renal crónica.....	21
1.2.1 Conceito, etiologia e evolução da doença renal crónica .....	21
1.2.2 Modalidades de tratamento no estadio 5.....	23
1.2.3 Qualidade de vida no transplantado renal .....	25
1.3 Perspetiva de Enfermagem – modelo de adaptação de Callista Roy .....	26
2. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	29
2.1 Caracterização dos contextos de estágio .....	29
2.2 Competências comuns de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem .....	32
2.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	32
2.2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	37
2.2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados .....	43
2.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	46
2.3 Competências específicas do enfermeiro de nefrologia .....	48
3. ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA TRANSPLANTADA RENAL.....	55
3.1 Definição do problema .....	55
3.2 Metodologia de investigação.....	55
3.2.1 Tipo de estudo e questão de investigação .....	55
3.2.2 Estratégia de Pesquisa .....	56
3.3 Resultados .....	57
3.3.1 Caraterização geral dos estudos.....	58
3.3.2 Principais resultados .....	59
3.3.3 Discussão.....	63
3.4 Limitações do estudo.....	66
3.5 Conclusões.....	66
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXOS E APÊNDICES .....	77
Anexo I- Cronograma de estágio	
Apêndice I - Folha de monitorização do regime terapêutico da consulta pós transplante renal	
Apêndice II- Guia de acolhimento da consulta pós transplante renal	

Apêndice III - Cuidados após colocação de cateter de diálise peritoneal

Apêndice IV- Registo de indicadores da qualidade da unidade de hemodiálise

Apêndice V- Apresentação dos indicadores da qualidade da unidade de hemodiálise

Apêndice VI- Tabela de sistematização de resultados

## ÍNDICE DE TABELAS e FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Classificação da DRC de acordo com a TFG.....	22
<b>Figura 2</b> – Fluxograma do processo de seleção de artigos.....	57





## INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente de Enfermagem Nefrológica, concluído em 10 de maio de 2019. Este relatório pretende demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, através da reflexão e análise das atividades realizadas em estágio, e da realização de um trabalho de investigação com relevância para a consolidação de competências de mestre em enfermagem, após aprovação e discussão em prova pública.

O relatório respeita as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011), as competências específicas do enfermeiro especialista definidas pela *European Dialysis & Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA) (EDTNA, 2007), e os descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de formação (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006) conducente ao grau de mestre em enfermagem.

O desenvolvimento de competências que permitem cuidar das pessoas com alteração da eliminação renal em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família, foi ainda suportado pelo quadro de referência norteador do exercício da profissão, assente no código deontológico, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1998) e no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Considerando que o doente renal crónico experiencia mudanças constantes na sua vida, no processo de doença, relacionamentos e ambiente, adotou-se o Modelo de Adaptação de Callista Roy, como suporte teórico de enfermagem (Roy & Andrews, 2001). A avaliação das competências adquiridas foi efetuada de acordo com o modelo de Dreifus adaptado por Benner (2001), seguindo a lógica de progressão nos cinco níveis de proficiência: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Este trabalho organiza-se em três capítulos principais. No primeiro apresenta-se a estrutura concetual que sustentou todo o percurso de aprendizagem, nomeadamente: o enquadramento das competências do especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de mestre em enfermagem; os conceitos relacionados com a doença renal, e os constructos teóricos de Callista Roy. No segundo desenvolve-se uma análise reflexiva das competências adquiridas em estágio, sustentada pelo quadro conceptual. No terceiro

apresenta-se o estudo realizado sobre a qualidade de vida no doente transplantado renal, que surge como um dos requisitos para aquisição do grau de mestre em enfermagem. Conclui-se este percurso com algumas considerações finais e referenciação bibliográfica.

Este relatório foi redigido segundo o novo acordo ortográfico e respeitando o guia orientador da elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL e as normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição.

# 1. QUADRO CONCEPTUAL

## 1.1 Competências do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem

A enfermagem fundamenta-se na formação contínua, na aquisição de saberes, e na busca e produção de conhecimento, com o objetivo de desenvolver competências gerais e específicas, que permitam a melhoria contínua dos cuidados. Este percurso formativo encontra sentido no modelo que Patricia Benner descreve na sua obra, *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. A autora, para além de teorizar sobre os níveis de aquisição de competências com base na aprendizagem experiencial, enfatiza também as dimensões do conhecimento que permitem ao profissional agir e tomar decisões cada vez mais fundamentadas e diferenciadas (Benner, 2001).

Tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, a autora identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. No primeiro estadio o iniciado não tem nenhuma experiência das situações com que é confrontado na prática. Os princípios e normas de atuação resultam dos conhecimentos adquiridos durante o percurso académico, não conseguindo estabelecer prioridades autonomamente. No segundo estadio, ao ser confrontado com situações reais, o iniciado avançado consegue identificar parcelarmente fatores significativos das experiências pela repetição. E ainda incapaz de identificar pormenores importantes que ajudem a priorizar a sua intervenção. No estadio 3, o enfermeiro competente desempenha funções no mesmo serviço há alguns anos, planeando intervenções em função dos objetivos que pretende atingir a medio e longo prazo. Consegue por isso analisar e priorizar as situações. No entanto, ainda não tem a flexibilidade de raciocínio e capacidade de decisão que algumas situações exigem. No quarto estadio, o enfermeiro é considerado proficiente, tendo capacidade de interpretar as situações de forma não fragmentada, reconhecendo-as na sua globalidade e sendo capaz de identificar quais os acontecimentos típicos esperados numa situação. Tal compreensão melhora a sua capacidade de decisão. No entanto, o enfermeiro proficiente ainda não está apto para descrever ou explicar aspetos complexos de uma situação nova ou mais difícil. No estágio 5, o enfermeiro perito tem já uma enorme experiência, compreendendo intuitivamente a globalidade de cada situação. Não rege a sua atuação apenas com base em regras e protocolos, tendo uma elevada capacidade de adaptação e de decisão e

agindo rapidamente em conformidade com a situação. Articula facilmente a sua formação teórica com a sua experiência prática (Benner, 2001).

É por isso fundamental que “o enfermeiro tenha um conjunto de competências que lhe permitam realizar a sua ação técnica, estando ao lado, sabendo lidar com, sabendo estar, sabendo entender as pessoas nas suas necessidades de cuidados, realizando os cuidados e criando as condições para que o cuidado aconteça (...) é isto que o distingue de uma intervenção do senso comum” (Costa, 2007, p.31).

Neste sentido, surge o conceito do enfermeiro especialista, que a Ordem dos Enfermeiros (OE), define como “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”(Ordem dos Enfermeiros (2011), p.1). De acordo com o regulamento nº 122/2011, a Ordem dos Enfermeiros define ainda um conjunto de competências clínicas especializadas comuns, organizadas em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; e domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros (2011)).

A crescente longevidade das populações e o aumento das pessoas que vivem com doenças prolongadas tem condicionado, não só a crescente necessidade de adaptação e reestruturação nos vários níveis do sistema de saúde, mas sobretudo a diferenciação dos cuidados de enfermagem prestados a estes indivíduos. É neste contexto que se destaca o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, operacionalizado na vertente nefrológica pela EDTNA/ERCA (EDTNA, 2007). Neste contexto, entende-se como alvo de intervenção a pessoa com doença renal crónica, cuidadores e família.

O aumento da complexidade e diferenciação dos cuidados ao doente renal crónico tem evidenciado a necessidade de reconhecimento e certificação de um percurso profissional especializado no domínio da nefrologia. Em 2007 a EDTNA/ERCA, desenvolveu o *European Competency Framework for Nephrology Nurses*, que estabelece as competências específicas do enfermeiro em nefrologia, por contexto de intervenção (internamento, hemodiálise (HD), transplante renal (TR), diálise peritoneal (DP)). Segundo a mesma associação, e seguindo a estrutura de desenvolvimento profissional de Benner (2001), reconhece-se que os enfermeiros de nefrologia podem já ter um nível mais elevado de competências do que o Iniciado, o que corrobora a necessidade de estruturar e reconhecer domínios específicos de competências nesta área de intervenção (EDTNA, 2007).

Por se tratar de um curso de mestrado em enfermagem, que confere não só o título de especialista, mas também o grau de mestre, importa referir o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24-03-2006, que expõe as competências preconizadas para atribuição deste título académico: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

## **1.2 Doença renal crónica**

### **1.2.1 Conceito, etiologia e evolução da doença renal crónica**

A prevalência da doença renal crónica (DRC) tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo já considerada um problema de saúde pública global, com um impacto significativo na economia dos sistemas de saúde (Hill et al., 2016). Estima-se que afeta mais de 10% da população nos países desenvolvidos (Vos et al., 2015). Tem maior incidência na população com idade superior a 65 anos, que tende a ter uma maior associação de comorbilidades. Cerca de 80% das doenças que afetam o rim incluem a diabetes e hipertensão arterial, os restantes 20% são devido a glomerulonefrites, doenças renais intersticiais, doenças hereditárias e causas desconhecidas (Brück et al, 2016). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em Portugal também a diabetes e a hipertensão estão entre as causas primárias da DRC, com uma prevalência de cerca de 28% e 14%, respetivamente (SPN, 2018). No estudo do *Global Burden of Disease* de 2013, a DRC, é considerada como a causa de mortalidade de doença não transmissível

que mais aumentou nos últimos 23 anos. Esta análise inclui dados de 188 países e refere que dentro das suas causas a diabetes aumentou cerca de 10.6% (Vos et al., 2015).

Conceptualmente, vários autores distinguem as causas para a doença segundo a localização da lesão, sendo descritas como mais frequentes as seguintes: glomerulopatias: existe lesão ao nível dos glomérulos, que são destruídos por processos inflamatórios (glomerulonefrites) ou degenerativos; nefropatias diabéticas: após anos de evolução, a diabetes mellitus é causa frequente de insuficiência renal crónica; nefropatias vasculares: as doenças renais vasculares devem-se frequentemente à evolução prolongada da hipertensão arterial; nefropatias de causa urológica: são as lesões renais devido a anomalias, obstruções das vias urinárias ou pielonefrites crónicas; nefropatias hereditárias; e nefropatias medicamentosas: os medicamentos mais frequentemente envolvidos são analgésicos e anti-inflamatórios, utilizados indevidamente e de forma prolongada (N. (Ed) Thomas, 2014).

De acordo com a *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), a DRC caracteriza-se pelas alterações na estrutura e função renal por um período superior a 3 meses, com manifesto impacto para a saúde da pessoa. A DRC é classificada em e estadios de afeção renal, definidos com base na taxa de filtração glomerular (TFG) e níveis de albuminúria, sendo que as manifestações clínicas e morbidade associadas aumentam progressivamente do estadio 1 até ao 5 (Figura 1). O estadio 5 é o estadio terminal, em que ocorre falência renal com sintomatologia intensa, oligúria, alterações bioquímicas acentuadas e necessidade de terapia substitutiva renal (TSFR) Também o prognóstico e agravamento das complicações são diretamente proporcionais à diminuição da TFG (KDIGO, 2013).

**Figura 1** - Classificação da DRC de acordo com a TFG.

GFR category	GFR (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )	Terms
G1	≥ 90	Normal or high
G2	60–89	Mildly decreased*
G3a	45–59	Mildly to moderately decreased
G3b	30–44	Moderately to severely decreased
G4	15–29	Severely decreased
G5	< 15	Kidney failure

Abbreviations: CKD, chronic kidney disease; GFR, glomerular filtration rate.

\*Relative to young adult level

In the absence of evidence of kidney damage, neither GFR category G1 nor G2 fulfill the criteria for CKD.

Fonte: (KDIGO, 2013, p. 5)

Um estudo efetuado em 13 países europeus aponta para uma prevalência ajustada da DRC, que varia entre 3,31% na Noruega e 17,3% na Alemanha nos estádios 1 a 5. Já para os estádios 3-5 estes valores apresentam uma variação de 1,0% em Itália, para 5,9% na Alemanha (Brück et al., 2016). De acordo com o relatório de 2018 do *United States Renal Data System* (USRDS), em 2016 Portugal foi o país da Europa com maiores valores de incidência e prevalência de doença renal crónica terminal (DRCT), com valores que variaram entre 200 e 333 ppm e 1447-2076 ppm, respetivamente (USRDS, 2018).

### 1.2.2 Modalidades de tratamento no estadio 5

No estadio 5, a TSFR consiste essencialmente em três modalidades de tratamento: hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (TR), cujo principal objetivo é corrigir os danos da perda da função renal, o que inclui acumulação de resíduos, distúrbios eletrolíticos, acidose metabólica e sobrecarga de volume (Bodin, 2017). Uma alternativa para a pessoa com DRCT é o tratamento médico conservador (TMC), que se refere à gestão da doença sem recurso a técnicas dialíticas, para retardar a deterioração da função renal e minimizar as complicações (Murtagh, Spagnolo, Panocchia, & Gambaro, 2009).

Em 2016, estimativas a nível mundial apontavam para existência de cerca de 2,455,004 milhões de pessoas com DRCT em TSFR, nomeadamente HD ou DP, sendo que a HD constitui a TSFR mais frequente a nível mundial (USRDS, 2018). De acordo com a SPN (2018), em 2018 havia em Portugal cerca de 20730 pessoas em TSFR, das quais 58,9% em programa regular de HD, 3,8% em DP e 37,3 % transplantados renais. Em 2016, Portugal encontrava-se a nível mundial entre os países com maior prevalência de doentes transplantados (646 a 693 ppm) (USRDS, 2018).

Tal como já referido, a HD é o método de tratamento mais comum. Esta técnica é utilizada em doentes com lesão renal aguda que necessitam de diálise por um curto período de tempo e em doentes com DRCT que necessitam de um tratamento a longo prazo ou permanente. Através de um circuito extracorporeal e de uma membrana semipermeável, esta modalidade permite a remoção de solutos intra e extracelulares, quer pela sua remoção a partir do sangue quer pela introdução dos mesmos a partir do dialisante. A HD pode ser realizada de forma contínua ou intermitente. A primeira modalidade é habitualmente utilizada no doente crítico, sendo mais bem tolerada. A técnica intermitente, também designada de convencional é realizada habitualmente em

clínicas ou hospitais, com uma duração média de 3-4 horas, 3 a 4 vezes por semana (Bodin, 2017; Thomas, 2014).

A DP é uma TSFR que permite a transferência de moléculas e água do sangue para a solução dialisante, através da membrana peritoneal. É uma terapia flexível e adaptável, que tem vindo a ser desenvolvida com sucesso, como primeira opção na diálise domiciliária. A DP pode ser aplicada como um tratamento contínuo, seja pelo doente, durante o dia (diálise peritoneal contínua ambulatoria, DPCA), ou por uma máquina, habitualmente durante a noite (diálise peritoneal automatizada, DPA). Este tipo de diálise permite uma maior flexibilidade para realizar as atividades de vida diárias, contudo, não dispensa visitas periódicas ao médico (Bodin, 2017; Thomas, 2014).

O TR é considerado o tratamento de eleição para os doentes que se encontram no estadio terminal da DRC. A evolução nas terapias imunossupressoras, nas técnicas cirúrgicas e na compatibilização de tecidos, fizeram com que esta modalidade terapêutica fosse considerada a opção com melhor custo-benefício e a que proporciona melhor QV. O TR consiste num procedimento cirúrgico em que um rim saudável de um doador vivo ou cadáver é colocado num indivíduo com DRCT (Thomas, 2014). Abecassis (2000) destaca três categorias de dadores vivos: doação direta de familiar ou amigo; doação indireta, em que o dador está inscrito numa lista e é selecionado pela contabilidade como recetor; doação direta de um indivíduo que opta por doar o órgão sem ter qualquer ligação emocional prévia com o recetor. Em Portugal, em 2018, foram efetuados 505 transplantes (menos 4,2% do que em 2017), 446 através de dador cadáver e 59 de dador vivo (SPN, 2018). Quando o transplante é realizado ainda antes do doente ter iniciado uma TSFR, designa-se por transplante *pre-emptive*. Esta é uma opção atrativa tanto para os doentes como para o próprio sistema de saúde, já que vários estudos demonstram que tem menos custos, está associado a uma maior sobrevivência do enxerto e a uma maior QV (Ferrari, 2016; Jay, Dean, Helmick, & Stegall, 2016). Em Portugal foram realizados 27 transplantes *pre-emptive* durante o ano de 2018 (SPN, 2018).

O TMC é uma modalidade de tratamento apenas aplicada a situações em que o tratamento interventivo (diálise e transplantação) não se encontra indicado, não é possível efetuá-lo ou, quando não faculta uma esperança e uma QV superiores à oferecida pelo tratamento conservador. Esta opção consiste no acompanhamento clínico para vigilância e controlo dos sintomas da doença e comorbilidades associadas, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis ao doente e família. O TMC preconiza também o



suporte social e psicológico por uma equipa multidisciplinar integrada na rede de cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos (DGS, 2012).

### 1.2.3 Qualidade de vida no transplantado renal

A doença renal crónica assume-se um problema crescente de saúde pública, não só pelo aumento da sua prevalência a nível mundial, mas sobretudo pelo impacto que tem na sustentabilidade do sistema de saúde e na qualidade de vida do indivíduo (Hill et al., 2016; Wang, Vilme, Maciejewski, & Boulware, 2016). A QV foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como “*a percepção da pessoa da 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*” (WHO, 1995, p. 1405).

Dentro das TSFR, a HD é considerada o tratamento mais complexo, que exige mudanças radicais no estilo de vida e que afeta não só a condição física, mas também o desempenho social da pessoa e o seu bem-estar psicológico. As pessoas com DRCT em tratamento de HD experienciam frequentemente instabilidade emocional, desgaste psicológico, dificuldades laborais e financeiras, fatores que influenciam diretamente a sua QV (Mehrabi, Ghazavi, & Shahgholian, 2017).

Por outro lado, o TR é um dos tratamentos de eleição perante o último estadió da DRCT, sendo que vários estudos demonstram que este proporciona ganhos em saúde, aumento da sobrevivência e QV (Domingos, 2014; Santos et al., 2016). No entanto, esta modalidade conduz a pessoa à condição de doente crónico gerando grande incerteza. Este processo requer cuidados de enfermagem na fase de pré-transplante, durante e após o transplante, de modo a manter a capacidade de autorrealização. A pessoa transplantada apresenta resultados fisiológicos precoces, refletindo-se na função imediata do enxerto, criando expectativas altas a nível pessoal, familiar e social. Contudo, traz alguns riscos, medos e dependência de tratamentos farmacológicos e um alto impacto social e económico (Carrillo, Melgarejo, & Rubio, 2015), ou seja, ocorrem alterações nas relações interpessoais, existe a obrigação de uso de medicação imunossupressora, há limitação na prática de atividade laboral e por último, a constatação de que a durabilidade do órgão transplantado não é eterna (Santos et al., 2015; Vos et al., 2015).

A percepção de QV da pessoa submetida a transplante renal está relacionada com a percepção que estas pessoas tinham da sua situação de DRCT em hemodiálise e dos

efeitos que a doença tinha sobre as suas vidas, nomeadamente, o alto índice de morbilidade, com necessidade de controlo médico especializado contínuo e o facto de estarem sujeitos a medicação imunossupressora, que apresenta efeitos secundários adversos (Muñoz, Andrea, Jurado, Chicharro, & Villar, 2014). A QV está associada a fatores sociodemográficos, clínicos e psicológicos como a idade, o sexo, estado civil, nível educacional, rendimentos, os efeitos secundários dos imunossupressores, o tempo de diálise, os problemas psicológicos e as comorbilidades (Blancas, Espadero, del Árbol, & Montero, 2015).

O transplante renal não tem apenas impacto na vida da pessoa submetida a transplante renal, mas também da família e sociedade, podendo afetar a QV de ambos. Nesta perspetiva, os profissionais de saúde, especificamente de enfermagem, devem saber identificar e avaliar a QV destas pessoas, para sucessivos planeamentos e intervenções. A investigação na QV nos transplantados renais tem o intuito de determinar as mudanças necessárias para a melhorar, através da obtenção do bem-estar físico e psicológico e reabilitação com integração na sociedade.

Esta problemática constituiu o fio condutor para o desenvolvimento do trabalho de investigação apresentado no capítulo 3.

### **1.3 Perspetiva de Enfermagem – modelo de adaptação de Callista Roy**

As estruturas e teorias de enfermagem são concebidas para fornecer aos profissionais uma forma de planear cuidados sobre a perspetiva do doente. Para o enfermeiro especialista, a aplicação de um modelo teórico permite testar o conhecimento e aplicá-lo à especificidade da prática.

