



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

DAYANA SAMPAIO DE ALMEIDA

**LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA E TRANSPLANTE RENAL DA PARAÍBA:
Relato de experiência de uma discente do curso de enfermagem**

**Campina Grande-PB
2017**

DAYANA SAMPAIO DE ALMEIDA

**LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA E TRANSPLANTE RENAL DA PARAÍBA:
Relato de experiência de uma discente do curso de enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa.

Campina Grande-PB

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A4471 Almeida, Dayana Sampaio de.
Liga Acadêmica de Nefrologia e Transplante Renal da Paraíba
[manuscrito] : relato de experiência de uma discente do curso de
enfermagem / Dayana Sampaio de Almeida. - 2017.
31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa,
Departamento de Enfermagem".

1. Insuficiência renal crônica. 2. Transplante renal. 3.
Cuidados de enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.73

DAYANA SAMPAIO DE ALMEIDA

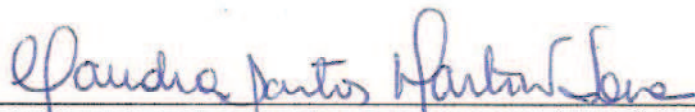
LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA E TRANSPLANTE RENAL DA PARAÍBA:

Relato de experiência de uma discente do curso de enfermagem

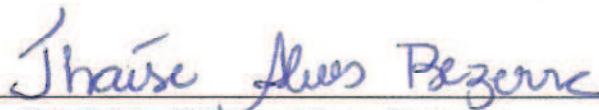
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 10/08/2017.

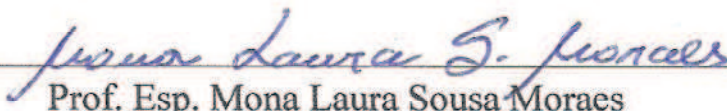
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Thaise Alves Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Mona Laura Sousa Moraes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, pela sua soberania. Aos meus pais, minha maior riqueza, pelo amor e esforço; aos meus avós paternos (IN MEMORIAN) e aos maternos por ensinamentos de luta para os objetivos e ajuda ao próximo, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte da minha fé, pela proteção e força em toda caminhada.

Os meus pais Absalão José de Almeida e Valdete Sampaio de Araújo, por toda dedicação, me ajudando em qualquer circunstância, motivando a vencer todos os obstáculos por eles, sendo as pessoas mais importantes da minha vida.

Às minhas avós e avô (In Memoriam), minha maior saudade, Maria das Dores Sampaio, José Aleixo de Almeida e Maria Engracia de Almeida, esta última que foi fundamental nos ensinamentos de bondade, amor ao próximo e incentivadora dos meus estudos.

Ao meu avô José Félix de Araújo, 98 anos, com lucidez e força física é meu exemplo de perseverança, carisma, consegue unir toda família, como também a sua companheira e considerada minha avó Justina Trajano de Araújo com seus 91 anos, um pouco debilitada, mas lúcida de uma forma inexplicável, sempre cheia de histórias.

Os meus irmãos Moara Ruth, Maiara Sampaio e Arthur Diego, por compartilharem comigo todas as minhas fases, me ajudando no que é possível, eu tenho orgulho de tê-los na minha vida e sempre quero demonstrar meu cuidado e amor com cada um.

À minha tia Josefa Solange, que morando comigo há 14 anos me ensinou como é alegre um lar com uma síndrome de Down, redobrando o cuidado com a Diabetes Mellitus tipo 1, o hipotireoidismo e a catarata, com seus 46 anos ela é nossa diversão diária.

Aos meus sobrinhos Breno Sampaio e Matheus Sampaio, que possuem os melhores abraços, as melhores perguntas e ensinamentos, eles me fazem amar cada vez mais ser tia.

Às minhas irmãs Cristiane Falcão e Sunnanda Falcão, com meus sobrinhos Annanda, Caio e Júlia, em que ao longo dos anos descobrimos que o laço de sangue depositou muito amor em nossos corações, nos unindo de uma forma cativante.

Ao meu namorado Lucas Ferdinand, um homem temente a Deus, por demonstrar sempre ser um príncipe, que me acalma com sua paciência, me ajuda nas diversas áreas da vida. Eu admiro muito sua inteligência, sensatez e é quem eu amo e escolho todos os dias ao lado ser feliz, fazendo-o feliz.