No caso do ajuste à situação de doença, a teórica de enfermagem Callista Roy desenvolveu o Modelo de Adaptação de Roy. Para a autora, a enfermagem é a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa. Ela identifica as atividades de enfermagem como a apreciação do comportamento e dos estímulos que influenciam a adaptação (Roy & Andrews, 2001). No que respeita à DRCT, e à luz deste modelo, podemos considerar que o transplantado renal é um indivíduo especialmente vulnerável pelos sucessivos processos de adaptação a que esteve ou está sujeito. É o nível e a resposta de adaptação que promovem a integridade e ajudam a pessoa a atingir o seu bem-estar e qualidade vida. Roy (2001) identifica quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas; autoconceito; papel na vida real; e interdependência.

No indivíduo transplantado renal todos os modos de adaptação são comprometidos, pelo caráter crônico e incerto da doença:

- O modo fisiológico refere-se às formas de interação com o ambiente através das necessidades humanas básicas. Na DRCT existe compromisso e variabilidade permanente na oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, segurança, entre outras;
- O modo adaptativo de autoconceito está relacionado com a necessidade de agir em sociedade. Na pessoa com DRCT o composto de crenças e conceitos sobre si mesmo sofre mutações frequentes. Ocorrem preocupações contantes sobre as elaborações que o indivíduo tem sobre o corpo e como estas se modificam perante as diferentes TSFR;
- O modo adaptativo de desempenho do papel, descreve os papéis que o indivíduo desempenha na sociedade e as expectativas da pessoa acerca do comportamento de outrem. Frequentemente a pessoa com DRCT cria estratégias para evitar o contato e o diálogo com outros, receando a reação e/ou comportamento perante o seu novo papel;
- O modo da interdependência refere-se às interações da pessoa na sociedade. A realidade da DRCT impõe ao indivíduo um novo processo de dependência e de aprendizagem para a convivência com as limitações impostas pela doença. Esta situação obriga o indivíduo a uma adaptação, exigindo mudar de posição dentro de um sistema social.

Neste sentido, a enfermagem tem o objetivo de ajudar o esforço de adaptação da pessoa, através da apreciação do comportamento em cada um dos quatro modos e intervindo sobre os fatores que os influenciam. A sensibilização para as dimensões que afetam a QV do doente transplantado renal também encontra aqui sentido, pois os enfermeiros têm o dever de intervir para promover as capacidades adaptativas e melhorar as interações destes indivíduos.



## 2. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio da especialidade é, para o enfermeiro, um momento de construção e consolidação da sua identidade profissional, que lhe permite propor a sua trajetória individual para aquisição e desenvolvimento de competências. Considere-se, no entanto, indissociável do saber teórico e da aprendizagem experiencial, que contribuem para o processo contínuo de consolidação de competências.

Para (Boterf, 2003) o conceito de competência refere-se à capacidade de agir perante uma situação. Ou seja, a competência profissional não encontra significado apenas nos conhecimentos e capacidades, mas na mobilização dos mesmos, na sua operacionalização em atividades e na transferência de conhecimentos para resolução de situações complexas. Benner (2001) complementa as teorias do processo de aprendizagem através do seu modelo de aquisição de competências baseado na aprendizagem experiencial. Tendo por base o percurso desenvolvido em contexto prático e académico, este modelo enquadra-se harmoniosamente na construção das minhas aprendizagens. Desta forma, o estágio teve como finalidade o desenvolvimento e consolidação de competências de enfermeiro especialista em nefrologia, integrando os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas e o percurso profissional.

O presente capítulo pretende assim analisar as atividades concretas realizadas em estágio, com vista ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e do mestre em enfermagem, na área específica de nefrologia. Esta análise será feita por domínios de competência, recorrendo-se a exemplos práticos da operacionalização das atividades conforme proposto no projeto de estágio. Por forma a facilitar a leitura e a análise das atividades, optou-se por enumerar ao longo do texto, os códigos correspondentes às unidades de avaliação previstas no regulamento de competência comuns do enfermeiro especialista.

### 2.1 Caracterização dos contextos de estágio

O planeamento e escolha dos locais de estágio foi efetuado por área de interesse e teve em conta a experiência profissional prévia, procurando garantir a diversidade de experiências e maximizar as aprendizagens. Neste sentido o estágio teve lugar em três unidades hospitalares de referência na área da nefrologia, nos seguintes serviços de acordo com o cronograma em anexo (Anexo I): consulta de transplante renal (Hospital A),

unidade de hemodialise (Hospital B), unidade de diálise peritoneal (Hospital B), e serviço de internamento de nefrologia (Hospital C).

### **Consulta de transplante renal**

Este estágio teve a duração de 6 semanas, tendo decorrido entre 3 de janeiro e 2 de fevereiro de 2019, num hospital central de Lisboa. A consulta de transplante renal está integrada no serviço de nefrologia deste hospital, sendo um dos serviços com maior atividade na região, um dos mais antigos nesta especialidade e pioneiro em Portugal na área de transplantação renal com dador vivo. O serviço integra os centros de referência em transplantação renal e em transplantação reno pancreática, seguindo um total de cerca de 657 doentes (Ministério da Saúde, 2017). As consultas de transplante renal e reno-pancreático (pré e pós-transplante) decorrem nos dias úteis, entre as 08 e as 15 horas.

No mesmo local decorrem consultas de esclarecimento, consultas de acesso vascular e consultas de dador vivo (dador e recetor), com calendarização adaptada às necessidades da população inscrita. O serviço recebe ainda urgências diretas durante o horário normal de funcionamento, período após o qual os utentes poderão recorrer à equipa de internamento ou ao hospital da sua área de residência. Diariamente são aqui realizadas mais de 20 consultas de enfermagem. A equipa de enfermagem inclui três enfermeiras experientes, com mais de 10 anos no serviço, embora apenas uma seja especialista. Estas alternam turnos entre a unidade de diálise peritoneal e a consulta.

### **Unidade de Hemodiálise**

Este estágio teve a duração de quatro semanas e decorreu entre 11 fevereiro e 3 de março de 2019, num hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. O serviço funciona de segunda-feira a sábado, das 7:30 às 23h, sendo que o período noturno é assegurado por uma equipa de prevenção. Para além da sala de hemodiálise existe ainda uma sala para colocação de cateter venoso central provisório e/ou permanente, que funciona também como hospital de dia para administração de medicação em SOS e como espaço para consulta de esclarecimento sobre TSFR. A unidade de diálise é composta por duas salas, uma com treze postos e outra de isolamento, com dois postos, para doentes portadores de hepatite B e de vírus da imunodeficiência humana (VIH).

A equipa de enfermagem é composta por quinze profissionais que trabalham em regime de rotatividade, à exceção do chefe de serviço. Apenas quatro elementos são especialistas em enfermagem, dois na área médico-cirúrgica, vertente nefrológica e dois na

área de reabilitação. A consulta de esclarecimento, quando agendada, é assegurada apenas pelas enfermeiras especialistas em EMC. Na sala de hemodiálise o rácio enfermeiro-utente é de 1:3 ou 1:4, sendo que um enfermeiro é sempre exclusivo do isolamento. A equipa dá ainda apoio à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sobretudo na punção de acessos vasculares.

Esta unidade assiste atualmente cerca de 60 doentes, em que nove são portadores de hepatite B e/ou VIH. Este número não é constante, visto que há uma mobilidade de permanente de doentes entre o serviço e as unidades periféricas de hemodiálise. Paralelamente, recebem doentes em regime de internamento, que já fazem técnica dialítica intermitente no exterior, ou outros com agudização da função renal, para indução de tratamento. A média de idades dos doentes é de cerca de 67 anos para as mulheres e 63 anos para os homens. A grande maioria dos doentes faz HD por Fistula Arteriovenosa (FAV).

### **Unidade de Diálise Peritoneal**

Nesta unidade o estágio de quatro semanas, decorreu de 11 de Março a 05 de Abril de 2019, num hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. A diálise peritoneal está integrada no serviço de nefrologia, mas funciona num espaço próprio. Apesar da chefia de ambos os serviços ser partilhada, a gestão da unidade e dos cuidados está centralizada nos dois elementos que compõe a equipa de enfermagem. Ambos os elementos não têm o título de especialista, mas possuem elevada experiência na área, com mais de dez anos de serviço.

A unidade funciona em regime ambulatorio, de segunda a sexta-feira, das 08h às 16:30. Após este horário, em caso de urgência, os doentes são assistidos pelos enfermeiros do serviço de internamento e pela médica nefrologista de urgência interna. A unidade é composta por uma sala ampla, com dois postos de atendimento. Para além da consulta de DP, no mesmo espaço físico, são também realizadas consultas de TR e biópsias renais. Atualmente, é prestada assistência a cerca de 37 doentes em tratamento de DP, 215 utentes em consulta de pós transplante renal. A maioria dos doentes realiza diálise peritoneal automática (DPA), sendo que a média de idades é de 56 anos com predomínio do sexo masculino (87%) (HGO, 2017).

## **Internamento de Nefrologia**

Este estágio foi realizado no serviço de internamento de um centro hospitalar de Lisboa, entre 08 de Abril a 10 de Maio de 2019. Este serviço dispõe de 33 camas, 27 de enfermaria e uma unidade de cuidados intermédios com seis camas com capacidade para monitorização invasiva, suporte avançado de vida e ventilação mecânica, que se destina a doentes clinicamente instáveis. O internamento é ainda constituído por uma sala de técnicas, destinada a procedimentos invasivos (colocação de cateter provisório e de longa duração) e uma sala de observação para apoio ao atendimento a doentes não programados (ADNP) com patologia renal (nos dias úteis a partir das 16 horas, e durante todo o fim-de-semana. A equipa de enfermagem é constituída por 35 enfermeiros, Destes, dois estão sempre alocados à unidade de cuidados intermédios. No turno da manhã um enfermeiro está sempre na sala de técnicas, e nos turnos da tarde e noite é o chefe de equipa que dá apoio a esta sala e ao ADNP. A equipa tem um total de dez enfermeiros especialistas.

O serviço recebe doentes com agudização da função renal, submetidos a técnicas dialíticas, em tratamento conservador, transplantados renais, e ainda aqueles com necessidade de construção de acesso para diálise, quer seja vascular ou peritoneal. Os doentes internados são na sua maioria idosos com múltiplas patologias associadas, nomeadamente diabetes e hipertensão arterial. As causas de internamento incluem complicações pós-transplante renal, agravamento da doença renal e otimização de terapêutica.

No âmbito do ADNP, a maioria dos doentes provem diretamente do domicílio, ou por encaminhamento de uma unidade periférica de HD ou outra unidade hospitalar. Dos motivos de admissão, destacam-se: infeção do acesso vascular; rejeição de enxerto; infeção por estado imunitário comprometido; HTA descontrolada; retenção hídrica; e náuseas e vómitos.

## **2.2 Competências comuns de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem**

### **2.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Para este domínio, considerou-se como objetivo primordial a consolidação de um corpo de conhecimento ético-deontológico que promovesse o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, no cuidado à pessoa com doença renal crónica. As atividades desenvolvidas foram transversais aos quatro contextos de estágio,



destacando-se uma maior necessidade de desenvolver competências na área da transplantação.

### **A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional**

O ambiente de cuidados ao doente renal crónico traz para a prática dos enfermeiros inúmeros problemas éticos. Considero que participar no processo de adaptação e transição constante entre cuidados destes doentes, gera situações que inquietam a consciência dos enfermeiros. Neste percurso, para resolver essas situações necessitei não só de conhecimentos éticos, mas também de uma permanente criatividade na mobilização dos mesmos (A.1.1.2; A.1.1.5; A.1.1.6). Neste sentido foi possível aprofundar os quatro princípios éticos que orientam a reflexão e tomada de decisão na transplantação: beneficência para o recetor, não maleficência para o dador, autonomia do dador e justiça distributiva (Abecassis et al., 2000).

Na **consulta** de dador vivo foi possível perspetivar um conflito aparente entre os dois primeiros princípios que, habitualmente, surgem como conceitos integrados por vários autores: não é possível evitar o dano intencional num indivíduo (dador), ainda que se vise o bem do outro (recetor). Apesar dos critérios de seleção rigorosos, bem definidos e regulamentados<sup>1</sup> por práticas de qualidade e segurança, o risco para o dador originou sempre alguma controvérsia difícil de gerir pela equipa de saúde. Neste estágio experienciei uma situação de possível transplante *pre-emptive*, de onde destaco a pressão exercida sobre o dador familiar. De seguida retrato o que permitiu a reflexão sobre a salvaguarda da autonomia do dador e sobre a complexidade do processo familiar. Trata-se de um jovem de 21 anos com família numerosa de quatro irmãos: a mãe e três deles não tinham condições médicas para doar devido a doença renal poliquística; apenas o irmão de 18 anos era clinicamente uma possibilidade. Na consulta notou-se que este irmão fora pressionado para ser dador. A situação requereu a mobilização de conhecimentos e experiências prévias e a reflexão sobre as consequências de uma tomada de decisão não ponderada (A.1.1.3; A.1.1.4; A1.2.2; A1.2.3). Apesar de o consentimento informado ser a forma mais comum de proteger a tomada de decisão, cabe aos profissionais de saúde evitar

---

<sup>1</sup> A tomada de decisão na transplantação renal a partir de dador vivo encontra suporte na Lei n.º 12/93, de 22 de abril, já com várias alterações introduzidas pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho e, mais recentemente pela Lei n.º 168/2015 de 21 de Agosto

uma situação de insucesso e com elevado potencial de risco para ambos os envolvidos. De acordo Goretí (2015) a fase de decisão em participar como dador é a mais importante em termos de dinâmica familiar e aquela em que o vínculo com a equipa de saúde se torna mais evidente. A equipa de enfermagem é considerada fundamental no processo, sendo reconhecida e valorizada na atenção, incentivo, educação, fatores entendidos como importantes para enfrentar e gerir o conflito. Para o dador, este suporte e esclarecimento são fundamentais para a decisão consciente e em segurança (Goretí et al., 2015).

A justiça distributiva, defendendo a igualdade no acesso aos recursos remete-nos para a reflexão sobre o desequilíbrio entre o número de candidatos a TR e o número de órgãos disponíveis. Este foi um aspeto bastante verbalizado pelos doentes na consulta de pré transplante, e que dificultou tanto a compreensão do papel do sistema de saúde na gestão da doença, bem como a adaptação a esta condição. Destaco assim o meu papel enquanto facilitadora do processo de transição saúde/doença. Durante o estágio na consulta de transplantação lidei com doentes que manifestaram revolta, incompreensão e dúvida sobre a gestão das listas de espera para TR. A minha estratégia de resolução de problemas incidiu bastante na comunicação e assertividade. Muitas vezes o doente procurava apenas disponibilidade para escutar as suas angústias. Uma escuta empática e esclarecimento assertivo permitiram quase sempre a construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente, assegurando o respeito pelos seus valores e expectativas (A2.1.1; A2.1.5; A2.1.6).

No contexto de **internamento** evidencio o respeito pela dignidade da pessoa humana em fim de vida. O encarniçamento terapêutico e a HD como mecanismo de prolongamento de vida foram frequentemente discutidos relativamente à continuidade ou interrupção do sofrimento, nomeadamente num doente idoso com várias comorbilidades e baixa tolerância sistémica ao tratamento. Devo referir que necessitei de mobilizar ferramentas pessoais (nomeadamente o controlo percetivo da situação) para lidar com os significados e emoções que este sofrimento gerou no doente e família. O trabalho de enfermagem, que sempre significou satisfação, encontrou aqui os limites da minha fragilidade profissional. Foi por isso necessário recorrer a estratégias que envolviam o suporte da equipa interdisciplinar, a interação, a partilha de decisões e responsabilidades na salvaguarda da dignidade da pessoa humana. Acabei por conseguir comunicar eficazmente com a família, validando a sua vontade e participação na tomada de decisão. Este processo permite a validação de competências pelos critérios A.1.1.3 a A.1.1.7. (A.1.1, A1.1.3)

Considero que a **HD** e a **DP** foram os contextos de maior autonomia, devido à experiência profissional prévia. A manutenção e gestão do tratamento exigiram a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência prévios (A.1.1.2), para a seleção da resposta mais adequada à pessoa e contexto (A.1.1.4). A título de exemplo destaco a seleção da técnica de punção num doente com historial de hematomas frequentes na porção distal da fístula arteriovenosa. Tratava-se de um indivíduo de 50 anos, em HD há 14 meses, independente, com elevado nível de literacia. Verbalizava desconforto nas punções, e resistência à rotação dos locais de punção. Tive a iniciativa de sugerir a autopunção e a técnica de botoeira como estratégias de minimização da dor e de maximização da independência do doente. Após três semanas o doente realizava corretamente a técnica, apresentava crosta no local e maior tolerância à dor, apenas com alguma dificuldade em respeitar o ângulo de punção. Neste caso consideraram-se consolidadas a liderança efetiva na tomada de decisão, bem como a avaliação das medidas implementadas e resultados (A.1.2; A.1.3)

## **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

Tal como referido anteriormente, o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner foi o alicerce do meu percurso formativo, pelo que se torna indissociável desta análise. Ênfase, portanto, que a gestão de situações que comprometem potencialmente a segurança e privacidade do doente, requer um nível de experiência profissional que sustente a conduta antecipatória do enfermeiro na identificação de situações de risco e a implementação de medidas de prevenção (A.2.2). Neste sentido, considero que a experiência prévia me permitiu assumir autonomia na deteção de práticas que recorrentemente põem em causa o respeito pela individualidade e direitos humanos (A.2.1).

Em todos os contextos se verifica uma dificuldade em assegurar a confidencialidade e a segurança da informação (A2.1.3) e em respeitar o direito à privacidade (A2.1.4). Na unidade de **DP**, por exemplo, é habitual o atendimento de dois doentes no mesmo espaço físico, separados unicamente por uma cortina. Traduz-se isto em consultas de ensino que ocorrem em simultâneo com consultas de acompanhamento. Para além de não estarem asseguradas as condições ideais para o ensino ao doente/família, todo o processo de comunicação se torna constrangedor. Também a colheita de dados, o acompanhamento e

aconselhamento do doente estão comprometidos, influenciando a eficácia do ensino e a adesão ao regime terapêutico. Foi sugerida a utilização de um gabinete temporariamente livre, para que se conseguisse a privacidade necessária ao acompanhamento do doente (A2.2.3). Num destes momentos foi possível identificar uma situação de risco, em que um jovem em DP há 10 anos, se sentiu suficientemente confortável para verbalizar que interrompia o tratamento de madrugada para trabalhar, não efetuando o tempo de permanência prescrito. Ao cruzar esta informação com os dados analíticos percebeu-se que este comportamento estava a pôr em causa a eficácia e adequação do tratamento (A2.2.1). Sugeri à equipa alteração do protocolo dialítico (A2.2.2), sendo que durante as duas semanas seguintes em que permaneci neste contexto, a monitorização remota revelou cumprimento da prescrição (A2.2.4). Esta conduta dá cumprimento à unidade de competência A2.2.

A dificuldade em manter a privacidade dos doentes estende-se às **unidades de HD**, sendo que a preocupação dos profissionais de saúde se prende maioritariamente com o risco de infeção e menos com o respeito pelos valores e práticas dos indivíduos. No âmbito dos cuidados especializados ao doente renal crónico, considero que este é um dos serviços onde a maior aprendizagem foi o respeito pela escolha e autonomia do doente (A2.1.5). A cronicidade surge associada à necessidade de autonomia e gestão da doença, que originam uma flutuação na relação de confiança com o enfermeiro. A título de exemplo surge a insegurança do doente em ser punccionado por mim, alguém cuja experiência é um aspeto não valorizado pelo próprio neste contexto. É o reconhecimento e capacidade de gestão dos limites que transpõem a individualidade que me permitem afirmar ter cumprido mais este critério de avaliação (A2.1).

Na **consulta de transplante** há uma preocupação constante com o conhecimento do doente e informação fornecida para gestão segura da doença e regime terapêutico. Verifiquei sobretudo incidentes relacionados com a medicação e risco de infeção. A terapêutica imunossupressora é frequentemente ajustada, sendo que o baixo nível de literacia e a idade avançada associavam-se à dificuldade em cumprir as dosagens e horários. Pelo que observei, as medidas de proteção individual parecem ser mais difíceis de manter na população mais jovem, talvez pelas restrições impostas ao estilo de vida e limitação social associada. A estratégia adotada passou essencialmente pelo ensino e educação para a saúde. Tendo o estágio neste contexto sido o mais longo (6 semanas), foi

possível acompanhar os incidentes identificados e, em alguns casos, prevenir recorrências (A2.2).

A aquisição de competências neste domínio deu-se sobretudo pela possibilidade de partilhar, discutir e adaptar o conhecimento a situações concretas de tomada de decisão ética e deontológica. Evidencia-se o trabalho multidisciplinar que, em todos os contextos, permitiu analisar práticas, desmontar ideias e refletir criticamente sobre as nossas decisões, comportamentos e atitudes.

### **2.2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Para este domínio estabeleceu-se como objetivo primordial adquirir competências no desenvolvimento de estratégias e programas de melhoria contínua da qualidade, garantindo uma prática de enfermagem segura nos vários estádios da doença renal crónica e contextos de prestação.

#### **B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**

Considera-se que ambas as competências (B1, B2) são indissociáveis, sendo que a operacionalização das unidades de avaliação exigiu o conhecimento da política da qualidade das respetivas instituições e serviços. Para tal objetivei participar em reuniões da Comissão da Qualidade e Segurança (CQS) em alguns contextos.

Relativamente à **consulta de transplante** e no âmbito do processo de gestão da qualidade do centro hospitalar, é de referir que esta está ainda numa fase embrionária. Na reunião da CQS em que participei, foram estabelecidas as responsabilidades dos serviços na avaliação dos recursos disponíveis para a realização das melhorias pretendidas (B1.1.1 e B1.2.1). Ao serviço de nefrologia coube a colaboração na elaboração da base documental da qualidade e segurança do doente, nomeadamente na Política de Recursos Humanos. Desta forma, cooperei com a enfermeira chefe e responsável de serviço, na conceção do documento que define as funções e competências dos responsáveis das unidades funcionais e interlocutores, nas medidas de implementação e avaliação da qualidade (B1.2.1). Foi necessário mobilizar conhecimentos prévios sobre governação clínica, de forma a adequar os níveis de responsabilização dos vários elementos (B1.1).

Adicionalmente importa referir que este serviço se encontra a construir o manual de suporte para os procedimentos e práticas que demonstrem o cumprimento dos indicadores da qualidade definidos (ex. indicador de estrutura: existência de instrumento de avaliação da satisfação doente/família; ex. indicador de processo: tempo de espera para consulta de enfermagem; ex. indicador de resultado: taxa de adesão ao regime terapêutico) (B1.1.1). A título exemplificativo, por se verificar uma deficiente monitorização da adesão dos doentes ao regime terapêutico, foi elaborada uma folha de registo onde consta pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, peso, diurese e glicémia (Apêndice I), que deverá ser preenchida no domicílio e apresentada periodicamente na consulta. Esta medida permitirá agilizar a consulta e adequar a estratégia de enfermagem, com o objetivo final da melhoria da qualidade dos cuidados. Apesar de não ter sido efetuado neste estágio seria também útil a aplicação regular de questionários de avaliação do grau de adesão ao tratamento (B1.1.3, B1.2.2, B2.2).

Ainda no que respeita ao desenvolvimento de práticas de qualidade, verifiquei que existe alguma documentação não normalizada, especialmente sobre o ensino a efetuar na consulta. Quer isto dizer que identifiquei a necessidade de estruturar tanto a informação colhida, como a fornecida aos utentes. Neste sentido, estimulei períodos de reflexão com a enfermeira orientadora sobre a necessidade de incorporar evidência científica na prática clínica (B2.1.1, B2.2). Foi por isso elaborado um guia de acolhimento, com informação específica sobre a consulta de enfermagem pós transplante e com algumas recomendações sobre hábitos de vida saudáveis e sinais de alerta para o transplantado renal (Apêndice II). Esta solução assume-se como um incremento à normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes (B2.3.2).

Foi também evidente a escassez de dados funcionais e outros dados casuísticos da consulta, sendo necessário recorrer à equipa médica para obter alguma desta informação, nomeadamente, número de doentes assistidos em consulta pré e pós transplante renal, número de urgências, número e motivo de internamentos através da consulta, número de transplantes *pre-emptive*, etc. Estes são dados fundamentais para a estratégia de gestão e da qualidade do serviço. Estruturalmente, o espaço físico, confinado a um gabinete de 4m<sup>2</sup> é inadequado, dificultando a manutenção de um ambiente seguro.

De um modo geral, neste serviço, reconhece-se a necessidade de produção de guias orientadores de boas práticas baseadas em evidência empírica, que suportem o planeamento de cuidados e a tomada de decisão em enfermagem.

Relativamente à **unidade de DP**, constata-se uma preocupação em monitorizar continuamente os padrões de qualidade do serviço. Esta visão está em linha com a missão do hospital em desenvolver atividades de melhoria contínua da qualidade, ao abrigo do Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde do *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). A instituição está acreditada por este organismo desde 2011, tendo toda a estrutura documental já organizada e normalizada. A unidade de DP tem já consolidados os padrões da qualidade definidos, fazendo a sua monitorização e disseminação periodicamente (B1.1).

Foi um estágio extremamente enriquecedor, pois tive a possibilidade de mobilizar conhecimentos prévios na área da qualidade, incorporá-los na monitorização da atividade do serviço, e cooperar na divulgação dos mesmos. Concretamente, participei na construção de uma base de dados com indicadores de estrutura, processo e resultado (ex.: número de consultas de enfermagem de DP; caracterização sociodemográfica dos doentes atendidos nesta consulta; prevalência e incidência de infeção do orifício de saída (OS), ou peritonites). Os dados foram tratados e incorporados no relatório de atividades do serviço (B1.1, B1.2). Destaca-se a eficácia das estratégias de prevenção e controlo de infeção nesta unidade, sendo que o número de peritonites neste serviço é de 0,2 episódios por doente por ano, valor abaixo do recomendado pela ISPD (*International Society for Peritoneal Dialysis*) de 0,5 (Li et al., 2016).

Sugeriu-se a revisão do documento que permite monitorizar a eficácia do ensino sobre DP manual. Este processo foi feito tendo por base as linhas orientadoras da ISPD (Figueiredo et al., 2016), tendo-se dado início à tradução das mesmas para a língua portuguesa. Dá-se assim cumprimento aos critérios de avaliação previstos para B2.1 (exceto B2.1.3), B2.2 e B2.3.

A monitorização do cumprimento do protocolo dialítico para DP automática é efetuada remotamente, o que permite prever precocemente eventuais complicações e adaptar o plano de cuidados ao doente. Já na DP manual este controle está mais dificultado, dependendo exclusivamente do que é transmitido periodicamente em consulta, e que fica apenas registado na plataforma *SClinic*. Para agilizar este processo sugeriu-se a criação e normalização de uma folha de registo que permitisse a monitorização contínua dos doentes e facilitasse a leitura dos dados (B2.2).

Na sequência da colocação de cateter de DP, identificou-se que os doentes detinham um conhecimento rudimentar sobre os cuidados a ter após este procedimento. Com base nas recomendações internacionais (Woodrow, Fan, Reid, Denning, & Pyrah,

2017) foi então elaborado um folheto (Apêndice III) a fornecer ao doente no momento da alta, essencialmente com recomendações de segurança e prevenção de risco (B2.1.1, B2.2, B3.2.2, B3.2.6, B3.2.8).

A unidade **de HD** pertence à mesma instituição onde foi realizado o estágio de DP. À semelhança deste, tem padrões da qualidade bem definidos, efetuando a monitorização da prestação de cuidados de saúde aos doentes renais crónicos em diálise, conforme circular normativa nº 12/2013/DPS de 28.12.2013. Desta forma, o serviço está vinculado ao registo de informação sobre os indicadores estabelecidos, na Plataforma de Registo Integrado da Doença Crónica (DGS, 2013).

No entanto, verificou-se que a maioria da equipa de enfermagem não acompanha o processo de monitorização, nem conhece a metodologia de cálculo ou as metas estabelecidas para cada indicador. Neste sentido, destaco a iniciativa de elaborar uma base dados para registo periódico (Apêndice IV) da atividade da sala de hemodiálise. Os indicadores a constar foram selecionados de acordo com a circular normativa supracitada, tendo sido também auscultado o chefe de serviço e chefes de equipa. Foi então considerado relevante o registo de dados por doente, relativamente a: controlo da anemia; osteodistrofia renal; nº de sessões de diálise semanais; nº de horas de diálise; dose de diálise (Kt/v); nutrição (albuminemia) género; idade; tempo na modalidade de HD; tipo de acesso vascular; características do acesso vascular: tipo de hemóstase; tipo de anticoagulação. É importante referir que foi efetuada uma primeira colheita de dados, com base na informação constante no processo do doente no último mês, e apresentados os resultados à equipa (Apêndice V). Neste contexto considera-se o cumprimento dos critérios de avaliação B1.1, B1.2, B2.1, B2.1, B2.3, à exceção de B2.1.3.

No que respeita ao **serviço de internamento**, verifica-se uma estratégia de promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo por base o modelo de acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Todo o processo de registo e monitorização de indicadores da qualidade está documentado numa pasta interna partilhada do hospital onde se integra. Os manuais de boas práticas de enfermagem seguem ainda as diretrizes emanadas pela OE. Destaca-se a monitorização e divulgação de indicadores nas áreas da: formação, investigação, segurança e gestão de risco (ex.: úlceras de pressão; prevenção de quedas; identificação inequívoca de doentes; dotações seguras) satisfação; produtividade; casuística assistencial (total de internamentos; tempo médio de internamento;). Neste



contexto a minha participação passou essencialmente pelo registo e discussão de alguns indicadores e metas com a enfermeira orientadora e equipa (B1.1, B1.2.2).

A dinâmica do serviço e complexidade da condição de saúde da maioria dos doentes, exige uma procura constante de conhecimento que esclareça e fundamente a tomada de decisão. Tenha-se o exemplo de um doente de 89 anos, internado na unidade de cuidados intermédios com indicação para *Slow Continuous Ultrafiltration Dialysis* (SLED) com a duração de 8h diárias. Cerca de 20 minutos após início da técnica desencadeia um quadro convulsivo e hipotensão, com necessidade de suspensão da técnica e fluidoterapia. Este quadro manteve-se durante cinco dias, gerando dúvidas e discussão crítica entre alguns elementos da equipa. Na tentativa de interpretar a situação e planear soluções eficazes, observei diversas vezes o procedimento e recorri a evidência científica que partilhei com a equipa médica e de enfermagem. Constatei que a técnica era sempre iniciada e mantida com uma velocidade de bomba de 350 ml/min, o que contraria os princípios da SLED para um doente hemodinamicamente instável. A evidência mostra que este procedimento desencadeia mudanças bruscas de osmolaridade, levando a edema cerebral e a convulsões. Partilhou-se a bibliografia consultada com os elementos da equipa, promovendo-se momentos informais de formação (B2.1, B2.3, B2.3). A técnica passou a 6 horas diárias com velocidades de bomba de 200ml/min, otimizando-se a anticoagulação, sendo que os episódios convulsivos não voltaram a ocorrer (Kitchlu et al., 2015).

Pelo pouco tempo de permanência nos serviços assume-se a impossibilidade de integrar auditorias clínicas, como previsto no critério de avaliação B2.1.3.

### **B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro**

A manutenção de um ambiente seguro e a gestão risco, são condições imprescindíveis à melhoria transversal da qualidade dos cuidados. O conhecimento e aplicação de princípios que garantam a segurança tanto de utentes, como de profissionais, é uma competência (B3.1) que me caracteriza enquanto enfermeira de cuidados gerais. Neste estágio consolidei a participação proactiva na gestão do risco ao nível das unidades onde estagiei (B3.2).

O estágio na **consulta de transplante** aconteceu durante a gripe sazonal. Este grupo de doentes está especialmente vulnerável, o que habitualmente já exige medidas redobradas de proteção e prevenção. No entanto, perante um surto de gripe A (em ambos profissionais e doentes), para além da adoção das habituais medidas (B3.1), foram

sugeridos novos circuitos dentro do espaço da consulta e o acompanhamento telefónico de alguns doentes para minimizar potenciais contatos de risco. Os equipamentos utilizados foram desinfetados após cada utilização (B3.2.1 a B3.2.3 e B3.2.5 a B3.2.8).

No **contexto de DP**, tal como já foi referido anteriormente, identificou-se uma grande fragilidade em implementar medidas de prevenção e controlo de infeção, uma vez que as consultas e ensinamentos são feitos no mesmo espaço físico, apenas com separação por uma cortina. A própria dinâmica entre grupos profissionais dificulta a redução do risco, pois a porta da sala é aberta frequentemente durante as consultas. Para além da sugestão de utilização de um gabinete temporariamente livre, passou também a ser colocada sinalética na porta, indicativa de não interrupção (B3.1, B3.2, exceto B3.2.9).

Na **unidade de HD**, verificou-se um cumprimento exímio das medidas de controlo de infeção na maioria dos profissionais, nomeadamente na punção arteriovenosa, manipulação do cateter venoso central (CVC), ou na utilização de equipamento de proteção individual (EPI) (B3.1). Percebi que existe uma cultura enraizada na equipa de enfermagem para manter a qualidade dos cuidados e minimizar o risco. Foi apenas identificada uma oportunidade de melhoria, relacionada com o momento de hemóstase. A maioria dos doentes realiza a hemóstase sem ajuda e as hemorragias são frequentes, com derramamento de sangue para a cama/cadeirão, chão e roupa do doente. Com base na minha experiência, sugeri que os doentes vestissem sempre uma camisa do hospital e que colocassem luvas no momento da hemóstase, para controlar a conspurcação (B3.2.1 a B3.2.3 e B3.2.5 a B3.2.8).

Considero que o **serviço de internamento** foi o mais desafiante e enriquecedor no que diz respeito à sensibilização para a promoção de um ambiente gerador de segurança. O serviço tem procedimentos bem estruturados no que respeita à melhoria contínua da qualidade, o que fomenta na equipa uma participação ativa na gestão de risco. Estive envolvida essencialmente na prevenção de risco de infeção. O serviço estava perante um surto de infeção por *klebsiella pneumoniae*, sobretudo pelo elevado número de doentes internados com depressão imunológica e nível de invasão das técnicas praticadas. Apesar da cultura de segurança, a subdotação de profissionais de enfermagem dificultava o cumprimento e manutenção das medidas de isolamento. A minha participação passou pelo rastreio microbiológico, sensibilização do doente/família, e implementação das

recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS, 2017) para prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos (medidas de isolamento, deslocação, descolonização, prevenção, comunicação e transmissão de informação epidemiologicamente importante) (B3.1, B3.2, exceto 3.2.9).

### 2.2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Para este domínio definiu-se como objetivo geral desenvolver capacidades de gestão dos cuidados, otimizando a resposta do serviço, da equipa de enfermagem e a articulação com a restante equipa multidisciplinar para a continuidade de cuidados ao doente renal crónico e família.

#### **C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**

Para analisar o cumprimento dos critérios de avaliação de ambas as unidades de competência foi necessário recorrer à experiência prévia em funções de gestão em contexto de internamento, de HD e no âmbito do ensino. Neste sentido, ocorreu uma consolidação de competências por comparação das melhores práticas no que respeita à gestão de cuidados.

Para a consolidação das competências no domínio da gestão dos cuidados analisei os regulamentos, protocolos e modelos organizativos de cada unidade funcional. Tal como referido no ponto 2.2, no serviço de **internamento de nefrologia** verifica-se uma grande organização documental, nomeadamente no que respeita a procedimentos e protocolos que orientam a prestação de cuidados (em linha com a estratégia da qualidade da instituição). No entanto, constato uma série de desafios para a gestão, essencialmente relacionados com as dotações seguras e organização dos cuidados.

De acordo com o relatório de atividades de enfermagem de 2018, que utiliza a fórmula publicada no regulamento nº 533/2014 de 2 dezembro de 2014, sobre Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o serviço de internamento conta com 35 enfermeiros, necessitando de cerca de 43,52 para a prestação segura de cuidados. Para além desta subdotação, no mesmo relatório constata-se que a média de horas de cuidados necessárias é superior à média de horas de cuidados prestados, segundo o sistema de classificação de doentes. Também há bastantes enfermeiros recém-formados, o que torna

ainda mais difícil adequar a distribuição à complexidade dos doentes internados. Ser orientada por uma chefe de equipa permitiu-me participar na gestão de recursos, na tentativa de uma distribuição mais eficiente. O turno da tarde é especialmente desafiante pois o ADNP encerra e há uma afluência de doentes diretamente ao serviço. Neste contexto foi-me solicitado que assumisse a gestão de vagas de internamento articulando com o Atendimento a Doentes Não Programados (ADNP) (C1.1.1 a C1.1.3; C2.1).

Relativamente ao método de organização do trabalho, considero que este está dependente do contexto, mas tem por fim último melhorar a qualidade dos cuidados, otimizar tempo e tornar mais seguro o ambiente de trabalho. Creio por isso que a sua seleção deve ser feita com rigor, clareza e que toda a equipa deve ter conhecimento sobre o método. Na enfermaria aplica-se o método de trabalho individual, e nos cuidados intermédios o método de trabalho de equipa (Silva, 2017). Na minha perspetiva, este último é adequado para equipas não subdotadas, em que elementos mais experientes partilhem a dinâmica com outros menos experientes. Durante o estágio observei que, dada a carga de trabalho, a equipa acabava por adotar o método funcional, sem que nenhum elemento tivesse domínio total sobre a dinâmica da unidade, e sem individualização dos cuidados. Tive aqui uma participação ativa, sugerindo a aplicação do método responsável na unidade de cuidados intermédios. O processo de decisão passou a ser liderado pelo enfermeiro que está de horário fixo, verificando-se uma melhoria na comunicação entre a equipa, na passagem de informação, e na continuidade dos cuidados (C2.1.1 a C2.1.5; C2.2.1 a C2.2.3).

Comparativamente às clínicas privadas, constatei diferenças significativas relativamente à organização funcional da **unidade de HD** onde decorreu o estágio. Estruturalmente respeita o regime jurídico que estabelece os requisitos a que devem obedecer as unidades de hemodiálise (Decreto-Lei nº 505/99 de 20 de novembro). No entanto, o ênfase dado à monitorização e cumprimento dos indicadores da qualidade parece ser menor em contexto público, o que poderá estar relacionado com questões de financiamento e contratualização. Por outro lado, experienciei um melhor ratio enfermeiro/doente nesta unidade (1/3 ou 1/4), o que também é verbalizado pela restante equipa. Estando as dotações devidamente asseguradas, identifico como maior desafio para a gestão, o envolvimento ativo de todos os enfermeiros na monitorização das atividades de melhoria da qualidade, ou seja, o enraizamento de uma cultura organizacional para a qualidade.

Neste sentido tive oportunidade de disponibilizar assessoria à chefia no âmbito dos indicadores de desempenho do serviço. Tal como referido no ponto 2.3, foi efetuada uma apresentação sobre o contributo prático da monitorização da prestação de cuidados de saúde aos doentes DRC em diálise. Foi reconhecido por diversos elementos, e pela enfermeira orientadora, que esta demonstração constituiu um fator de motivação da equipa para um desempenho diferenciado (C1.1.1, C1.1.3., C2.2.2, C2.2.3, C2.2.5). A experiência anterior permitiu-me integrar rapidamente a equipa e compreender as funções de todos os elementos de enfermagem (C2.2.1). Este foi ainda um aspeto facilitador da autonomia na prestação de cuidados e na colaboração das decisões da equipa de saúde. Tal como referido em 2.2 assumi um papel de liderança no ensino sobre a técnica de botoeira, avaliação da técnica e execução da mesma (C1.2).