À minha família, tios e primos pelo companheirismo, diversão, apoio e admiração.

Às minhas amigas de infância Jéssica Nunes e Milena Tassiany, por sermos quase irmãs, por nos entendermos tanto, compartilhando a casa, comida, segredos, angústias, choros, sorrisos, abraços, dormidas e longas conversas, são minhas amizades herdadas por Deus.

A Magno, Valquíria, Mikaella, Milena e Raphael pelo aconchego do lar e consideração que possuímos de pais, filha, irmãs e cunhada, por serem minha segunda casa.

A Marco Silva, Maria Tereza, Leonam Ferdinand, Lincoln Ferdinand e Jitana Cardins, pelo acolhimento, atenção, afeto, por serem também minha família.

À minhas amigas de infância, Amanda Nunes, Lays Balbino, Kelly Mendes por nunca nos distanciarmos, por sempre torcermos umas pelas outras.

À minhas primas Darlene Soares e Dalila Soares, por terem compartilhado comigo diversos momentos, por sermos companheiras além de consanguinidade.

À Nahanella Niery, seus pais Tia Gabi e Neto, sua irmã Nayara Gabriela e seu sobrinho Miguel, pela força que sempre me deram, pela reciprocidade do carinho, pela dedicação com nossa amizade.

À Emília e Camila Oliveira, por me conhecerem tão bem desde criança, por torcerem por mim, por serem maravilhosas companhias.

À Ana Cláudia Trindade, minha Aninha, em que nesses longos anos de estudos foi minha dupla fiel em trabalhos, provas, congressos, viagens, comemorações, sorrisos, lágrimas, alguém que admiro muito, a doçura que me acalma, o abraço que me conforta, amizade que Deus e a enfermagem me presentearam.

À Maria Eduarda Câmara, que se tornou minha amiga desde o primeiro dia de aula na graduação, que me levou a participar da LIANT-PB, assim fazendo com que eu conseguisse tanta coisa por meio desta, como também a agradeço por me demonstrar tanta força na sua luta diária e mesmo não continuando no curso, continua sendo minha grande amiga.

À Amanda Ferreira, Ingrid Sonalle, Jonábia Alves, Mayara Gomes, Maria Tereza Ferreira, Luciano Pinheiro, Rayanne Tavares, que passaram por cada etapa da graduação ao meu lado e que sinto orgulho dos enfermeiros que serão.

Aos membros da igreja Ação Evangélica - Médici, por muitos serem exemplos de fé, por desde minha infância me acolherem, pelos louvores, palavras ministradas, estudos, fazendo com que eu nunca desistisse da minha fé por meio de Cristo.

Ao meu grupo BCG, aos meus amigos do ensino médio (talibã), por continuarmos unidos, por acompanharmos as fases pessoais e profissionais de cada um.

Ao grupo “pegar um cineminha”, por todas as reuniões, por todo apoio, pelo amor a Deus, pela alegria constante, pela cobrança de carinho, pela união.

A LIANT-PB, a cada membro que fez parte dessa Liga enriquecedora no meu conhecimento, desde os acadêmicos da fundação que apostaram no meu desempenho quando

ainda era tão nova, posteriormente colocando-me no cargo de coordenadora e finalizando na presidência.

Ao Dr. Rafael Maciel, cirurgião transplantador, pelos ensinamentos e confiança na minha atuação, como também as nefrologistas, secretárias, urologistas e técnicas de enfermagem que faz parte da equipe do Centro Transplantador Instituto Social de Assistência à Saúde (ISAS) e da Ala do transplante do Hospital Antônio Targino pela boa dinâmica no desenvolvimento das atividades.

Às instituições hospitalares que me acolheram como estagiária, sendo de grande eficácia para aprimoramento prático das técnicas mencionadas na universidade, também a cada paciente que cuidei, com diversas patologias e medos, os quais me ensinaram olhar para o outro de uma forma altruísta.

À Universidade Estadual da Paraíba, a qual foi a instituição que pude escolher estudar, a cada funcionário que conheci principalmente no departamento de Enfermagem, mencionando Seu Dedé; aos grandes professores que conseguiram transmitir com maestria os conteúdos, alguns além de mestres tornaram-se meus amigos.