Na **unidade de DP** verifica-se que as atividades de gestão estão centralizadas nos dois elementos responsáveis pela prestação direta de cuidados. Estando a unidade integrada no serviço de nefrologia, mas em localização diferente, a chefia tem um papel pouco interventivo na dinâmica da unidade, assumindo sobretudo a gestão da enfermaria. Esta liderança, que caracterizaria como sendo do tipo liberal, parece funcionar adequadamente com a equipa experiente, autónoma e dinâmica da DP. Este aspeto foi, sem dúvida, uma mais-valia para a aquisição de competências, pois acompanhei diariamente a tomada de decisão e assumi a liderança e coordenação dos cuidados desde o início. Tenha-se como exemplo a alteração do protocolo de DPA. Também a organização do trabalho, articulação e comunicação com a equipa médica foi uma constante. A receptividade da equipa permitiu a sugestão, negociação e implementação de novos métodos de trabalho. Como já mencionado anteriormente, destaca-se a sugestão de criação e normalização de uma folha de registo e monitorização contínua dos doentes em diálise peritoneal manual, ou a utilização de um novo espaço para realização de consultas (C2.1 e C2.2, exceto C2.2.4).

A **consulta de transplante** foi talvez o contexto onde identifiquei mais constrangimentos para a gestão e garantia da qualidade dos cuidados. Destaco a subdotação do serviço (uma enfermeira para cerca de 20 consultas diárias, excluindo atendimentos não programados), que dificulta a articulação e resposta da equipa de saúde. Face aos recursos disponíveis, a minha presença agilizou a organização do trabalho, assumindo a autonomamente as consultas desde a segunda semana de estágio. A boa

relação com a equipa multidisciplinar fomentou um ambiente positivo e favorável à prática. Diariamente, a gestão dos cuidados (avaliação e ensino ao doente) eram discutidas em parceria com a equipa médica. Outra lacuna identificada é o facto de o profissional que assume habitualmente a consulta, não ser especialista, verificando-se falta de reconhecimento pelos seus pares. Também a liderança, aparentemente do tipo autoritário, centraliza a tomada de decisão, limitando a negociação de recursos. A gestão da enfermaria revelou-se uma prioridade, gerando alguma desmotivação na equipa da consulta. Neste contexto evidencio a aquisição de competências de gestão de cuidados diretos ao doente/família.

Relativamente à competência de liderança (C2), considero que esta é uma das atividades de gestão que pressupõe um maior conhecimento da equipa e dinâmica da unidade funcional. Neste sentido, apesar de ter influenciado alguns processos e decisões dentro da equipa, o tempo de permanência em cada contexto foi insuficiente para que as equipas me reconhecessem como líder na gestão de recursos humanos (C2.2.5).

#### 2.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para este domínio estabeleceu-se como objetivo principal, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a *praxis* clínica especializada em padrões de conhecimento suportados pela melhor evidência científica.

#### **D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica**

Os enfermeiros devem atualizar continuamente os seus conhecimentos com formação permanente, que permita prestar cuidados de qualidade baseados na mais recentes aquisições de saberes nos diversos domínios da prestação (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Espera-se que o enfermeiro especialista tenha uma prática diferenciada enquanto facilitador da aprendizagem e promotor de processos de desenvolvimento da própria equipa e serviço. No entanto, durante o estágio, pude verificar que alguns enfermeiros não especialistas são igualmente ativos na procura e construção de conhecimento, estimulando o pensamento crítico e reflexivo. Estas competências são fruto de uma aprendizagem não só cognitiva, mas experiencial, o que lhes atribui um significado de perícia (Benner, 2001).

Tome-se como exemplo o estágio na **unidade de DP**, em que toda a atividade é assegurada por duas enfermeiras não detentoras do título de especialista. Ambas asseguram a tomada de decisão ao nível da gestão, monitorização da qualidade, divulgam diariamente dados provenientes da evidência científica, e promovem a discussão da mesma. O reconhecimento é visível pelos outros profissionais e pelos doentes. Segundo Benner (2001), seria possível considerá-las peritas na sua área de atuação. Neste sentido, contribuí igualmente de forma proactiva com conhecimentos fundamentados para a introdução de inovações na prática de cuidados. A título exemplificativo, e como antes referido, identificaram-se medidas de segurança para diminuir o risco após colocação de cateter de DP, tendo sido elaborado um folheto informativo para o doente sobre os cuidados após o procedimento. Contribuí ainda para esclarecer questões clínicas concretas como as colheitas para estudo de eficácia dialítica, realização de teste de equilíbrio peritoneal (TEP), ou atuação em caso de peritonite viral. Consideram-se assim cumpridos, para este contexto os critérios de avaliação para as unidades de competência. (D1.1, D2.1, D2.2, D2.3)

No que concerne ao desenvolvimento de aprendizagens no contexto da **unidade de HD**, foi identificada, em conjunto com a enfermeira orientadora, a necessidade de formação na área dos indicadores de desempenho do serviço, com impacto nos cuidados de enfermagem. Conforme mencionado no ponto 2.3, propus-me fomentar os conhecimentos sobre indicadores da qualidade em saúde e sua interpretação. Nos turnos após a atividade foram colocadas várias questões reflexivas que indicavam a vontade de perceber quais as práticas de enfermagem promotoras de melhores resultados em saúde para os doentes em programa regular de hemodiálise. Destaco alguns temas diretamente relacionados, por exemplo, com a eficácia dialítica: termino antecipado do tratamento, adaptação dos protocolos de heparinização e otimização do cateter, e velocidade de bomba. (D2.1, D2.2, D2.3)

No **serviço de internamento**, destaco a transmissão de conhecimentos para a prática especializada, bastante fomentada pela enfermeira orientadora. Utiliza-se o mesmo exemplo do ponto 2.2, em que recorri a evidência científica para demonstrar o efeito de causalidade entre as crises convulsivas do doente em SLED e a forma como estrava a ser gerida a técnica. A proposta gerou uma resposta de aceitação e reflexiva por parte da equipa médica e de enfermagem, otimizando-se o tratamento com resultados de sucesso para o doente (D1.2, D2.1, D2.2, D2.3).

Tal como referi, a **consulta de transplante** revelou-se o contexto mais frágil e que mais carece de intervenção diferenciada. O fato de a consulta ser assegurada por enfermeiras não especialistas e a permanente rotatividade das mesmas, põe em causa a estabilidade do serviço. O acompanhamento do doente crónico requer um conhecimento contínuo das suas necessidades, para que o enfermeiro tenha uma consciência global e ajuste a sua atuação. Não podendo intervir neste sentido, propus a uniformização de uma folha de registo que permita monitorizar o estado de saúde e a adesão ao regime terapêutico do transplantado renal. Esta padronização facilita o planeamento antecipado e decisão fundamentada de cuidados seguros. Também o folheto informativo com recomendações sobre hábitos de vida saudáveis e sinais de alerta, veio complementar a minha ação no âmbito das aprendizagens profissionais. (D2.1, D2.2, D2.3).

Toda a minha intervenção neste domínio acaba por estar em consonância com o domínio da melhoria contínua da qualidade, sendo que as estratégias implementadas respondem simultaneamente aos critérios de avaliação de ambas, objetivando o fortalecimento dos resultados em saúde. Em complemento das competências adquiridas no âmbito das aprendizagens profissionais, evidencio a realização de um mapeamento da literatura sobre a QV no doente transplantado renal, cujos resultados serão expostos no capítulo seguinte.

### 2.3 Competências específicas do enfermeiro de nefrologia

Para o desenvolvimento e consolidação de competências específicas na área da nefrologia, as atividades selecionadas foram ao encontro do preconizado pela EDTNA para a prestação de cuidados de saúde ao doente renal. Considere-se ainda a aquisição das competências específicas definidas em documento avaliativo do estágio pela ESEL. A aprovação pelos critérios aplicados é demonstrativa do sucesso em cada contexto. As atividades aqui descritas vêm dar continuidade às competências já retratadas anteriormente, e explicitar a diferenciação do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica na componente prática dos cuidados.

O estágio na **consulta de transplante** decorreu durante seis semanas, nas quais tive oportunidade de participar ativamente na consulta pós transplante renal e reno-pancreático, consulta de dador-vivo, e consulta de acessos vasculares. O meu papel no



pós-transplante passou essencialmente pelas seguintes ações: monitorizar o processo de adaptação à nova situação de doença; detetar precocemente complicações; contribuir para a adesão ao regime terapêutico; orientar o doente na minimização e gestão os efeitos secundários da terapêutica imunossupressora; proporcionar apoio emocional ao doente e família; ensinar sobre monitorização da doença e gestão de risco; encaminhar para outros membros da equipa multidisciplinar; e monitorizar parâmetros de avaliação da função renal. Estando a consulta aberta ao atendimento de doentes não programados, tive também oportunidade de triar doentes infetados com gripe A e fazer o respetivo acompanhamento. Devo constatar que apesar da insegurança manifestada pelos doentes, foi surpreendente o controlo que alguns têm sobre a sua doença. A dificuldade na gestão da vida pessoal e social devido aos efeitos adversos da medicação foi algo bastante verbalizado.

O modelo de Calista Roy (2001) permitiu-me refletir e interpretar a vulnerabilidade destes doentes. Evidencio o compromisso físico que aparenta preceder e comprometer os restantes modos de adaptação. Também a ansiedade face aos valores analíticos da função renal está sempre presente, condicionando a recetividade e atenção do doente aos ensinamentos feitos na consulta. Creio que neste contexto, o enfermeiro tem um papel não exclusivamente educativo, constituindo-se ele próprio uma ferramenta de suporte na adaptação à nova condição. Para planear e direcionar os cuidados, é necessário que o profissional de enfermagem se aproprie de um corpo de conhecimento sobre o impacto que o transplante tem na QV destes doentes, para além dos efeitos adversos da medicação comumente relatados na literatura. É de salientar que esta preocupação esteve na origem do trabalho de investigação efetuado como um dos requisitos para aquisição do grau de mestre em enfermagem, apresentado no capítulo 3.

Relativamente à consulta de transplante reno-pancreático, a situação é semelhante. No entanto, verifiquei que estes doentes apresentam um maior número de comorbilidades, mas que surpreendentemente parecem mais adaptados à situação de doença. Em discussão com a equipa de saúde supôs-se que poderia estar relacionado com o controle da doença (diabetes) que esteve na origem das restantes disfunções. A preocupação mais evidente nesta população é a rejeição e não os efeitos da imunossupressão.

Assisti a apenas duas consultas de dador vivo, observando a atividade do enfermeiro: avaliar a adequação psicológica e física do possível dador, respeitando os princípios ético-deontológicos e a legislação aplicável; proporcionar um esclarecimento

realista sobre os requisitos para este tipo de doação e riscos associados; fornecer informação sobre a condição pós-transplante; e alertar o doente e dador para a necessidade de otimização da saúde pré-transplante.

Apesar de ter idealizado acompanhar um doente durante todo o processo de transplante renal, desde a preparação, à cirurgia e pós-operatório, durante todo o estágio não ocorreu nenhum transplante. No entanto, foi-me possibilitada a observação na unidade de internamento em que fiquei a conhecer a dinâmica do serviço e equipa. Verifiquei também os atuais internamentos foram motivados por rejeição ou infeção do enxerto.

Quanto à consulta de acessos vasculares, tive um papel pouco interventivo, tendo observado que o enfermeiro faz essencialmente a colheita de dados inicial, o ensino sobre os diferentes tipos de acesso e respetiva preservação.

Para este estágio considerei como ponto de partida o estadio 2 do modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001). No entanto, ao iniciar o estágio verifiquei que estaria mais avançada (estadio 4). Considerando a experiência prévia no serviço percecionei rapidamente as situações na sua globalidade, assumindo a liderança na tomada de decisão na consulta pós-transplante logo na primeira semana de estágio. Esta participação ativa foi reconhecida pela equipa multidisciplinar e doentes. Durante as seis semanas consolidei essencialmente conhecimentos, tendo mantido o nível de proficiência.

O estágio na **unidade de hemodiálise** teve a duração de 4 semanas, durante as quais tive oportunidade de prestar cuidados não só a doentes em programa regular de hemodiálise, mas também àqueles em regime de internamento, com agudização da função renal e instabilidade hemodinâmica. A experiência de 15 anos nesta área constituiu-se como elemento facilitador da aprendizagem a aprimoramento de competências. Para além da consolidação dos domínios comuns do enfermeiro especialista, deu-se cumprimento ao previsto no guia orientador de boa prática da OE, relativo aos cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise, nomeadamente: envolve a pessoa com DRC no tratamento durante as sessões de HD, colabora na avaliação e revisão das estratégias de HD, colabora na transferência da pessoa com DRC entre unidades de HD, e gere equipas de enfermagem em salas de hemodiálise (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Do ponto de vista da prestação direta de cuidados destaco a ampliação de competências no mapeamento e otimização do acesso vascular e ensino sobre autocuidado.

Apesar da experiência prévia em clínicas privadas de hemodiálise, este contexto diferencia-se pelas comorbilidades associadas de alguns doentes, que complexificam toda a prestação de cuidados. Há que ter em conta que a equipa de enfermagem dá apoio à unidade de cuidados intensivos na realização de técnicas dialíticas contínuas. Neste sentido, foi possível ampliar o leque de competências na monitorização e gestão de complicações interdialíticas, nomeadamente no doente com lesão renal aguda submetido a ventilação invasiva e não invasiva. Distingue-se ainda a assistência na colocação de cateter venoso central provisório e permanente, bem como a realização de consulta de esclarecimento sobre TSFR.

Apesar da diferenciação e rigor da equipa, não posso deixar de salientar que ainda se verifica um excesso de instrumentalização e mecanização das intervenções de enfermagem neste contexto. A complexidade do quadro clínico e da terapia hemodialítica exige respostas imediatas, que padronizam a intervenção e inibem a prática reflexiva do enfermeiro em HD. Emerge assim a necessidade de estabelecer diagnósticos de enfermagem, como forma de planear, fundamentar e avaliar a prática. Vários estudos demonstram uma discrepância entre os diagnósticos valorizados pelos enfermeiros em unidades de HD, fazendo com que assumam também diferentes prioridades na abordagem ao doente (Lemes & Bachion, 2016). Para Debone (2017), o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem neste contexto, é fundamental para que as intervenções ocorram de forma sistematizada, padronizada e mais eficiente. Para o enfermeiro especialista é fundamental saber utilizar uma taxionomia diagnóstica, sendo que esta promove o pensamento reflexivo, fundamenta a tomada de decisão, e traz contributos para a educação, investigação e gestão. Neste sentido, numa breve pesquisa de literatura verifiquei que a evidência disponível utiliza essencialmente a linguagem de classificação NANDA, identificando-se maioritariamente diagnósticos de risco. Creio que deverão ser realizados esforços para que os diagnósticos indicados como relevantes na literatura, sejam validados para a realidade portuguesa. Mediante esta análise penso ter mantido o meu nível de proficiência no cuidado especializado ao doente renal crónico em HD.

Considerarei o estágio na **unidade de diálise peritoneal** como um dos mais enriquecedores e completo, tendo-se a DP revelado um contexto de grande potencial e crescimento para a enfermagem. Leal (1997) refere que, este é o método de tratamento da doença renal, em que o enfermeiro tem um papel mais determinante, não só pelo treino, mas também pela participação ativa nas consultas médicas e de enfermagem.

O contacto com doentes em DP há cerca de 12 anos permitiu-me identificar aspetos significativos dos cuidados pelas experiências de repetição. Também a experiência académica permitiu que mobilizasse rapidamente os conhecimentos teóricos das aulas, e desenvolvesse flexibilidade e capacidade de decisão perante situações mais complexas. Realizei consultas de forma autónoma e geri o ensino e preparação do doente/cuidador para o início de DP. Foi extremamente gratificante constatar diariamente a repercussão que tive na adaptação destas pessoas ao processo de doença. Evidencio o aumento do leque de conhecimentos e intervenções práticas, nomeadamente, na realização e interpretação de estudos de eficácia dialítica e TEP, gestão do regime terapêutico, atuação em situação de sobrecarga hídrica, risco de peritonite ou infeção do orifício de saída (IOS). A prevenção da infeção revelou-se um dos principais focos da intervenção de enfermagem. Enfatiza-se a peritonite por ser a principal causa da perda desta via dialítica (Sousa, Santos, Costa, & Rodrigues, 2006), sendo imprescindível a participação efetiva do enfermeiro na educação do doente e família. Neste sentido, realço o meu envolvimento e acompanhamento do processo educativo do doente, com vista à minimização do risco e melhoria da sua autonomia e QV.

Tal como já foi referido anteriormente, este serviço distinguiu-se pela procura constante de evidência científica que suportasse a tomada de decisão e conduta terapêutica. Os projetos de intervenção do serviço proporcionaram momentos desafiantes que levaram à reflexão sobre estratégias de resolução de problemas, e incentivaram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de gestão, liderança e de formação. Avaliando o entrosamento da aprendizagem cognitiva, prática e o compromisso ético, julga-se ter alcançado um nível de proficiência para este contexto.

A minha atuação em **contexto de internamento** foi o culminar de todo o percurso anterior. Pelo fato de este hospital agregar uma panóplia de serviços de apoio ao doente renal crónico, foi-me permitido experienciar um pouco de todos os contextos: sala de técnicas, sala de apoio ao ADNP, prestação de cuidados em internamento e em unidade de cuidados intermédios, consulta de esclarecimento, consulta de DP, consulta de transplante e consulta de acessos. A passagem pelas consultas deu-se apenas em contexto de observação, permitindo uma análise reflexiva e comparativa sobre as diferentes abordagens educativas e de suporte ao doente renal crónico. A maximização da adesão ao regime terapêutico e melhoria da QV parece ser objetivo comum aos serviços onde estagiei anteriormente. No entanto, neste contexto identifiquei um hiato e um

desfasamento entre a componente científica e a prática dos ensinamentos efetuados. Verifica-se a ausência de protocolos de ensino e de atuação fundamentados em evidência científica, sendo que as intervenções são baseadas na aprendizagem experiencial.

Na sala de técnicas prestei apoio à realização de biópsias renais e colocação de cateter de HD provisório e permanente. Tal como já referido em 2.2.3, no ADNP foi-me proporcionado um elevado nível de autonomia na gestão de vagas e tomada de decisão. Neste âmbito, a maioria dos doentes requer cuidados devido a infeção do acesso vascular; rejeição de enxerto; infeção por estado imunitário comprometido; HTA descontrolada; retenção hídrica; ou náuseas e vômitos. A intervenção do enfermeiro perante qualquer um destes estados de saúde requer um conhecimento alargado da etiologia e fisiopatologia da doença renal, e uma capacidade diferenciada para reconhecer as necessidades individuais e tomar decisões fundamentadas e apropriadas.

No internamento propriamente dito, o processo de aprendizagem e consolidação de competências foi mais dinâmico, exigindo uma constante revisão dos conceitos teóricos e a mobilização da experiência acumulada ao longo destes anos. A complexidade da abordagem ao doente renal com agudização do seu estado geral de saúde, exige que o enfermeiro favoreça respostas adaptativas, quer para as limitações impostas pela própria doença, quer pelo motivo de internamento. Mais uma vez o modelo de Callista Roy (2001) se evidenciou útil para a prática de enfermagem, pois permitiu estruturar a avaliação dos comportamentos gerados pelos estímulos externos e internos (Tomey & Alligood, 2004). Neste sentido, enfatizo também a importância da utilização do processo de enfermagem (PE) enquanto ferramenta de estruturação dos cuidados. Para Lopes (1999) a sua utilização sistematizada permite a compreensão e descrição das respostas do indivíduo ao tratamento, bem como das estratégias implementadas com vista ao alcance de resultados. Em linha com o modelo de Roy, o diagnóstico de enfermagem reflete a avaliação após apreciação do nível de adaptação da pessoa, identificando problemas adaptativos, que são definidos como principais áreas de intervenção do enfermeiro (Tomey & Alligood, 2004). Durante o estágio verifiquei que a equipa não utiliza um referencial teórico no planeamento dos cuidados, sobretudo por dificuldade em relacionar com os atuais diagnósticos de enfermagem. No entanto, apesar de antiga, existe literatura disponível que propõe uma relação entre os indicadores de adaptação de Roy e os diagnósticos de enfermagem da NANDA (Lopes, M., Araújo, T., Dafne, 1999). Apesar de, neste serviço, se utilizar linguagem CIPE, esta evidência foi discutida e apresentada à equipa, tendo-se refletido sobre a necessidade de rever/ajustar os diagnósticos e intervenções habitualmente

identificados. Enquanto futura enfermeira especialista, assumo assim um papel de destaque na sensibilização da equipa para o propósito do PE, objetivando a qualidade dos cuidados e a diferenciação da profissão.

Na unidade de cuidados intermédios, o foco da minha intervenção foi a abordagem ao doente renal em estado crítico. A instabilidade destes doentes exigiu cuidados diferenciados que visaram sobretudo a monitorização e manutenção do estado hemodinâmico, monitorização neurológica, controlo da dor, controlo e manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico, e realização de técnicas dialíticas contínuas. Também assisti o doente e família na gestão emocional decorrente de mais este processo adaptativo. De acordo com as competências esperadas no enfermeiro especialista, e tal como referi em 2.2.2, assumi um papel dinamizador ao sugerir e fundamentar a necessidade de ajuste na técnica de SLED. Face ao exposto considero ter mantido o nível de proficiência no cuidado ao doente com doença renal crónica e agudizada.

## **3. ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA TRANSPLANTADA RENAL**

### **3.1 Definição do problema**

Nos contextos em que realizei os estágios de observação, foi-me possível constatar a necessidade de sensibilização dos enfermeiros para o impacto que as diferentes TSFR têm na QV do doente renal crónico e família. Aparenta ser do senso comum que a HD e a DP são as modalidades que evidenciam impacto mais negativo para a pessoa e família. No entanto, e tal como referido no primeiro capítulo, também o transplante renal acarreta bastantes medos e ansiedades. Por um lado, é algo amplamente desejado pela pessoa e família. Por outro, é uma mudança brusca de realidade, em que num espaço de horas o individuo tem se adaptar a toda uma nova realidade, com novos comportamentos e compromissos, quase sem possibilidade de fazer o seu percurso adaptativo.

Para além do exposto, é necessário ter em conta que os profissionais de enfermagem desempenham um importante papel na promoção do bem-estar e da QV dos doentes, sendo que esta constitui um dos indicadores que melhor permite avaliar o impacto das intervenções em saúde. Os enfermeiros devem ser sensibilizados para as demais implicações que o transplante renal tem na QV dos doentes e família, para que possam adequar a sua intervenção às dimensões mais afetadas.

É vital que o enfermeiro utilize o conhecimento das dimensões da QV afetadas neste processo, para compreender a forma e os motivos do doente renal crónico funcionar durante o processo de adaptação e auxiliá-lo a gerir os comportamentos associados ao novo papel. O objetivo deste estudo foi mapear as evidências disponíveis sobre a avaliação da QV da pessoa com doença renal crónica, pós transplante. Assume-se assim como tema: a QV na pessoa com doença renal crónica, pós transplante.

Importa referir que o trabalho aqui desenvolvido pretende também dar resposta aos requisitos para aquisição do grau de mestre em enfermagem.

### **3.2 Metodologia de investigação**

#### **3.2.1 Tipo de estudo e questão de investigação**

Este estudo adapta a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a realização de avaliações de alcance (Peters et al., 2017). Uma pesquisa inicial revelou que

os estudos disponíveis na literatura sobre a QV em doentes transplantados estão dispersos e que a variabilidade de instrumentos de avaliação é grande, demonstrando escassez de revisões de alcance publicadas nesta temática. Neste caso, uma *Scoping Review* revela-se vantajosa, pois permite identificar hiatos na literatura e mapear os tipos de evidência que suportam a prática de enfermagem na promoção da QV dos transplantados renais. Este tipo de revisão permite um maior alcance de evidência, o que corresponde a critérios de inclusão menos restritivos (Khalil et al., 2016).

Formulou-se então a seguinte questão: quais as dimensões a avaliar na QV da pessoa com doença renal crónica, pós transplante? A questão de investigação incorpora os elementos do acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto): P – Doente renal crónico; C – qualidade de vida; C – pós transplante

### 3.2.2 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa para uma *scoping review* pretende ser o mais abrangente possível, permitindo a inclusão de estudos publicados e não publicados (literatura cinzenta). Conforme recomendado pela JBI, esta pesquisa decorreu em três fases: foi primeiramente efetuada uma pesquisa através da EBSCO, limitada à MEDLINE e CINAHL, para análise das palavras contidas no título, no resumo e nos termos do índice, com o objetivo de apurar os descritores e auxiliar na equação de pesquisa; numa segunda pesquisa utilizaram-se as palavras-chave e termos de índice identificados, realizando-se uma procura em toda as bases de dados incluídas; por fim, a lista de estudos obtidos foi sujeita aos filtros de acordo com os critérios de inclusão, tendo sido ainda posteriormente selecionados a partir da leitura do resumo e do texto completo (Peters et al., 2017).

A pesquisa foi efetuada em maio de 2019, nas seguintes bases de dados: MEDLINE (PubMed), Scopus; CINAHL; e EBSCO. Para estudos não publicados recorreu-se ao *Google Scholar*. A pesquisa booleana dos principais termos foi combinada, tendo gerado as seguintes equações de pesquisa: ((*renal transplant*) OR (*kidney transplant*)) AND (*quality of life*); (*quality of life*) AND ((*renal transplant patient*) OR (*kidney transplant patient*)). Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos; em inglês, espanhol e português; estudos de caráter quantitativo e qualitativo que abordassem uma ou mais dimensões da qualidade de vida (QV) no doente transplantado renal; e estudos de validação de escalas de avaliação da disponibilidade de texto integral. Como critérios de exclusão definiram-se: estudos em menores de 18 anos; estudos não disponíveis em texto integral; estudos que não relacionassem a dimensão avaliada com a qualidade de vida,

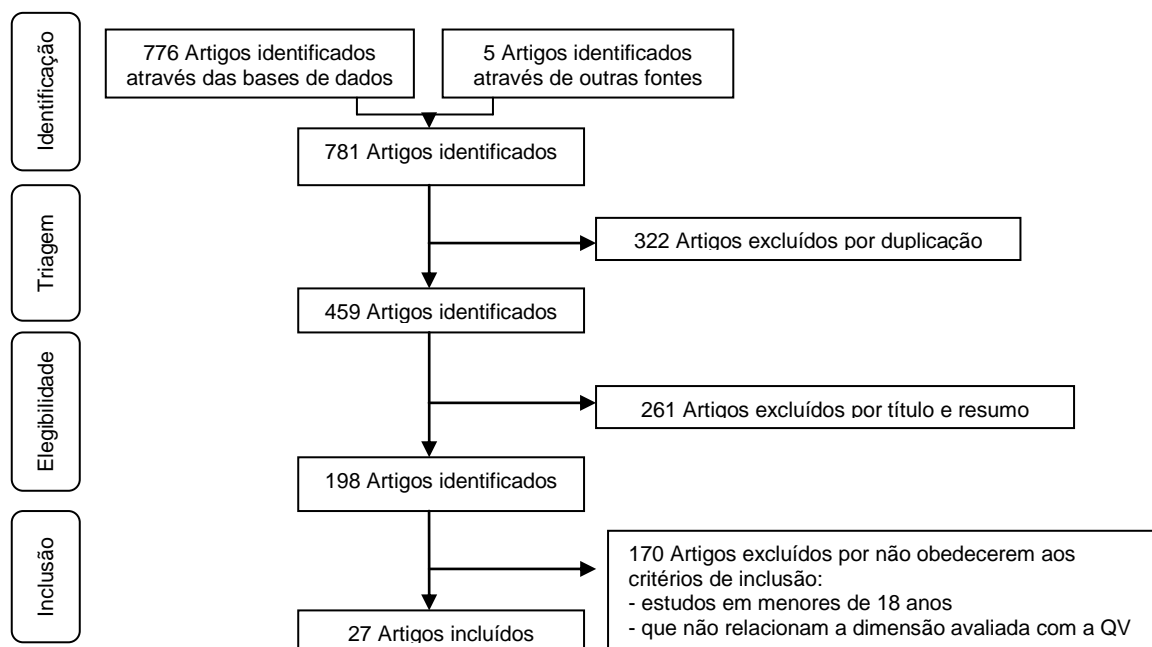


como por exemplo, estudos que avaliassem a saúde mental dos doentes TR, mas que não teciam comentários à relação da saúde mental com a QV. A análise e seleção de artigos foi efetuada por dois pesquisadores doutorados e com experiência superior a cinco anos na área. Para o processo de seleção de artigos optou-se pela metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Desta forma, após eliminação dos duplicados, os artigos encontrados foram avaliados quanto à relevância para a revisão, com base na análise das informações fornecidas pelo título e resumo. O artigo completo foi recuperado para todos os estudos que integraram os critérios de inclusão da revisão, para análise posterior (Moher, 2009). As referências dos artigos identificados foram exportadas para o gestor de referências *Mendeley*.

### 3.3 Resultados

O processo de seleção de artigos foi efetuado de acordo com a metodologia PRISMA, conforme fluxograma da Figura 2, tendo sido incluídos um total de 27 estudos.

**Figura 2** – Fluxograma do processo de seleção de artigos.



Fonte: Adaptado de Peters (2017)

Os dados foram extraídos com recurso a uma tabela de sistematização da informação (Apêndice VI), alinhada ao objetivo e à questão de investigação, conforme definido pela JBI (Peters et al., 2017). Este instrumento foi aperfeiçoado e atualizado na

fase de revisão, incluindo os seguintes elementos: autor(es); ano de publicação; país; objetivos; tipo de estudo e amostra; instrumento de avaliação da QV (quando aplicável); resultados; dimensões da QV e conceitos relacionados.

### 3.3.1 Caracterização geral dos estudos

Após o processo de avaliação e seleção, foram incluídos na scoping review um total de 27 artigos. A discrepância entre o número de artigos identificados na pesquisa inicial e os incluídos deve-se ao fato de grande parte dos estudos não evidenciarem a relação entre a dimensão estudada e a qualidade de vida do transplantado renal. Relativamente ao país de origem a amostra de estudos é bastante heterogênea: Portugal (1); Grécia (1); França (6); Espanha (2); Itália (2); Holanda (1); Finlândia (1); Estados Unidos da América (3); Canadá (1); México (1); Colômbia (1); Brasil (2); China (1); Israel (1); Paquistão (1); Irão (1); Índia (1). Salienta-se que, apesar desta variabilidade, apenas dois artigos são exclusivamente em espanhol (Álvarez-Rangel et al., 2015; Araya, 2016), encontrando-se os restantes disponíveis em língua inglesa. Apesar da limitação temporal de 10 anos, a maioria dos estudos (22) foram publicados nos últimos cinco anos. Pela pertinência optou-se ainda por incluir o primeiro estudo de validação de uma escala específica de avaliação da QV nos doentes submetidos a TR (Laupacis et al., 1993). Evidencia-se a prevalência de estudos de cariz quantitativo (n=24), e quatro revisões de literatura (Araya, 2016; Blancas et al., 2015; Bossola, Pepe, & Vulpio, 2016; Shupo et al., 2016).

De entre os artigos selecionados, destaca-se o primeiro estudo de desenvolvimento e validação de um questionário específico para a avaliação da QV nos doentes submetidos a TR (*Kidney Transplant Questionnaire* (KTQ) ou *Renal Transplant Questionnaire-version 1* (RTQ-V1)) (Laupacis et al., 1993), e três estudos de desenvolvimento (Gentile et al., 2008) e revalidação do mesmo (*Renal Transplant Questionnaire-version 2* (RTQ-V2)) (Beauger et al., 2013, 2016). Os restantes avaliam a QV neste grupo de doentes, com recurso a escalas validadas para o contexto, identificando os conceitos relacionados que podem influenciar a sua perceção da QV.

Verifica-se uma heterogeneidade nas escalas utilizadas para avaliar as dimensões da QV, com predomínio da SF-36<sup>2</sup> e da WHOQol<sup>3</sup>. Importa referir que, para os artigos incluídos neste estudo, a QV integra uma multiplicidade de dimensões que podem ser

---

<sup>2</sup> Short-Form-36 (SF-36)

<sup>3</sup> World Health Organization Quality of Life (WHQol)

categorizadas em: componente física; componente social; componente mental; e percepção geral do estado de saúde.

Os conceitos relacionados com a percepção da QV pós TR, são explorados nas revisões de literatura e nos estudos correlacionais, que utilizam escalas específicas<sup>4</sup> validadas para a população e contexto, evidenciando-se os seguintes: sono, efeitos colaterais da terapia imunossupressora, idade, sexualidade, comorbidades, prurido, fadiga, regime terapêutico, imagem corporal, otimismo, ansiedade, depressão, apoio social, emprego, biomarcadores (hemoglobina e eritrócitos), aparência física, tempo de TR, tempo em diálise, receio de rejeição do enxerto, literacia, e tipo de dador.

Quanto à população, todos os estudos quantitativos excluíram doentes com idade inferior a 18 anos, e os que têm história de múltiplos transplantes e/ou de rejeição do enxerto.

Em função do objetivo e metodologia dos estudos, verifica-se variabilidade no momento de aplicação do questionário e na dimensão da amostra. Nos estudos longitudinais há conformidade nos tempos de aplicação, que ocorre aos 3, 6 e 12 meses após o TR. Apesar de não haver consenso quanto ao momento ideal de aplicação da escala, alguns autores consideram que após um ano de TR algumas variáveis têm um impacto reduzido na percepção que o doente tem da sua QV (Álvarez-Rangel et al., 2015; De Mendonça, Torres, Salvetti, Alchieri, & Costa, 2014; Gentile et al., 2013; Kamran & Fife-Schaw, 2014; Mouelhi et al., 2018; Schulz et al., 2014).

### 3.3.2 Principais resultados

No desenvolvimento de KTQ ou RTQ-V1, Laupacis et al. (1993) validaram cinco dimensões da qualidade de vida numa amostra de 50 doentes: sintomatologia física, fadiga, incerteza/medo, aparência física, e emoções. À exceção da aparência física, todos os itens obtiveram melhorias significativas seis meses após o TR. Este estudo estabeleceu ainda uma correlação positiva entre o bom funcionamento do enxerto (traduzido por valores de creatinina superiores a 250mmol/l) e a QV.

Gentile et al (2008), desenvolveram a segunda versão do RTQ (RTQ-V2), reduzindo-a de 85 para 45 itens, incluindo novos conceitos relacionados, nomeadamente o

---

<sup>4</sup> Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive medication Scales (BAASIS); Body-Image Ideals Questionnaire (BIIQ); Brief Symptoms Inventory (BSI); Checklist Individual Strength Charlson Comorbidity Index (CIS-20); Distress Scale (MTSOSDS); Fatigue Symptom Inventory (FSI-20); Health Utility Index-Mark III (HUI-III); Hospital Anxiety and Depression Scale HADS; Karnofsky Performance Scale (KPS); Life Orientation Test (LOT); Medication Regimen Complexity Index (MRCI); Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20); Numeric Rating Scale (NRS); Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI); Sexual Concerns Questionnaire (SCQ); Symptom Checklist-90 (SC-90); Van Dream Anxiety Scale (VDAS); Verbal Rating Scale (VRS); Visual Analogue Scale (VAS).

receio de rejeição do enxerto e o regime terapêutico. Beuager (2013) revalidou o RTQ-V2 numa amostra maior (n=1591) à do questionário desenvolvido em 2008 (n=1059), reduzindo novamente os itens para 32, que descrevem as mesmas cinco dimensões.

Bohkle (2009) aplicou a SF-36 a 272 doentes submetidos a TR, tendo identificado conceitos semelhantes relacionados com a QV. O seu estudo demonstra que as comorbilidades (DM e HTA), o funcionamento do enxerto (traduzido pelo aumento da creatinina), e os biomarcadores (baixos níveis de hematócrito) são os principais conceitos que influenciam negativamente a dimensão física da QV. Já os fatores sociodemográficos, nomeadamente, o género, rendimento e empregabilidade, são os principais determinantes da saúde mental. Ser mulher, ter baixo rendimento e estar desemprego, são conceitos preditores de piores scores nesta dimensão.

Relativamente às comorbilidades, Dukes et al. (2013) avaliaram o impacto que a DM pré e pós TR tem na QV. O estudo envolveu uma amostra de 200 pacientes, em que 83 tinham história anterior da doença e 117 só a desenvolveram após o TR. Demonstrou-se que a DM está associada a uma pior QV, tendo especial impacto no desempenho físico dos doentes, independentemente do momento em que é diagnosticada. Este estudo nota que a DM é uma preocupação adicional em todos os doentes no pós-TR, por ser uma potencial consequência da imunossupressão. Os autores sugerem ainda investigação adicional sobre os benefícios marginais desta opção terapêutica, nos doentes com DM pré TR.

Para além de Bohkle (2009), apenas um outro estudo se debruçou diretamente sobre a relação entre os biomarcadores e a QV. Kamran et al. (2014) investigaram se os transplantados renais com marcadores clínicos semelhantes tinham maneiras diferentes de perceber a QV, constatando que não há relação significativa entre a satisfação com a QV e o funcionamento do enxerto e outros indicadores gerais de saúde.

Quanto aos fatores sociodemográficos, vários estudos demonstram que o desemprego, ser mulher, ter baixo rendimento, ser solteiro, ter baixos níveis de literacia e não ter apoio social, são variáveis que influenciam negativamente a perceção da QV dos doentes submetidos a TR (Antunes, A. V., Mota Sousa, L. M., Justo, C., Ferrer, J., Frade, F., Severino, S. S. P., & Almeida Santos, 2018; Chisholm-Burns, Erickson, Spivey, & Kaplan, 2012; Gentile et al., 2013; Kamran & Fife-Schaw, 2014; Medellín Olaya & Carrillo González, 2014; Mouelhi et al., 2018; Pérez Blancas, Moyano Espadero, Estepa del Árbol, & Crespo Montero, 2015). Já Mendonça et al. (2014), num estudo que envolveu 63 doentes antes e após o TR, referem que os fatores sociodemográficos não influenciam diretamente a

percepção da QV. O TR foi considerado o principal fator explicativo da mudança na QV. Por outro lado, Shupo et al. (2016) acrescentam a perspectiva de que a literacia é uma característica social que afeta a adesão ao regime terapêutico, com consequências indiretas na dimensão física e psicológica da QV.

Para Balaska (2016) as dimensões da QV que evidenciam melhorias mais significativas após o TR são a percepção geral do estado de saúde, a componente física e emocional. Este autor demonstra a correlação entre a idade e o tipo de dador e a QV, concluindo que quanto menor a idade do doente no momento do TR, maior a classificação obtida na avaliação da QV. O mesmo se verifica quando o TR é de dador vivo.

Outros autores evidenciam a idade como um forte preditor da QV, sendo que os doentes submetidos a TR mais jovens, relatam um maior nível de satisfação com a sua QV (Kamran & Fife-Schaw, 2014).

O fator tempo pós TR foi também considerado um conceito relacionado com a percepção da QV, apesar de não ser consensual o tipo de associação que se estabelece. Um estudo longitudinal prospetivo efetuado aos 3, 6 e 12 meses após TR, demonstra que a satisfação com a QV aumenta com o tempo (Kamran & Fife-Schaw, 2014). No entanto, Álvarez-Rangel (2015) sugere que a melhoria na QV se estabelece principalmente durante os primeiros 6 meses após o TR, demonstrando que não se verificam melhorias adicionais aos 12 meses. Já Antunes et al. (2018), num estudo sobre a QV em doentes submetidos a TR na população portuguesa, referem que os doentes com menos de 5 anos de TR, têm uma pior percepção em todas as dimensões da QV

Ortiz (2014), numa amostra de 49 doentes submetidos a TR, associa a modalidade de diálise e a QV, relatando que os doentes em DP obtêm valores mais elevadas da sua QV do que aqueles em regime de HD. Em ambos os grupos a QV melhora substancialmente após o TR.

Vários autores destacam aspetos diretamente relacionados com o regime terapêutico pós TR como variáveis preditivas de pior QV, nomeadamente a dose, frequência de administração e efeitos secundários da medicação imunossupressora. Shupo et al. (2016) e Ortiz (2014) evidenciam que o excesso de medicação, as tomas frequentes, e os efeitos secundários, interferem com o estilo de vida habitual dos doentes e incrementam a ansiedade, o que explica os baixos níveis de percepção da QV. O estudo de Gentile (2013) demonstra não só que os efeitos colaterais da medicação influenciam negativamente as dimensões física e psicológica da QV, mas refere ainda que o receio de

rejeição do enxerto potencia esta percepção. É de salientar que este último aspeto apenas é mencionado nos estudos que aplicam a RTQ-V2.