À turma Gabriela Lisieux Lima Gomes, 2016.2 de Enfermagem da UEPB, pela união, apoio uns com os outros, pelas histórias de vida, pela dedicação ao curso, pela ajuda, pela certeza que a sociedade terá os melhores enfermeiros a partir desses formandos. Eu sentirei muita saudade de cada um.

À orientadora deste trabalho por toda atenção, correções construtivas e todo apoio, além de ser alguém que admiro pelo amor a profissão, por sua irreverência e ser tão dedicada no que faz, cuidando também de cada aluno como uma mãe.

À banca examinadora deste TCC composta pelas professoras Mona Laura e Thaíse Alves, que aceitaram com entusiasmo o convite, por também terem sido pessoas muito importantes na minha trajetória acadêmica, ao me ensinarem nas diversas disciplinas e maravilhosas vivências com humanização.

“Não te furtas a fazer o bem a quem de direito, estando
na tua mão o poder de fazê-lo.”

Provérbios 3: 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CNNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos
DRC	Doença Renal Crônica
FAV	Fístula Arteriovenosa
Hd	Hemodiálise
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
JBT	Jornal Brasileiro de Transplantes
LIANT-PB	Liga Acadêmica de Nefrologia e Transplante Renal da Paraíba
ME	Morte Encefálica
PRA	Painel Reativo de Anticorpos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva
Tx	Transplante
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
3	METODOLOGIA	16
	3.1 Considerações Metodológicas	16
	3.2 Caracterização do Campo de Atuação	17
4	DESCRIÇÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA	18
5	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	29

LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA E TRANSPLANTE RENAL DA PARAÍBA: Relato de experiência de uma discente do curso de enfermagem

DAYANA SAMPAIO DE ALMEIDA¹

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome metabólica decorrente de perda progressiva da filtração glomerular, gerando desequilíbrio hidroeletrólítico, ácido-básico e hemodinâmico, no estágio final torna-se irreversível e fatal, sendo necessária a realização de diálise ou de transplante renal. **Objetivo geral:** Relatar a experiência de uma discente do curso de graduação em enfermagem como membro da Liga Acadêmica de Nefrologia e Transplante Renal da Paraíba (LIANT-PB), com ênfase nos cuidados a pacientes em hemodiálise e no processo do transplante renal. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, do tipo relato de experiência. Baseado na vivência realizada na LIANT-PB, atuante no hospital referência em transplante, com setor de hemodiálise, no hospital de traumatologia e no centro transplantador de Campina Grande-PB, durante o período de novembro de 2013 a agosto de 2016. Destacou-se então as principais atividades teórico-práticas realizadas na LIANT-PB e a importância na construção da formação de uma profissional de enfermagem. **Relato:** As atividades descritas foram realizadas sob preceptoria de profissionais médicos e enfermeiros, com pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), na hemodiálise, no processo perioperatório e transplantados em ambulatório ou internados devido alguma intercorrência. Além da ampliação do conhecimento em alta complexidade, acrescentou mais experiência na prática de semiologia, na avaliação de exames, nos casos clínicos, na atuação social para a comunidade como forma de conscientização e informação sobre a doação de órgãos e na publicação de trabalhos científicos. **Conclusão:** O período de vivência na LIANT-PB, foi de grande eficácia científica e humanizada, ao acompanhar o paciente desde antes do transplante e todo o processo, pois analisar, cuidar do renal crônico de forma holística, resultou em um diferencial na formação acadêmica de uma futura enfermeira.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Transplante Renal; Cuidados de Enfermagem; Formação em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é caracterizada pela perda da função dos rins, em que no estágio final torna-se irreversível e fatal, sendo necessária a realização de diálise ou de transplante renal. A cada ano, ocorre no Brasil e no mundo um crescente aumento na sua incidência e prevalência, que corresponde aproximadamente a 8% de novos casos da doença. É uma patologia com elevada morbidade e mortalidade, o que a torna um problema mundial de saúde pública (GRASSELLI et al, 2012).

¹ Acadêmica de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. Email: samp.dayana@gmail.com

A progressão da Doença Renal Crônica (DRC) pode ser causada por várias doenças sistêmicas, tais como diabetes mellitus, hipertensão, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, como a doença do rim policístico, distúrbios vasculares, infecções, medicamentos ou agentes tóxicos (TREPICHIO et al, 2013).