Apesar de em minoria, identificam-se ainda outros conceitos relacionados com a percepção da QV após TR, particularmente o sono, o prurido, a fadiga, a ansiedade/depressão, as expectativas e o otimismo, a imagem corporal e a sexualidade. Através de uma revisão de 33 artigos científicos, Araya (2016) relata que as alterações de sono afetam mais de 50% dos doentes que receberam um TR e que influenciam negativamente as dimensões de saúde mental e física da QV. Apesar destas serem maioritariamente consequência do TR, o mesmo autor refere que deve ser dada especial atenção àqueles que já tinham história prévia de perturbações desta natureza. Também Pérez Blancas (2015) constata que o sono é um fator determinante das alterações que ocorrem na QV após o TR.

Panuccio et al. (2017) notaram que o prurido na QV após TR estava negativamente associado ao bem-estar emocional e social. A prevalência do prurido é substancialmente inferior nos doentes submetidos a TR (32%) do que nos doentes em regime de hemodiálise (68%), estando associado a uma melhoria significativa de todas as dimensões da QV.

Bossola et al. (2016) notaram que a fadiga melhora após o TR, mas que 40% a 50% dos doentes mantêm o cansaço. As causas não são claras, sugerindo-se uma relação rudimentar com o processo inflamatório crónico e o estado nutricional dos doentes TR. A fadiga determina pior percepção da QV em geral, tendo um impacto essencialmente físico e social.

Praharaj et al. (2014) num estudo em 105 doentes submetidos a TR, constataram que a ansiedade e a depressão não estão só associadas negativamente à QV, mas também a um maior número de hospitalizações, rejeições e complicações pós TR. Também Mouelhi (2018) refere que o tratamento com antidepressivos está associado a uma pior percepção da QV.

Por outro lado, Schulz et al. (2014) sugerem que o otimismo é um fator preditor de uma melhor percepção da QV. Este está também associado às expectativas que o doente tem sobre a QV após o TR. Quando o otimismo é reduzido, os doentes experienciam maiores níveis de ansiedade, sobretudo quando as expectativas prévias eram elevadas.

Em 2015, Yagil demonstrou uma associação entre a imagem corporal e a percepção da QV. A insatisfação com a imagem após o TR está associada a baixas avaliações em múltiplas dimensões da QV, nomeadamente, física, social e emocional.

Em 2014, Muehrer et al., exploraram o conceito de sexualidade nos doentes submetidos a TR, identificando vários aspetos que influenciam a sua QV: efeitos que as relações sexuais têm sobre a saúde, preocupações com o parceiro, preocupações com a falta de tratamento para os problemas sexuais, e comunicação com os profissionais de saúde sobre o tema. As conclusões deste estudo demonstram a importância da sexualidade para os doentes TR e o impacto negativo que as preocupações com a vida sexual podem ter na percepção da QV.

Foi ainda encontrado um estudo experimental, que analisou o impacto do modelo de cuidados na QV do doente submetido a TR. Raiesif et al. (2014), acompanharam durante 3 meses um grupo de 41 doentes em regime de cuidados continuados (grupo experimental), e um grupo de 37 doentes no regime convencional (grupo de controlo). Apesar de a QV melhorar em ambos os grupos após o TR, os valores de satisfação com a QV foram significativamente maiores no grupo experimental.

### 3.3.3 Discussão

Esta revisão faz o mapeamento dos achados disponíveis na literatura nos últimos 10 anos, sobre as dimensões da QV no doente submetido a TR e conceitos relacionados. Apesar de existir uma escala validada para esta população específica (RTQ V2), verifica-se uma variabilidade nos instrumentos utilizados. Não obstante, identifica-se uma linha de pensamento comum no que respeita às dimensões avaliadas, permitindo categorizá-las em: física, psicológica, social, ambiental e percepção geral da QV.

De um modo geral o TR está associado a uma melhoria da QV. Apesar das comorbidades associadas influenciarem negativamente algumas dimensões, a percepção geral da QV continua a ser melhor após o TR. Também quando comparada com outras TSFR, esta opção continua a ser a preferencial no que diz respeito aos ganhos em saúde, reduzindo substancialmente os custos associados ao tratamento e acompanhamento destes doentes, e aumento da sobrevivência (Domingos, 2014).

Para este estudo os conceitos relacionados foram as variáveis que influenciam a percepção que o doente submetido a TR tem da sua QV, sendo possível distinguir três categorias: as relacionadas com o perfil sociodemográfico do doente; as que são consequência direta do TR; e as relacionadas com a condição pré TR.

Relativamente ao perfil sociodemográfico é unânime que, ter mais idade, ser mulher, ter baixo rendimento, estar desempregado, ser solteiro, ter falta de apoio social, e ter baixos níveis de literacia, são fatores associados a uma pior percepção da QV.

Quanto aos fatores que são consequência direta do TR, os artigos encontrados demonstram que, na sua maioria, têm um impacto negativo na QV, nomeadamente: os efeitos colaterais da terapia imunossupressora, a alteração da imagem corporal, receio de rejeição do enxerto, e a rigidez do regime terapêutico. Destas surgem ainda as comorbilidades (ex.: DM), a fadiga associada à inflamação crónica e à alteração dos biomarcadores (redução de hemoglobina e eritrócitos). Alguns destes aspetos foram já relatados por Laupacis (1993), tendo sido integrados na sua totalidade na segunda versão da RTQ (Gentile et al., 2008). O tempo de TR surge como aqui como uma variável que permite estabelecer um limite de tempo seguro para a subjetividade da perceção da QV. A maioria dos autores defende que os doentes apenas têm uma perceção clara da sua QV, um ano após o TR. Supõe-se que após este período ocorreu já uma adaptação à nova condição de saúde e um reequilíbrio do estilo de vida.

Os conceitos associados à condição pré TR referem-se ao tipo de dador, à modalidade e tempo na TSFR anterior, sendo que o TR de dador vivo, a DP e o tempo de tratamento mais reduzido estão associados a uma melhor perceção da QV. Nestas variáveis incluem-se a existência de comorbilidades prévias, como a DM, a ansiedade e depressão. O prurido emerge como um dos sintomas que melhora significativamente, tendo especial impacto na melhoria das dimensões física e social da QV.

Distinguem-se ainda outras variáveis consideradas importantes para a QV após o TR, como o sono, a sexualidade e o tipo de acompanhamento por parte dos serviços de saúde. As perturbações do sono são muito comuns nesta população, agravando-se com a idade e com as comorbilidades, sendo um dos principais preditores da diminuição da QV. A sexualidade surge relatada em forma de preocupações: consequência para a saúde da atividade sexual; preocupação com o parceiro; preocupação com a impossibilidade de tratamento para problemas de desempenho sexual; comunicação com a equipa de saúde. O tipo de acompanhamento pelos serviços de saúde é um conceito totalmente novo para esta população, merecedor de reflexão pela influência positiva que tem na QV. Este achado pode ser impulsionador de uma política de maior proximidade com os doentes TR, permitindo uma intervenção célere através da identificação precoce de fatores que afetam QV.

É de salientar que a forma de expressão dos conceitos depende da perceção subjetiva de cada indivíduo. Doentes com condições clínicas semelhantes, podem perceber sua QV de forma diferente, pois esta depende da interação entre os conceitos mencionados.



Importa referir que os estudos identificados são escassos em recomendações para a prática, não mencionando a importância interventiva de grupos profissionais específicos. Não obstante, o mapeamento aqui feito dos conceitos que influenciam a QV é especialmente relevante para a prática especializada de enfermagem. Detendo conhecimentos e capacidades diferenciadas nas áreas de investigação, gestão, qualidade, e ética, o enfermeiro especialista tem um papel privilegiado no estabelecimento de diagnósticos e planeamento de intervenções capazes de minimizar o impacto que o TR tem na QV dos doentes.

Esta intervenção é transversal a todas as categorias de conceitos identificadas, sendo que a consulta de TR constitui um dos momentos ideais para a operacionalização das estratégias de acompanhamento e educação para a saúde. Para as variáveis sociodemográficas, poder-se-á discutir a reorganização das consultas. Por exemplo, os doentes com baixos níveis de literacia e falta de apoio social. Neste caso, seria desejável o aumento da frequência de consultas de enfermagem. Por outro lado, se coexistirem baixos rendimentos ou situação de desemprego, a deslocação pode constituir um entrave. O acompanhamento telefónico ou por equipas domiciliárias seriam uma possível solução.

Já no caso das variáveis que são consequência direta do tratamento, a estratégia poderá passar por educação para a saúde, apoio emocional, ou alteração do regime terapêutico em função das necessidades e conveniência do doente.

No que respeita à condição pré TR, conceitos como o tempo e tipo de TSFR ou tipo de dador têm grande variabilidade circunstancial, pelo que o papel do enfermeiro especialista passa essencialmente pela sensibilização da equipa e do doente para a necessidade de otimização do seu estado de saúde.

Destaca-se ainda o papel do enfermeiro especialista na transmissão do conhecimento sobre as consequências do TR na QV. Apesar de este ser uma das opções de tratamento preferenciais para a DRCT, ele acarreta uma série de consequências para a saúde que influenciam e são influenciadas pela panóplia de variáveis aqui identificadas. Acompanhando o DRC em todas as fases da sua doença, o enfermeiro deve deter conhecimento sobre essas variáveis e intervir sobre elas. O especialista deve-se assumir como influenciador na tomada de decisão da equipa e na própria estratégia do sistema de saúde. Tal como já foi referido, a proximidade e continuidade no acompanhamento por parte dos serviços de saúde, revelam-se de extrema importância no controle dos fatores que afetam negativamente a QV destes doentes.

Verificou-se que o RTQ-V2, instrumento específico para avaliação da QV no doente submetido a TR, não está traduzido nem validado para a população portuguesa. Este será o desiderato para a fase que se segue a este estudo, recomendando-se a sua aplicação no momento privilegiado de acompanhamento que são as consultas pós TR. Isto permite não só avaliar e monitorizar a QV dos doentes, mas apreciar a eficácia das intervenções de enfermagem. A sua operacionalização a nível nacional seria uma poderosa estratégia de demonstração da importância da enfermagem para a qualidade dos cuidados de saúde.

Do panorama atual de contratação precária de enfermeiros iniciados para funções tão específicas e de elevada perícia, como a enfermagem nefrológica, emerge ainda a necessidade de estender este conhecimento aos currícula académicos. O treino e reflexão sobre diagnósticos e intervenções direcionadas à melhoria da QV, são estratégias facilitadoras da translação do conhecimento e aplicação na prática. Não obstante, reconhece-se a necessidade crescente de uma subespecialização em enfermagem nefrológica.

Apesar da riqueza da informação extraída, os estudos selecionados foram efetuados em contextos e amostras de dimensão diferentes, sendo necessário explorar a relação entre os conceitos e a QV em contextos semelhantes e amostras maiores.

### 3.4 Limitações do estudo

Reconhecem-se várias limitações à realização deste estudo. Primeiramente, pela utilização da metodologia de *scoping review*, não foi efetuada a avaliação da qualidade dos artigos selecionados, o que pode comprometer a validade de alguns achados. Constitui-se também como limitação a pesquisa de artigos apenas disponíveis em texto integral e a restrição aos idiomas, o que pode levar à exclusão de estudos relevantes.

### 3.5 Conclusões

Considera-se ter dado resposta aos objetivos desta revisão *scoping*, tendo-se identificado os instrumentos mais utilizados para avaliação da QV nos doentes submetidos a TR, nomeadamente o SF-36 e a RTQ, específica para esta população. As dimensões transversalmente avaliadas são a física, psicológica, social, ambiental e percepção geral da QV. Mapearam-se as variáveis que influenciam a percepção da QV no doente TR, distinguindo-se três categorias: as relacionadas com o perfil sociodemográfico do doente; as que são consequência direta do TR; e as relacionadas com a condição pré TR. De todas as variáveis, as que mais influenciam a QV são o receio de rejeição do enxerto, a

terapia imunossupressora e a imagem corporal. Apesar do seu impacto, o TR continua ser a opção preferencial para o DRCT. O enfermeiro especialista tem um papel fundamental na disseminação desta informação, na sensibilização dos seus pares e de outros profissionais de saúde, no desenvolvimento de estratégias educativas e promotoras da saúde no DRCT e naquele submetido a TR. Evidencia-se a necessidade de inclusão destes achados no currículo académico de enfermagem e de reconhecimento da enfermagem nefrológica como subespecialidade de enfermagem.



## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir este relatório partindo da reflexão das minhas necessidades de aprendizagem, permitiu consolidar a aquisição de competências como especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O facto de optar pela vertente nefrológica constituiu-se como um elemento facilitador, por ser uma área transversal à minha atividade profissional e pela qual tenho especial interesse.

Tal como foi referido várias vezes ao longo deste relatório, a DRC é já considerada um problema de saúde pública, sendo considerada uma ampla área de intervenção com forte impacto na QV dos doentes e família, e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Exige do enfermeiro um vasto leque de competências, que não se focam apenas na clínica, mas nas capacidades humanas, comunicacionais, relacionais, na responsabilidade profissional e na investigação e produção de conhecimento. Isto torna cada vez mais emergente a necessidade de formar especialistas na área e de reconhecer o impacto que a diferenciação dos enfermeiros pode ter nos ganhos em saúde.

Durante o estágio contatei com o DRC nos vários contextos da prestação de cuidados, sendo que a aquisição das competências adquiridas seguiu a lógica de progressão nos cinco níveis de proficiência do modelo de Dreifus adaptado por Benner (2001). Na consulta de TR iniciei o estágio no nível 4. Considerando a experiência prévia no serviço percecionei rapidamente as situações na sua globalidade, assumindo a liderança na tomada de decisão na consulta pós-transplante logo na primeira semana de estágio. Esta participação ativa foi reconhecida pela equipa multidisciplinar e doentes. Durante as seis semanas consolidei essencialmente conhecimentos, tendo mantido o nível de proficiência.

Ao iniciar o estágio na unidade de hemodiálise, contava já com uma experiência de 15 anos na área, o que foi facilitador do aprimoramento de competências. Tive oportunidade de prestar cuidados não só a doentes em programa regular de hemodiálise, mas também àqueles em regime de internamento, com agudização da função renal e instabilidade hemodinâmica. Considero ter mantido o nível de proficiente.

Na DP realço o meu envolvimento e acompanhamento do processo educativo do doente, com vista à minimização do risco e melhoria da sua autonomia e QV. Iniciei este estágio no que entendi ser o nível 2 de proficiência, mas este contexto distinguiu-se pela procura constante de evidência científica de suporte à tomada de decisão. Os projetos de intervenção do serviço proporcionaram momentos desafiantes que levaram à reflexão sobre estratégias de resolução de problemas, e incentivaram o desenvolvimento e

aperfeiçoamento de competências de gestão, liderança e de formação. Avaliando o entrosamento da aprendizagem cognitiva, prática e o compromisso ético, julga-se ter alcançado um nível de proficiência para este contexto.

O estágio em contexto de internamento foi o culminar de todo o percurso anterior. Pelo fato de este hospital agregar uma panóplia de serviços de apoio ao doente renal crónico, o processo de aprendizagem e consolidação de competências foi mais dinâmico, exigindo uma constante revisão dos conceitos teóricos e a mobilização da experiência acumulada ao longo destes anos. Penso ter mantido o nível de proficiência.

Salienta-se que, apesar de ter cumprido a maioria dos critérios de avaliação das unidades de competência previstas para as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o tempo passado em cada contexto foi reduzido e constituiu um desafio adicional ao cumprimento deste objetivo.

No sentido da excelência e, como um requisito para aquisição do grau de mestre em enfermagem, foi-nos proposto o desenvolvimento de competências de investigação. Foi então desenvolvida uma revisão scoping com o objetivo de mapear as dimensões e conceitos relacionados com a QV dos transplantados renais. Apesar de o TR ser a opção preferencial para o DRCT, este acarreta inúmeras consequências com impacto direto na QV do doente. Este estudo veio complementar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e prática do curso, permitindo também produzir algumas recomendações úteis ao desenvolvimento da profissão. Mas mais importante do que mapear conceitos e identificar variáveis é a reflexão e discussão que daqui advém. Espera-se que a disseminação deste estudo sensibilize para o papel do enfermeiro nas estratégias de promoção de saúde e prevenção da doença.

No final deste percurso considero que há ainda um longo e importante caminho a percorrer, no sentido da diferenciação da enfermagem nefrológica. Esta é uma prática complexa que requer conhecimentos e competências especializadas, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde ao DRC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecassis, M., Adams, M., Adams, P., Arnold, R. M., Atkins, C. R., Barr, M. L., ... Live Organ Donor Consensus Group. (2000). Consensus statement on the live organ donor. *JAMA*, 284(22), 2919–2926. <https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2919>
- Álvarez-Rangel, L. E., Cruz-Santiago, J., Meza-Jiménez, G., Bernáldez-Gómez, G., Ledesma-González, V. M., Camacho-Hernández, F., ... Aguilar-Martínez, C. (2015). [Modification of health-related quality of life in kidney transplant recipients]. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 53 Suppl 1, S66-73.
- Antunes, A. V., Mota Sousa, L. M., Justo, C., Ferrer, J., Frade, F., Severino, S. S. P., & Almeida Santos, M. J. (2018). Assessment of the perceived quality of life of a kidney transplant patient. *Enfermería Nefrológica*, 21(2), 138–144. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000200005>
- Araya, S. (2016). Sueño y sus características en personas con trasplante renal. *Enferm. Nefrol*, 19(3), 191–200. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000300002>
- Balaska, A., Pistolas, Di., Koukoulaki, M., Alassas, Di., Drakopoulos, S., Kaklamanos, I., ... Birbas, K. (2016). Changes in Health-Related Quality of Life in Greek Adult Patients Two Years after Successful Renal Transplantation. *BANTAO Journal*, 14(1), 30–33. <https://doi.org/10.1515/bj-2016-0007>
- Beauger, D., Fruit, D., Villeneuve, C., Laroche, M.-L., Jouve, E., Rousseau, A., ... Gentile, S. (2016). Validation of the psychometrics properties of a French quality of life questionnaire among a cohort of renal transplant recipients less than one year. *Quality of Life Research*, 25(9), 2347–2359. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1271-0>
- Beauger, D., Gentile, S., Jouve, E., Dussol, B., Jacquelinet, C., & Briançon, S. (2013). Analysis, evaluation and adaptation of the ReTransQoL: a specific quality of life questionnaire for renal transplant recipients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 148. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-148>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Blancas, C., Espadero, M., del Árbol, M., & Montero, R. (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 204–226. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000300009>
- Bodin, S. M. (Ed). (2017). *Contemporary nephrology nursing* (3rd ed.). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Bohlke, M., Marini, S. S., Rocha, M., Terhorst, L., Gomes, R. H., Barcellos, F. C., ... Sesso, R. (2009). Factors associated with health-related quality of life after successful kidney transplantation: a population-based study. *Quality of Life Research*, 18(9), 1185–1193. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9536-5>
- Bossola, M., Pepe, G., & Vulpio, C. (2016). Fatigue in kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 30(11), 1387–1393. <https://doi.org/10.1111/ctr.12846>
- Boterf, G. Le. (2003). *L'ingénierie: concevoir des dispositifs dans des environnements complexes et évolutifs*. Education permanente. Artmed.
- Brück, K., Stel, V. S., Gambaro, G., Hallan, S., Völzke, H., Ärnlöv, J., ... Jager, K. J. (2016). CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol*, 27, 2135–2147. <https://doi.org/10.1681/ASN.2015050542>
- Carrillo, A., Melgarejo, L., & Rubio, F. (2015). El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. *Aquichan*, 15(2), 266–277. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.10>
- Chisholm-Burns, M. A., Erickson, S. R., Spivey, C. A., & Kaplan, B. (2012). Health-related

- quality of life and employment among renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 26(3), 411–417. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2011.01541.x>
- Costa, M. A. (2007). Enfermagem: ajudar os outros a ser competentes. *Revista Ser Saúde*, 6(6), 24–37.
- De Mendonça, A. E. O., Torres, G. D. V., Salvetti, M. D. G., Alchieri, J. C., & Costa, I. K. F. (2014). Changes in quality of life after kidney transplantation and related factors. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 27(3), 287–292. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400048>
- Debone, M. C., Pedruncci, E. da S. N., Candido, M. do C. P., Marques, S., & Kusumota, L. (2017). Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 800–805. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0117>
- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- DGS. (2013). *Circular Normativa n.º 12/2013*. Retrieved from [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/CN 12.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/CN%2012.pdf)
- DGS. (2017). *PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS EM HOSPITAIS DE CUIDADOS DE AGUDOS*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
- Domingos, M. (2014). *Avaliação económica em transplantação renal*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Dukes, J. L., Seelam, S., Lentine, K. L., Schnitzler, M. A., & Neri, L. (2013). Health-related quality of life in kidney transplant patients with diabetes. *Clinical Transplantation*, 27(5), 6–10. <https://doi.org/10.1111/ctr.12198>
- EDTNA. (2007). *Competency Framework*. Luzerne: European Dialysis & Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association.
- Ferrari, P. (2016). Nurturing the benefits of pre-emptive kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 31(5), 681–682. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv383>
- Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., ... Brunier, G. (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Peritoneal Dialysis International*, 36(6), 592–605. <https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>
- Gentile, S., Beauger, D., Speyer, E., Jouve, E., Dussol, B., Jacquelinet, C., & Briançon, S. (2013). Factors associated with Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients in France. *BMC Nephrology*, 11(88), 18. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0893-6>
- Gentile, S., Jouve, E., Dussol, B., Moal, V., Berland, Y., & Sambuc, R. (2008). Development and validation of a French patient-based health-related quality of life instrument in kidney transplant: the ReTransQoL. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 78. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-78>
- Goreti, M., Cruz, S., Daspett, C., De Aguiar Roza, B., Vieira, C., Ohara, S., ... Correspondente, A. (2015). Family experience in the kidney transplant process from a living donor. *Acta Paul Enferm*, 28(3), 275–280. <https://doi.org/10.1590/1982>
- HGO. (2017). *Plano de Atividades 2017*. Retrieved from [http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/Plano de Atividades e Orcamento 2017\\_FINAL\\_25JAN17.pdf](http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/Plano%20de%20Atividades%20e%20Orcamento%202017_FINAL_25JAN17.pdf)
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., &



- Hobbs, F. D. R. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(7), e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Jay, C. L., Dean, P. G., Helmick, R. A., & Stegall, M. D. (2016). Reassessing Preemptive Kidney Transplantation in the United States. *Transplantation*, 100(5), 1120–1127. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000944>
- Kamran, F., & Fife-Schaw, C. (2014). Do Clinical Factors Influence Quality of Life Among Renal Transplant Recipients. *Journal of Behavioural Sciences*, 24(1), 1–21.
- KDIGO. (2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3, 1–150. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.64>
- Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C. M., Mclnerney, P., Soares, C. B., & Parker, D. (2016). An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(2), 118–123. <https://doi.org/10.1111/wvn.12144>
- Kitchlu, A., Adhikari, N., Burns, K. E. A., Friedrich, J. O., Garg, A. X., Klein, D., ... Wald, R. (2015). Outcomes of sustained low efficiency dialysis versus continuous renal replacement therapy in critically ill adults with acute kidney injury: a cohort study. *BMC Nephrology*, 16(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0123-4>
- Laupacis, A., Pus, N., Muirhead, N., Wong, C., Ferguson, B., & Keown, P. (1993). Disease-Specific Questionnaire for Patients with a Renal Transplant. *Nephron*, 64(2), 226–231. <https://doi.org/10.1159/000187318>
- Leal, M. (1997). *Manual de Hemodiálise* (C. de D. Renais, Ed.). Lisboa.
- Lemes, M. M. D. D., & Bachion, M. M. (2016). Enfermeiros atuantes em hemodiálise indicam diagnósticos de enfermagem relevantes na prática clínica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 185–190. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600026>
- Li, P. K.-T., Szeto, C. C., Piraino, B., de Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E., ... Johnson, D. W. (2016). ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 36(5), 481–508. <https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00078>
- Lopes, M., Araújo, T., Dafne, P. (1999). A RELAÇÃO ENTRE OS MODOS ADAPTATIVOS DE ROY E A TAXONOMIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA\*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 7(4), 97–107. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13494.pdf>
- Medellín Olaya, J., & Carrillo González, G. M. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances En Enfermería*, 32(2), 206–216. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46099>
- Mehrabi, Y., Ghazavi, Z., & Shahgholian, N. (2017). Effect of Fordyce's Happiness Program on Stress, Anxiety, and Depression among the Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), 190–194. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.208162>
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei 74/2006. *Diário Da República*, pp. 2242–2257. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>
- Ministério da Saúde. *Ofício nº 1628 de 26/04/2017. Gabinete do Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.*, (2017).
- Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mouelhi, Y., Jouve, E., Alessandrini, M., Pedinielli, N., Moal, V., Meurette, A., ... Gentile, S. (2018). Factors associated with Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients in France. *BMC Nephrology*, 19(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12882-018->

0893-6

- Muñoz, M., Andrea, T., Jurado, M., Chicharro, M., & Villar, E. (2014). Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica*, 17(1), 45–50. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000100008>
- Murtagh, F. E. M., Spagnolo, A. G., Panocchia, N., & Gambaro, G. (2009). Conservative (non dialytic) management of end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. *Progress in Palliative Care*, 17(4), 179–185. <https://doi.org/10.1179/096992609X12455871937143>
- Ordem dos Enfermeiros. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.*, (1998).
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.*, (2005).
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL EM HEMODIÁLISE - GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*. Retrieved from file:///C:/Users/hp1/Desktop/gobphemodialise\_vf\_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento n.º 122/2011- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 35, 2ª série, 8658-8659.
- Ortiz, F., Aronen, P., Koskinen, P. K., Malmström, R. K., Finne, P., Honkanen, E. O., ... Roine, R. P. (2014). Health-related quality of life after kidney transplantation: who benefits the most? *Transplant International*, 27(11), 1143–1151. <https://doi.org/10.1111/tri.12394>
- Panuccio, V., Tripepi, R., Bellantoni, M., Saporito, L., Quattrone, S., Lacava, V., ... Zoccali, C. (2017). Pruritus and quality of life in renal transplant patients. *Clinical Transplantation*, 31(3), e12893. <https://doi.org/10.1111/ctr.12893>
- Pérez Blancas, C., Moyano Espadero, M. . C., Estepa del Árbol, M., & Crespo Montero, R. (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 204–226. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000300009>
- Peters, M., Godfrey, C. M., Mcinerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. *Joana Briggs Institute Reviewer's Manual*, (September), 141–146. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/319713049\\_2017\\_Guidance\\_for\\_the\\_Conduct\\_of\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews?enrichId=rgreq-2c63bf47a03bf1c379fed09bf9a175b4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTcxMzA0OTtBUzo1NDA5MDcxMjY4ODY0MDBAMTUwNTk3MzcxNjg4MA%3D%3D&el=1\\_x\\_2&](https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews?enrichId=rgreq-2c63bf47a03bf1c379fed09bf9a175b4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTcxMzA0OTtBUzo1NDA5MDcxMjY4ODY0MDBAMTUwNTk3MzcxNjg4MA%3D%3D&el=1_x_2&)
- Praharaj, S., Dasgupta, S., Jana, A., Sircar, D., Waikhom, R., Pandey, R., & RayChaudhury, A. (2014). Depression and anxiety as potential correlates of post-transplantation renal function and quality of life. *Indian Journal of Nephrology*, 24(5), 286. <https://doi.org/10.4103/0971-4065.132996>
- Raiesifar, A., Tayebi, A., Najafi Mehri, S., Ebadi, A., Einollahi, B., Tabibi, H., ... Saii, A. (2014). Effect of applying continuous care model on quality of life among kidney transplant patients: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 8(2), 139–144. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24685737>
- Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Santos, B. P. dos, Schwartz, E., Beuter, M., Echevarría-Guanilo, M. E., Feijó, A. M., &

- Duarte, G. da C. (2016). Transplante renal: análise comportamental a partir da Técnica dos Incidentes Críticos. *Aquichan*, 16(1), 83–93. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.9>
- Santos, B. P. dos, Schwartz, E., Beuter, M., Muniz, R. M., Echevarría-Guanilo, M. E., & Viegas, A. da C. (2015). Consequences attributed to kidney transplantation: critical incident technique. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 748–755. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>
- Schulz, T., Niesing, J., Homan van der Heide, J. J., Westerhuis, R., Ploeg, R. J., & Ranchor, A. V. (2014). Great expectations? Pre-transplant quality of life expectations and distress after kidney transplantation: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 19(4), 823–838. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12081>
- Shupo, F., Dam, S., Hawken, N., Aballéa, S., Odeyemi, I., Muduma, G., & Toumi, M. (2016). Patient survey to identify reasons for non-adherence and elicitation of quality of life concepts associated with immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients. *Patient Preference and Adherence*, 27. <https://doi.org/10.2147/PPA.S96086>
- Silva, M. T. (2017). *MÉTODO DE TRABALHO DE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL – MELHORIA DA QUALIDADE (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO)*. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAÇÃO Versão final Teresa Costa MDCSE.pdf>
- Sousa, C., Santos, F., Costa, M., & Rodrigues, M. (2006). Enfermagem: Contextos e percepções. *Nursing*, 209, 7–9.
- SPN. (2018). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2018*. Retrieved from [https://www.spnefro.pt/tratamento\\_da\\_doenca\\_renal\\_terminal/2018/tratamento\\_da\\_irc\\_t/305](https://www.spnefro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2018/tratamento_da_irc_t/305)
- Thomas, N. (Ed). (2014). *Renal Nursing* (N. Thomas, Ed.). London: Wiley Blackwell.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- USRDS. (2018). US Renal Data System 2018 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 71(3), 291–701. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.01.014>
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743–800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Wang, V., Vilme, H., Maciejewski, M. L., & Boulware, L. E. (2016). The Economic Burden of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease. *Seminars in Nephrology*, 36(4), 319–330. <https://doi.org/10.1016/J.SEMNEPHROL.2016.05.008>
- WHO. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Woodrow, G., Fan, S. L., Reid, C., Denning, J., & Pyrah, A. N. (2017). Renal Association Clinical Practice Guideline on peritoneal dialysis in adults and children. *BMC Nephrology*, 18(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0687-2>



## ANEXOS E APÊNDICES



Ano	2019																							
Mês	Janeiro				Fevereiro				Março					Abril				Maio						
Dias	03	07	04	21	28	04	11	18	25	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	03	10
	04	11	18	25	01	08	15	22	01	08	15	22	29	05	12	19	26	03	10					
<b>Unidade de HD</b>																								
<b>Internamento</b>																								
<b>DP</b>																								
<b>Consulta de TR</b>																								

Anexo I – Cronograma de Estágio







VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO

**CONSULTA DE TRANSPLANTE RENAL**

Certifique-se que leva esta folha devidamente preenchida sempre que for à consulta de transplante

DATA	HORA	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Glicémia	Débito Urinário	Peso



### HORÁRIO DA CONSULTA DE TRANSPLANTE RENAL:

2ª a 6ª feira das 08h às 15h

### AO CHEGAR AO NOSSO SERVIÇO:

- Faça a sua inscrição junto da secretária da unidade
- Primeiro será chamado para a Consulta de Enfermagem e depois para a Consulta Médica

### Antes da consulta certifique-se que trás consigo:

- Os registos da sua Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Temperatura, Peso, Diurese e, quando indicado, Glicémia
- O guia terapêutico

### Após a consulta certifique-se que leva consigo:

- O guia terapêutico
- A prescrição dos medicamentos
- A requisição para as próximas análises

**O Transplante não é uma cura, mas sim um tratamento!.**

Seguir as indicações da equipa de saúde e cumprir os cuidados é fundamental para o sucesso do transplante.

### RECOMENDAÇÕES

#### No seu dia-a-dia:

- Não faça medicamentos ou procedimentos invasivos sem antes consultar a equipa
- Mantenha hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada e exercício físico)
- Cumpra criteriosamente os horários da medicação imunossupressora
- Esteja atento a sinais de alerta que podem comprometer o funcionamento do novo rim

#### Sinais de Alerta:

- Temperatura superior a 37,5°C
- Diminuição do débito urinário
- Aumento de peso num curto espaço de tempo
- Inchaço na face, mãos e pés
- Dor ao urinar
- Urina com sangue e/ou com cheiro anormal
- Aumento da pressão arterial
- Tosse ou falta de ar



Serviço de Nefrologia



# Cuidados após colocação do Cateter de Diálise Peritoneal

Informação ao Doente

## RECOMENDAÇÕES

### Repouso

- Cumprir repouso na leito (só faz levantar após indicação médica)
- Quando estiver deitado mantenha preferencialmente o decúbito dorsal (barriga para cima)

### Deve evitar:

- Esforços nas primeiras 3 semanas de pós-operatório (ex.: tarefas domésticas; carregar pesos; exercício físico; subir e descer longos lances de escadas; atividade sexual; etc...)
- Esforços abdominais (prevenir a obstipação; conter o abdômen com as mãos ao tossir/rir; etc...)

### Cuidados de Higiene:

- Realizar higiene apenas parcialmente (não tomar duche ou banho de imersão) até nova indicação da equipa de saúde
- Evitar molhar o penso

## RECOMENDAÇÕES

### Cuidados com o Penso Operatório

- Manter sempre o penso limpo e seco
- Deve contactar a enfermeira da Unidade de Diálise Peritoneal ou do Serviço de Nefrologia\*:
- Se for necessário refazer o penso
- Em caso de hemorragia, febre ou dor
- Até cicatrização completa, o penso deve ser feito **exclusivamente** pela enfermeira da diálise peritoneal ou da serviço de nefrologia



## OUTRAS INFORMAÇÕES

- O ensino da técnica de diálise peritoneal será agendado na sua 1ª consulta de enfermagem
- As sessões de ensino têm a duração média de 1-2 horas, no período da manhã ou da tarde, cerca de 3 vezes por semana
- Habitualmente, ao fim de 4-5 semanas os doentes estão aptos a realizar a técnica sozinhos, mas só iniciará quando se sentir preparado(a) e seguro(a)

Consulta de Enfermagem de Diálise Peritoneal:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

### \*Contatos:

- Dias úteis (08h às 16:30) – Unidade de Diálise Peritoneal Tel.: XXX XXX XXX
- Dias úteis (16:30 às 08h), Fins-de-Semana e Feriados Tel.: XXX XXX XXX

Elaborado por: Enfª Vanessa Antunes (9ª CPLENM, Vertente Nefrológica), Abril, 2019

Revisto por:



Identificação	Gênero	Idade	Dependência	Inicio de HD	Tipo de Acesso	Hemostase Assistida	Anticoagulação			Caract Filtro	Nº sessões/se m	Duração TT
							Carga	Carga e Manut	SF			
1	M	1959	ajuda parcial	2000	CHD JD	0	1000	500		L	3	4
2	F	1935	ajuda parcial	2019	CHD JD	0	1000	500		Limpo	3	4
3	M	1946	independente	2002	FAV	0	1000	500		1	3	4
4	F	1938		2007	FAV	X	1000	500		1	3	03:30
5	M	1973		2017	CHD JD	0	1500	750		Limpo	3	4
6	F	1991		2018	CHD JD	0			x	1	3	4
7	F	1960		2004	CHD JE	0	1000	250		1	3	4
8	M	1966		2013	CHD JD	0	1000	500		1	3	4
9	F	1962		2012	FAV	0	1500	750		Limpo	3	4
10	F	1980		2015	FAV	0	2000	1000		1	3	4
11	M	1980		2012	FAV	0	2000	750		Limpo	3	4
12	M	1946		2010	FAV	X	1000	500		1	3	4
13	F	1997	independente	2015	FAV	0	1000	500		1	3	4
14	M	1943		2014	FAV	0	1000	500		1	3	4
15	S	1948		2017	FAV	0	1000	500		1	3	4
16	F	1949		2018	CHD JD	0	1000	500		1	3	4
17	F	1945			CHD JD	0			x	2	3	4
18	F	1937			FAV	0	1000	500		2	3	4
19	F	1962			FAV	0	1500	750		2	3	4
20	M	1944			FAV	0			x	1	3	4
21	M	1940		2015	CHD JD	0	1000	500		1	3	4
22	M	1935			FAV	0	1000	500		1	3	4
23	M	1964			FAV	0	1500	750		1	3	4
24	F	1967		2018	FAV	0	1500	750		1	3	4
25	M	1938			FAV	X	1000	500		Limpo	3	4
26	F	1943		2014	CHD JE	0	1000	500		1	3	4
27	M	1973		2014	PTE	0	1500	750		1	3	4
28	F	1929		2017	FAV	0	1000	500		1	3	4
29	F	1952			FAV	0			x	1	3	4
30	M	1950			FAV	0			x	1	3	4
31	F	1946			PTE	0			x	1	3	4

Apêndice IV- Registo de indicadores da qualidade da unidade de hemodiálise





## INDICADORES DE DESEMPENHO EM DIÁLISE

UC: Estágio com Relatório

A. Vanessa Antunes

Almada, Março, 2019

- Registo de Informação na Plataforma de Gestão Integrada da Doença – Insuficiência Renal Crónica (Despacho n.º4325/2008):
  - Apoio à conferência e faturação
  - Monitorização de metas e objetivos em diálise
  - Registo de modalidades terapêuticas no âmbito da IRC

## Metas e Objetivos em Diálise



### MANUAL DE APOIO AO CÁLCULO DE METAS E OBJETIVOS EM DIÁLISE

- Critérios de cálculo
  - doentes ativos
  - registos de saída
  - internamento
- Regras de envio da informação plataforma GID
  - Registos do último mês
  - Doentes com pelo menos 3 sessões de diálise semanal
- Bilhetes de identidade dos indicadores

1. Controlo da Anemia
  - % de doentes com Hb  $\geq 10\text{g/dl}$  e  $\leq 13\text{g/dl}$  **Meta:  $\geq 70\%$**
  - % de doentes com Ferritina  $\geq 200\text{ng/ml}$  e  $\leq 800\text{ng/ml}$  **Meta:  $\geq 80\%$**
2. Osteodistrofia renal
  - % de doentes com Fósforo Sérico  $\geq 3,5\text{mg/dl}$  e  $\leq 5,5\text{ mg/dl}$  **Meta:  $\geq 50\%$**
3. Número de sessões de diálise semanais
  - % de doentes com pelo menos 3 sessões de diálise por semana **Meta:  $\geq 90\%$**

## Indicadores

### 3. Número de horas de diálise

- % de doentes com total de horas de diálise por semana  $\geq 12h$  **Meta:  $\geq 90\%$**