É importante ressaltar que a pessoa em tratamento dialítico, especialmente hemodiálise, convive com várias nuances impostas pelo tratamento, dentre elas a dependência de uma máquina para sobreviver; a necessidade de conviver com um acesso para o tratamento representado pela fístula arteriovenosa, enxerto ou catéter duplo lúmen, e as limitações, como: restrições alimentares e de volumes de líquidos (SANTOS et al, 2015).

As complicações mais comuns da hemodiálise encontradas na literatura foram em ordem decrescente de frequência: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios (MIYAHIRA et al, 2016.)

Os cuidados relacionados com uma alimentação adequada, medicação e cuidados com a fístula arteriovenosa são fundamentais para o sucesso do tratamento. Nesse aspecto, a equipe interdisciplinar, em especial o enfermeiro, possui um papel importante junto ao paciente e seus familiares. A equipe de enfermagem que atua nos serviços de nefrologia é responsável por toda parte técnica e de relação do paciente com o meio ambiente. A monitorização, a detecção e a intervenção de enfermagem frente aos agravos, são imprescindíveis no que tange a minimizar, prevenir e melhorar a qualidade de vida destes pacientes (TREPICHIO et al, 2013).

Apesar do grande avanço científico perante as terapias de diálise, os pacientes portadores de IRC apresentam limitações no seu cotidiano, gerando conflitos, sentimentos de culpa, frustrações e depressão, tanto no indivíduo portador da condição crônica quanto nos seus familiares (ARAÚJO et al, 2014).

A diálise faz-se necessária quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica se tornam insuficiente. Nesse período, o portador de IRC já começa a ser orientado para a possibilidade de submeter-se a um transplante renal, sendo importante ressaltar que nenhum deles é de caráter curativo e, assim, apenas visam aliviar os sintomas dos pacientes (RIBEIRO, 2016).

O transplante renal tem sido descrito como o tratamento mais efetivo para a IRC terminal com melhor qualidade de vida e sobrevida do paciente a longo prazo. A demanda aumentada para transplantes eleva o número dos candidatos inscritos em lista de espera (MOTA et al, 2016).

No Brasil, em adultos, os transplantes renais são geralmente no sexo masculino, com prevalência de 62,1% em Fortaleza e 52% em São Paulo, com idade média entre 40 e 51 anos, baixa escolaridade, 72% dos pacientes foram submetidos à diálise antes do transplante, por um tempo médio de 51,6 meses, e com média de espera pelo transplante de 6,5 anos (SILVA et al, 2014).

De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, em dezembro de 2016, havia 21.264 pacientes na lista de espera para a realização de transplante renal. Desses, 5.492 (25,8%), foram submetidos ao procedimento. (BEBER et al, 2017). Em comparação a nível nacional, segundo dados publicados no mesmo Registro da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o número de transplantes renais por ano no estado da Paraíba (PB) de 2012 a 2016 foram, respectivamente: 50; 53; 39; 35 e 37, predominando nos dois primeiros anos transplante (Tx) com doador cadáver, porém nos últimos três anos com predominância de doador vivo e as recusas familiares para doação de órgãos de parentes falecidos na PB nos mesmos cinco anos foram, respectivamente: 44; 31; 28; 25 e 21.

São fatores que contribuem para o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de órgãos: a recusa familiar para doação de órgãos; a sub notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME) aos centros reguladores (apesar da obrigatoriedade prevista na lei brasileira); a falta de política de educação continuada aos profissionais de saúde quanto ao processo de doação-transplante; e o elevado índice de contra indicação clínica à doação (MOTA et al, 2016).

Embora, o transplante proporcione uma melhor qualidade de vida ao paciente, em contra partida, obriga-o a adotar um estilo de vida diferente em relação à alimentação, à higiene, aos medicamentos e aos cuidados com a saúde. Os riscos de rejeição foram reduzidos, ao longo dos anos, pela disponibilidade de novas drogas altamente eficientes. Além do uso de medicamentos, o acompanhamento ambulatorial é fundamental, pois favorece o sucesso da cirurgia e diminui, ainda mais, os riscos de rejeição do órgão. Para isso, a equipe de transplante deve coordenar o cuidado com o paciente desde o pré-operatório até as consultas pós-transplante no ambulatório (SANTOS et al, 2017).

Esse estudo possui como objetivo relatar a experiência de uma discente de enfermagem na Liga Acadêmica de Nefrologia e Transplante Renal da Paraíba, demonstrar as atividades desenvolvidas e a importância de uma Liga na formação extracurricular devido atuação teórico-prática em uma área de alta complexidade, para aprimorar o aprendizado científico da universidade e adquirir novos conhecimentos.

As Ligas incorporam e buscam a prática do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; assumem um caráter extracurricular e complementar; e suas ações são de natureza teórica e prática. As atividades teóricas são desenvolvidas por meio de aulas, seminários, análise e discussão de textos, apresentações de casos clínicos e realização de eventos científicos. As atividades práticas são desenvolvidas em ambulatórios, hospitais, instituições filantrópicas filiadas e unidades básicas de saúde (SILVA; FLORES, 2015).

Os defensores das Ligas Acadêmicas (LA) alegam que a grande importância e contribuição estão no fato delas servirem como um ambiente no qual o acadêmico busca o conhecimento por iniciativa própria, tornando esse, algo prazeroso, gerando, portanto, maior aprendizado. Além disso, nesses ambientes, os estudantes podem experimentar novas metodologias de ensino, saindo um pouco do modelo tradicional oferecido pelas Faculdades, onde o conhecimento é passado de maneira verticalizada e não horizontalizada, como potencialmente pode ocorrer nas Ligas (MAGALHÃES, 2013).

2 REVISÃO DE LITERATURA

A DRC é uma síndrome metabólica decorrente de perda progressiva da filtração glomerular, com diminuição da excreção das toxinas, e da capacidade homeostática, gerando desequilíbrio hidroeletrólítico, ácido-básico e hemodinâmico. O número de indivíduos acometidos por DRC eleva-se a cada ano e tem contribuído com o aumento do número de internações (TREPICHIO et al, 2013).

A DRC pode ser ocasionada por doenças sistêmicas como o diabetes mellitus, hipertensão, glomerulonefrite crônica, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, dentre outras (ARAÚJO et al, 2014). Juntamente com a queda progressiva da taxa de filtração glomerular (TGF) detectada na DRC, observa-se a deterioração das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim, comprometendo, portanto, todos os outros órgãos e sistemas do organismo (XAVIER et al, 2014).

Existe comprovação de que a anemia é uma das complicações da doença e não sua causa. Deflagrada, sobretudo, pela queda da eritropoietina, o distúrbio é caracterizado por fadiga, arrefecimento das funções cognitivas, depressão e falta de ar, entre outros sintomas em 75% dos clientes com DRC e quase a totalidade de crianças desenvolvem anemia (XAVIER et al, 2014).

O tratamento desta patologia depende da evolução da doença. Inicialmente, ele poderá ser conservador, através de medidas terapêuticas medicamentosas e dietéticas (RIBEIRO, 2016).

Em estágio mais avançado da doença, as Terapias Renais Substitutivas (TRS), que consistem em hemodiálise, diálise peritoneal e transplante, são necessárias para a manutenção da vida do paciente. Dentre os tratamentos, a hemodiálise é um dos principais e mais utilizados métodos, no qual se consiste em remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno através da circulação do sangue em um equipamento específico. O tratamento é realizado três dias na semana, com duração aproximada de quatro horas por dia, tais características levam a uma adesão ao tratamento bastante desgastante. Além disso, a cada sessão hemodialítica o paciente é submetido à punção da fistula arteriovenosa com uma agulha de grosso calibre, procedimento muito doloroso que contribui para a desestimulação do tratamento (SANTOS et al, 2017).

Embora as modalidades dialíticas ofereçam recursos atuais e inovadores, elas não oferecem liberdade ao paciente nem substitui plenamente o rim. Todavia, o Transplante renal supre essa necessidade social e fisiológica. As pessoas submetidas a um Transplante (Tx) com êxito se sentem mais saudáveis, têm maior liberdade hídrica e dietética, e melhora a reabilitação social, argumentam ainda que após o Tx renal a vida deve ser mais valorizada e aproveitada (SOUZA JÚNIOR et al, 2017 apud ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2015).

O transplante renal pode ser realizado a partir de um órgão sadio proveniente de um doador falecido ou vivo (parente ou não). Ele favorece ao sujeito reconquistar seu modo de vida, geralmente, alterado pelos aspectos envolvidos com o tratamento dialítico. Quando se compara o número de transplantes renais com o número de pessoas que aguardam por um rim, retrata-se a magnitude desse problema de saúde pública (SANTOS et al, 2015).