### 4. Dose de diálise

- % de doentes com  $Kt/v \geq 1,2$  **Meta:  $\geq 75\%$**

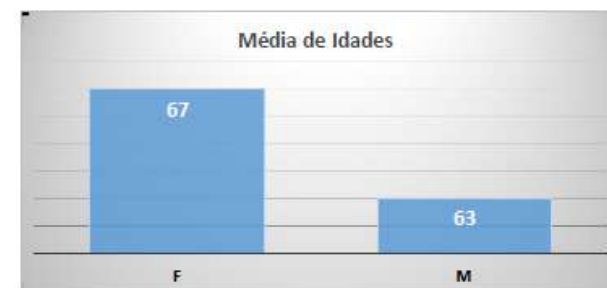
### 5. Internamento

### 6. Mortalidade

### 7. Nutrição

- % de doentes com Albumina  $\geq 4g/dl$

## Caracterização Geral

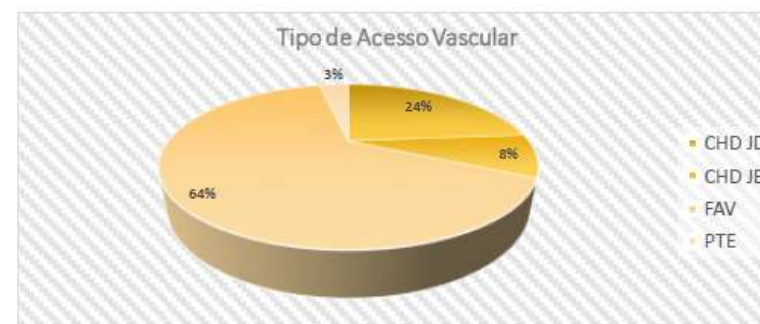


## Controlo da Anemia (Ferritina)

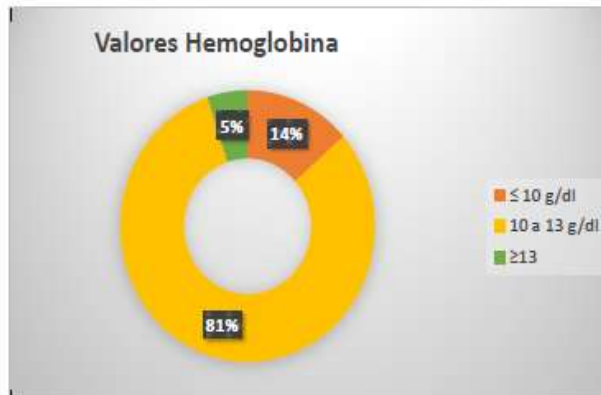


**Meta:  $\geq 80\%$**

## Caracterização Geral



## Controlo da Anemia (Hb)



Meta: ≥ 70%

## Osteodistrofia Renal (Fósforo Sérico)



Meta: ≥ 50%

## Nº de sessões de diálises semanais

% de doentes com pelo menos 3 sessões de diálise por semana



Meta: ≥ 90%

## Número de horas de diálise por semana



Meta: ≥ 90%

## Número de horas de diálise

% de doentes com total de horas de diálise por semana  $\geq 12h$

100%

Meta:  $\geq 90\%$

## Dose de Diálise

% de doentes com  $Kt/v \geq 1,2$



Meta:  $\geq 75\%$

Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo e Amostra	Instrumento	Dimensões	Conceitos relacionados	Principais Conclusões
(Laupacis et al., 1993)	Canada	Desenvolver um questionário de avaliação da QV em doentes submetidos a TR	Entrevistas com 5 doentes submetidos a TR; enfermeiros de nefrologia, assistentes sociais e nefrologistas  Seleção de itens potencialmente relevantes  Questionário aplicado a 50 para classificação da importância de cada item	KTQ (RTQ-V1 - 85 itens)	- Sintomas físicos - Fadiga - Incertezas/medo - Aparência física - Emoções	NA	O questionário revela elevada reprodutibilidade quando administrado doentes submetidos a TR estáveis  À exceção da aparência física, todos os itens obtiveram melhorias significativas seis meses após o TR  Os doentes com um exerto funcionamento (traduzido por clares de creatinina superiores a 250mmol/l) obtiveram melhores scores na QV
(Gentile et al., 2008)	France	Desenvolver um questionário para avaliação da QV dos doentes submetidos a TR (RTQ V2)	Item Generation phase (24 interviews)  Item Reduction phase (225 patients)  Validation phase (130 patients)	SF36  RTQ V1	- Funcionalidade Física - Atividade Física - Dor - Vitalidade - Perceção geral do estado de saúde - Emocional - Social - Saúde mental	- Cuidados de Saúde  - Tratamento  - Receio de rejeição do enxerto	As propriedades psicométricas deste questionário permitem que este seja utilizado eficazmente na monitorização da QV nos transplantados renais
(Beauger et al., 2013)	França	Revalidar o RTQ V2 numa amostra maior e adaptá-lo por forma a melhorar as suas propriedades psicométricas	<u>Tipo de Estudo:</u> Cohorte prospetivo  <u>Amostra:</u>  - 1059 TR de 2007  - 1591 TR de 2012	RTQ V2	- Saúde Física - Funcionamento Social - Cuidados de Saúde - Tratamento  - Receio de rejeição do enxerto	NA	Foi realizada a redução de itens, tendo sido excluídos um total de 13 itens. Foi criada uma versão final do RTQ V2 composta por 32 itens que descrevem as 5 dimensões  As propriedades psicométricas desta nova versão do questionário tornam-na mais eficaz na avaliação das dimensões específicas da QV nos TR

(Bohlke et al., 2009)	Brasil	Identificar fatores associados à QV após TR	<p><u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo correlacional</p> <p><u>Amostra:</u></p> <p>272 doentes submetidos a TR</p>	SF 36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidade Física</li> <li>- Atividade Física</li> <li>- Dor</li> <li>- Vitalidade</li> <li>- Percepção geral do estado de saúde</li> <li>- Emocional</li> <li>- Social</li> <li>- Saúde mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biomarcadores (nível de Htc e de creatinina)</li> <li>- Comorbilidades (HTA, DM)</li> <li>- Funcionamento do enxerto (traduzido pelo elevado nível de creatinina)</li> <li>- Fatores sociodemográficos (género feminino, baixo rendimento, desemprego)</li> </ul>	<p>A HTA , a DM, elevados níveis e creatinina e redução do hematócrito estão significativamente associados a baixos scores na dimensão física da QV</p> <p>A dimensão mental obteve piores scores nos doentes do sexo feminino, naqueles com baixo rendimento e nos desempregados.</p>
(Gentile et al., 2013)	França	Identificar fatores associados com a QV, através de uma análise ampla das variáveis sociodemográficas e clínicas nos transplantados renais	<p><u>Tipo de Estudo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transversal descritivo</li> </ul>	SF36 RTQ V2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidade Física</li> <li>- Atividade Física</li> <li>- Dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efeitos colaterais da terapia imunossupressora</li> </ul>	<p>As variáveis preditoras de pior QV foram: efeitos colaterais do tratamento, doenças infecciosas, e hospitalização recente e sexo feminino</p> <p>O desemprego e os efeitos colaterais do tratamento são as variáveis com efeito mais negativo na QV</p>

			<p><u>Amostra:</u></p> <p>- 1061 doentes submetidos a TR há pelo menos um ano</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitalidade</li> <li>- Perceção geral do estado de saúde</li> <li>- Emocional</li> <li>- Social</li> <li>- Cuidados de Saúde</li> <li>- Tratamento</li> <li>- Receio de rejeição do enxerto</li> <li>- Saúde mental</li> <li>- Saúde Física</li> </ul>		
(Beauger et al., 2016)	França	Produzir nova evidência sobre a estrutura, confiabilidade, e validade externa do RTQ V2	<p><u>Tipo de Estudo:</u> -- Estudo de coorte prospetivo</p> <p><u>Amostra:</u></p> <p>- 334 pacientes, aplicado aos 1, 3, 6, 9 e 12 meses após o TR</p>	RTQ V2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamento Social</li> <li>- Cuidados de Saúde</li> <li>- Tratamento</li> <li>- Receio de rejeição do enxerto</li> </ul>	NA	<p>Os resultados confirmam a validade e a confiabilidade do RTQ V2 para avaliar a QV precocemente após p TR (durante o primeiro ano pós-TR)</p> <p>A amostra é inferior à utilizada no primeiro estudo de validação (n=1059)</p>
(Pérez Blancas, Moyano Espadero, Estepa del Árbol, & Crespo Montero, 2015)	Espanha	Conhecer os fatores que influenciam a QV nos doentes TR e determinar as alterações que ocorrem na QV após o TR	Revisão de literatura	<p>SF-36</p> <p>WHOQOL -100</p> <p>WHOQOL -Bref</p> <p>KPS</p> <p>KDQ-SF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidade Física</li> <li>- Atividade Física</li> <li>- Dor</li> <li>- Vitalidade</li> <li>- Perceção geral do estado de saúde</li> <li>- Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efeitos colaterais da terapia imunossupressora</li> <li>- tempo em diálise</li> <li>- tipo de dador</li> <li>- sono</li> <li>- nível de Htc e Hb</li> </ul>	<p>Os fatores que influenciam positivamente a QV incluem: ser do género masculino, ser casado ou ter um parceiro, elevado nível de literacia, altos níveis de hemoglobina e hematócrito, TR de dador vivo. O sono influencia negativamente a QV.</p> <p>Os doentes TR têm melhor QV do que os doentes em HD e DP, mas pior QV do que a população em geral.</p>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Social</li> <li>- Saúde mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estado civil</li> <li>- literacia</li> </ul>	
(Álvarez-Rangel et al., 2015)	México	Avaliar as alterações na QV aos 6 e ao 12 meses após o TR, e comparar com a população sem geral	<p><u>Tipo de Estudo:</u> Estudo longitudinal comparativo</p> <p><u>Amostra:</u> 278 TR</p>	SF-36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidade Física</li> <li>- Atividade Física</li> <li>- Dor</li> <li>- Vitalidade</li> <li>- Perceção geral do estado de saúde</li> <li>- Emocional</li> <li>- Social</li> <li>- Saúde mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tempo pós TR</li> </ul>	<p>A melhoria da QV é significativa logo aos primeiros 6 meses após TR. No entanto, não se verificam melhorias adicionais aos 12 meses.</p> <p>Isto sugere que a melhoria na QV se estabelece principalmente durante os primeiros 6 meses após o TR</p>
(Muehrer, Lanuza, Brown, & Djamali, 2014)	USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever a importância da sexualidade nos doentes submetidos a TR</li> <li>- Identificar quais as preocupações com a vida sexual dos doentes submetidos a TR</li> <li>- Examinar a relação entre as preocupações com a vida sexual e a QV dos doentes submetidos a TR</li> </ul>	<p><u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo, correlacional</p> <p><u>Amostra:</u> 374 TR</p>	SCQ SF-8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualidade</li> <li>- Funcionalidade Física</li> <li>- Atividade Física</li> <li>- Dor</li> <li>- Vitalidade</li> <li>- Perceção geral do estado de saúde</li> <li>- Emocional</li> <li>- Social</li> <li>- Saúde mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consequências que as relações sexuais têm para a saúde</li> <li>- preocupações com o parceiro</li> <li>- preocupações com a falta de tratamento para problemas de sexualidade</li> <li>- preocupação com a comunicação com profissionais de saúde sobre sexualidade</li> </ul>	<p>Os doentes não sentiram que seus parceiros reagiram negativamente à mudança na aparência física, como o peso</p> <p>Os resultados deste estudo suportam a evidência de que a sexualidade é importante para os doentes TR, e demonstram a relação negativa entre preocupações sexuais elevadas e a QV</p>



(Ortiz et al., 2014)	Finlândia	Investigar a associação entre a modalidade dialítica e a QV antes e após o TR e, secundariamente, a associação entre a adesão ao regime terapêutico e a QV	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo, correlacional  <u>Amostra:</u> 49 TR	HRQoL BAASIS MRCI	- Movimento, visão, audição, respiração, sono, alimentação, fala, excreção, atividades habituais, função mental, desconforto, depressão, angústia, vitalidade , atividade sexual  - Regime terapêutico	- Regime terapêutico  - TSFR prévia	Poucos medicamentos e ter emprego estão associados a uma melhor QV  A melhoria na QV está associada à TSFR prévia, em que os doentes em DP são mais beneficiados  Os doentes que fazem HD em clínicas têm pior QV, apesar de melhorar significativamente após o T
(Dukes, Seelam, Lentine, Schnitzler, & Neri, 2013)	USA	Avaliar a QV associada à DM nos doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo descritivo, correlacional  <u>Amostra:</u> 200 TR (83 DM)	Euro-QOL 5D  HUI-III  (SF-6D)	- Funcionalidade Física  - Atividade Física  - Dor  - Vitalidade  - Perceção geral do estado de saúde  - Emocional  - Social  - Saúde mental  - autocuidado  - Visão  -Discurso  -Audição  - Cognição	- Comorbilidades (DM)	A DM está associada a uma pior QV em doentes submetidos a TR, com baixos scores sobretudo no domínio físico, e relaciona-se com complicações a longo prazo.  A DM representa uma preocupação adicional em todos os doentes no pós-TR, por ser uma potencial consequência da imunossupressão  Deve ser efetuada investigação adicional sobre os benefícios marginais desta opção terapêutica, nos doentes com DM pré TR.
(Mendonça, Torres, Salvetti, Alchieri, & Costa, 2014)	Brasil	Identificar as mudanças na qualidade de vida após a efetivação do transplante renal e verificar a influência dos fatores sociodemográficos na percepção da qualidade de vida.	Estudo descritivo, longitudinal	WHOQOL -Breef	Domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente	NA	O transplante teve um impacto positivo e modificou a percepção da QV nesses pacientes.  Todos os domínios de QV mostraram melhoria após o transplante, especialmente em relação à

			<u>Amostra:</u> 63 TR				percepção geral de QV  Os fatores sociodemográficos não influenciaram a percepção da QV neste grupo de pacientes indicando que o transplante foi o principal fator para explicar a mudança na qualidade de vida
(Niu et al., 2017)	China	Fornecer um instrumento específico para avaliar a QV nos doentes TR chineses	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo de coorte prospectivo  <u>Amostra:</u> 297 TR	SF-36  RTQ V1	-Sintomas físicos  - Incerteza/ medo  - Fadiga  - Aparência  - Emoções	NA	A versão chinesa do KTQ V1 mostrou-se igualmente válida e confiável em comparação com a versão original e, portanto, pode ser usada para avaliar a QV nos doentes TR chineses
(Panuccio et al., 2017)	Itália	Comparar a prevalência de prurido antes e depois do TR  Identificar a influência do prurido na QV dos doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Case control, retrospectivo  <u>Amostra:</u> 133 TX  29 HD	Pruritus assessment  VAS  NRS  VRS  <u>QoL</u>  SF-36	Funcionalidade Física  Atividade Física  Dor  Vitalidade  Percepção geral do estado de saúde  Emocional  Social  Saúde mental	Prurido	A prevalência de prurido nos pacientes transplantados é substancialmente menor (32%) do que nos pacientes em hemodiálise (68%). Este sintoma reduz após o TR.  A QV melhora substancialmente após o TR
(Bossola, Pepe, & Vulpio, 2016)	Itália	relatar os métodos para avaliar a fadiga nos doentes TR  identificar a prevalência de fadiga nos doentes TR  identificar os efeitos da fadiga	Revisão de literatura	NA	Vários( KTQ , MFI-20, CIS-20, SF-36, FSI ,  KDQOL-SF)	Fadiga	Fadiga / energia e vitalidade melhoram após transplante renal, MAS 96,4% referem ainda ter cansaço  Este sintoma é extremamente debilitante e prejudica a qualidade de vida dos doentes TR

		na QV dos doentes TR					
(Araya, 2016)	Espanha	Compreender as características, fatores, alterações do sono e possíveis intervenções, em doentes TR	Revisão de literatura	NA	NA	Sono	Os distúrbios do sono podem chegar a 62% nos doentes TR e estão associados à diminuição da adesão ao tratamento imunossupressor, aumento da morbimortalidade, tendo impacto na QV
(Shupo et al., 2016)	França UK	Identificar os motivos da não adesão à terapia imunossupressora (TI)  Identificar o impacto da TI na QV	<u>Tipo de Estudo:</u> - Observacional descritivo  - Revisão de literatura  - Entrevistas semiestruturadas  - Focus groups	NA	NA	Terapêutica imunossupressora  Efeitos adversos	Razões de não adesão: esquecimento, custo, efeitos colaterais desagradáveis, complexidade do regime, literacia  Os imunossupressores podem alterar significativamente a QV dos doentes TR devido aos seus efeitos colaterais e ao complexo regime de medicação crónica
(Yagil et al., 2015)	Israel	Investigar a associação entre a imagem corporal e a QV, e entre a imagem corporal e o stress psicológico nos doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo, correlacional  <u>Amostra:</u> 45 doentes TR	BIIQ BSI SF-12	Imagem corporal  Stress psicológico  Funcionalidade Física  Atividade Física  Dor  Vitalidade  Perceção geral do estado de saúde  Emocional	Imagem corporal	Os resultados indicaram uma associação entre um maior nível de insatisfação com a imagem corporal e diminuição de várias, e um aumento no stress psicológico

					Social Saúde mental		
(Mouelhi et al., 2018)	France	Identificar os fatores associados à QV nos doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo, correlacional  <u>Amostra:</u> 1424 TR	SF-36 ReTransQol KPS CCI	características demográficas, psicossociais e clínicas  Funcionalidade Física  Atividade Física  Dor  Vitalidade  Perceção geral do estado de saúde  Emocional  Social  Saúde mental	- Apoio social	Falar de suporte social e tratamento com antidepressivos foram associados a baixos níveis de QV. O acesso à Internet foi associado a altos níveis de QV.
(Balaska et al., 2016)	Grécia	Comparar a QV antes do TR e 2 anos após o TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Transversal comparativo  <u>Amostra:</u> 85 TR	SF-36	- Funcionalidade Física  - Atividade Física  - Dor  - Vitalidade  - Perceção geral do estado de saúde  - Emocional  - Social	Idade Tipo de TR	As dimensões que obtiveram melhores resultados foram: a perceção geral da saúde ( $p < 0.001$ ); a funcionalidade física ( $p < 0.01$ ); a componente emocional ( $p < 0.01$ ); e a vitalidade ( $p < 0.01$ )  Quanto menor a idade dos pacientes no momento do TR, maior a classificação obtida na avaliação da QV  O tipo de dador influencia a QV. Os TR de dador vivo têm classificações mais elevadas da QV

					- Saúde mental		
(Schulz et al., 2014)	Holanda	Identificar os determinantes das expectativas com a QV e clarificar o papel do otimismo	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo longitudinal prospectivo  <u>Amostra:</u> Pré-TR (444 doentes) Pós-TR (228 doentes)	VAS LOT MTSOSDS SC-90 PAIS GHQ	Expectativas físicas, psicológicas e sociais de QV  Sintomas Symptoms (32 items) Angústia Otimismo	Expectativas pré TR  Otimismo	Sobre estimar a QV não está associado ao sofrimento subsequente  Quando o otimismo é reduzido, os doentes TR experienciam maior sofrimento subsequente
(Praharaj et al., 2014)	India	Determinar a ansiedade e depressão e a sua relação com a QV doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo  <u>Amostra:</u> 105 TR	HADS WHOQoL Breef	Consciência do paciente  Adesão Saúde física Psicológica Relações sociais Ambiente	Depressão e ansiedade	A depressão e a ansiedade estão associadas a uma baixa QV e a ansiedade está associada a um número significativamente maior de hospitalizações, rejeições e complicações em doentes TR
(Medellín Olaya & Carrillo González, 2014)	Colombia	Estabelecer a relação entre o apoio social e a QV em doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo de coorte transversal descritivo correlacional  <u>Amostra:</u> 210 TR	QoL index SSCI	Bem-estar social Bem-estar espiritual Bem-estar físico  Suporte Social (interação pessoal, social, entretenimento, retroalimentação, ajuda)	Apoio social	O apoio social percebido na maioria dos casos é elevado  Não foi identificada correlação estatisticamente significativa entre a QV e o apoio social percebido em doentes TR

(Kamran & Fife-Schaw, 2014)	Paquistão	Compreender se os transplantados renais com marcadores clínicos semelhantes diferem na maneira como percebem a QV	<u>Tipo de Estudo:</u> Longitudinal prospetivo  <u>Amostra:</u> T1: 150 TR T2: 147 TR – 6 meses após T1 T3: 144 TR- 1 ano após T2	QoL index	Saúde e funcionamento físico  Psicológica  Social  Económica  Familiar	Idade  Género  Biomarcadores  Tempo de TR  Sintomas  Estado funcional  Perceção geral do estado de saúde	Não há relação significativa entre a satisfação com a QV e o funcionamento renal e outros indicadores gerais de saúde  A maioria dos doentes submetidos a TR relatou um nível razoável de satisfação com sua QV, sendo que os mais jovens e os do género masculino obtiveram scores mais elevados
(Raiesifar et al., 2014)	Irão	Comparar o efeito do modelo de cuidados continuados com o modelo de atendimento convencional na QV dos doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo experimental (ensaio clinico randomizado)  <u>Amostra:</u> 78 TR (41 - grupo experimental.37 grupo de controlo)	KTQ -25	Sintomas físicos  Fadiga  Aparência  Medo/ Insegurança	Modelo de cuidados	Apesar de os valores da QV aumentarem em ambos os grupos, os valores médios do grupo experimental foram significativamente maiores do que os do grupo controle
(Chisholm-Burns, Erickson, Spivey, & Kaplan, 2012)	USA	Analisar a relação entre a QV e a condição de empregabilidade dos doentes TR	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal descritivo correlacional	SF-12  PCS-12  MCS-12  KTQ	Vários	Empregabilidade	Estar empregado é preditivo de melhor QV  Maior nível educacional, maior funcionamento físico e menos fadiga estão associados de forma independente ao emprego, sugerindo que os esforços para melhorar os aspetos físicos da QVRS e da educação podem melhorar a empregabilidade pós-transplante

			<u>Amostra:</u> 75 TR				
(Antunes, A. et al, 2018)	Portugal	Avaliar a QV de doentes TR transplantados renais acompanhados em consulta de ambulatório	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo transversal correlacional <u>Amostra:</u> 55 TR	WHOQOL - brief	Saúde física Psicológica Relações sociais Ambiente	NA	O menor valor é encontrado no domínio físico e os mais altos nas facetas ambientais e gerais da qualidade de vida.  A faceta geral da qualidade de vida está associada positivamente ao domínio físico, psicológico e ambiental.