Atualmente, a Lei nº 9.434/1997, regulamentada pelo Decreto nº 2.268/1997 e posteriormente alterada pela Lei nº 10.211/2001, disciplina a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. O artigo 4º da Lei nº 9.434/1997, alterado pela Lei nº 10.211/2001, dispõe que a família é a responsável pela decisão sobre a doação de órgãos de parentes falecidos. Não existe, portanto, amparo jurídico a manifestação de vontade do doador potencial, circunstância que revela a prevalência do monopólio de decisão familiar na hipótese de um confronto entre a vontade do doador e a vontade da própria família (MAYNARD et al, 2015).

O aumento significativo de transplantes decorre de avanços contínuos nessa área, aprimoramento das terapias imunossupressoras, com a introdução de novas drogas, o aperfeiçoamento das técnicas empregadas, bem como à educação, e o acesso de informações junto aos transplantados (SILVA et al, 2014).

Para tanto, é importante ampliar conhecimentos para atuar desde a primeira etapa do processo que corresponde ao diagnóstico de morte encefálica do doador, cuidados e manutenção da viabilidade de seus órgãos, e a correta abordagem familiar, bem como prover assistência de alto nível tanto aos candidatos e receptores de transplantes, quanto aos seus familiares ou cuidadores, de forma a permitir a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar (SILVA et al, 2014).

A fase de pré-transplante constitui um momento rico e capaz de favorecer abordagens educativas, esclarecimento de dúvidas redução de ansiedade e reafirmação de comportamentos de adesão à terapêutica na fase de pós-transplantação, ou seja, componentes que retratam área de atuação do enfermeiro e mostram-se essenciais para assegurar o êxito da terapêutica de transplantação (SANTOS et al, 2015).

Durante o período de internação o paciente realizará exames sanguíneos diariamente, os resultados de maior relevância incluem os níveis de creatinina sérica, reação em cadeia da polimerase (PCR), contagem de células brancas, e os níveis de drogas imunossupressoras. Esses parâmetros determinam se o rim está funcionando efetivamente, revelam os primeiros sinais de uma possível rejeição ou infecção, e ainda se os níveis das drogas encontram-se dentro do intervalo terapêutico necessário para a manutenção da imunossupressão ou para indução, manutenção e tratamento de rejeição (SILVA et al, 2014).

As complicações infecciosas são causas de morbidade e mortalidade após transplante renal, sendo que o uso permanente do uso de imunossupressores pode ter relação direta com a incidência e severidade das mesmas, principalmente na fase inicial do período pós-transplante (LUCENA et al, 2013).

Para tanto, o enfermeiro tem o dever de ofertar um cuidado de qualidade aos pacientes transplantados, através da implementação do processo de enfermagem utilizando a sistematização da assistência de enfermagem, e tornar possível a contribuição para a redução do risco de rejeição renal e para o aumento da qualidade e da credibilidade dos serviços prestados (SANTOS et al, 2017).

O enfermeiro da unidade de transplante renal é responsável pela organização da unidade, assistência ao paciente transplantado como também é seu papel orientar e sensibilizar o paciente e seus familiares sobre a importância do tratamento, promovendo

aderência satisfatória no concernente aos cuidados pós-transplante, para que o mesmo venha a ter qualidade de vida. Na observação das orientações fornecidas ao paciente pode-se verificar que o fator conhecimento é primordial ao enfermeiro, uma vez que este profissional é constantemente questionado pelo paciente e pelos familiares sobre diversas situações (INÁCIO et al, 2014).

No que tange à manutenção do potencial doador, o enfermeiro deve ter conhecimento das alterações fisiológicas decorrentes da morte encefálica, para que, acompanhado de equipe médica possam planejar e conduzir o manuseio. Da mesma forma, deve conhecer as formalidades legais do processo, a prevenção, detecção precoce e controle imediato das principais complicações naturais ao corpo após a morte encefálica para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições possíveis (MOREIRA et al, 2016).

A prática do Enfermeiro do transplante é desenvolvida em conformidade na vigência da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 292/2004 em destaque de resumo dos seus artigos, 1º: descrever o papel no tramite para o doador de órgãos, notificar as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos (CNNCDO); atuar na entrevista com responsável legal e permitindo discussão com membros da família, solicitando consentimento livre esclarecido; documentar o processo no prontuário; esclarecer informações sobre todo processo de captação; atuar para melhor acondicionamento do órgão até a cirurgia do enxerto; exigir documentos de identificação da pessoa responsável pelo o transporte do órgão; atuar em sala operatória; considerar mesa auxiliar para perfusão de órgãos como campo obrigatório na sala operatória. (BRASIL, 2004).

Artigo 3º, planejando e implementando ações de otimização na doação e captação; desenvolvendo pesquisas, promovendo medidas educativas a respeito do processo, esclarecendo para comunidade; participar e organizar programas com os profissionais de saúde, quanto à notificação de pacientes com morte encefálica (ME); proporcionar condições para acrescentá-lo conhecimentos da enfermagem na captação, com cursos, estágios; fornecer assistência multidisciplinar na assistência (BRASIL, 2004).

Artigo 4º, atuar no acompanhamento pré e pós-transplante (ambulatorial) e transplante no âmbito hospitalar; identificar os diagnósticos de enfermagem; fazer intervenções para evitar complicações; integrar receptor e família na parte hospitalar; orientar receptor e família a respeito de todo processo do transplante; incluindo tempo de permanência; riscos e benefícios; solicitar ao receptor e responsável legal um consentimento assinado após orientações; fazer admissão do receptor; prescrever os cuidados pré-operatórios, efetuar registro de solicitação do profissional que avaliou o doador ou órgão; informando ao receptor

as condições que possam aumentar os riscos do procedimento; manter a família informada quanto ao procedimento; arquivar termos no prontuário do receptor; cumprir as normas para controle de infecção hospitalar; estimular o autocuidado no pós-operatório; elaborar plano de alta hospitalar; colaborar para reabilitação do receptor em conjunto com a equipe multiprofissional; fazer acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar com receptor (BRASIL, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 Considerações Metodológicas

Trata-se de relato de experiência que se fundamenta em análise de cunho qualitativo, deste modo, não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão do assunto em questão. (GOLDENBERG, 1997).

Estudo descritivo e exploratório, sendo do tipo relato de experiência. Baseado na vivência de uma discente de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como membro da Liga Acadêmica de Nefrologia e Transplante Renal da Paraíba (LIANT-PB).

Aragão (2011) considera o estudo descritivo uma importante ferramenta para a avaliação e desenvolvimento dos sistemas de saúde, pois têm como objetivo, descrever a realidade e a vivência em um dado período, sem ser necessário nela intervir. Segundo Gil (2007) o estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o tema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, envolvendo levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o assunto em questão; e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Tratando da metodologia relato de experiência, Cavalcanti e Lima (2012) o apresentam como um método de pesquisa descritiva que reflete sobre um conjunto de ações vivenciadas no âmbito profissional de interesse para a comunidade científica. Também Medeiros (1997) descreve a pesquisa de relato de experiência como: a descrição, de maneira mais informal, e sem o rigor exigido na apresentação de resultados de pesquisa, que se incorpora no texto e dá muitas vezes mais vida e significado para leitura do que se fosse apenas um texto analítico.

A experiência foi vivenciada no período de novembro de 2013 a agosto de 2016, com exigência no mínimo de quatro horas em práticas semanais. Os setores de vivências das práticas foram: na ala do transplante, hemodiálise, ambulatório com pacientes pré-Tx e transplantados renais, manutenção do potencial doador de órgãos, captação do órgão e cirurgia

de transplante renal intervivos ou com doador falecido; os encontros teóricos foram mensais ou quinzenais, todas as ações realizadas mediante escalas e avisos prévios dos procedimentos. As atividades eram registradas em livro específico, devendo estar escrito atividades realizadas, data, horário, assinado pelo ligante, membro da Liga, pelo preceptor que o acompanhava, como também em bloco de anotações individuais característico da Liga, sendo levados em reunião e analisados os registros.

Por tratar-se de relato que não envolveu diretamente seres humanos não foi preciso à avaliação pelo Comitê de Ética da UEPB. No entanto foi resguardada a identidade da instituição objeto da experiência.

3.2 Caracterização do Campo de Atuação

A LIANT-PB foi criada em novembro de 2013 por um cirurgião transplantador que entrou em contato com uma acadêmica de medicina e se uniu com mais alguns estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, implantando um modelo parecido com o de uma Liga de Pernambuco na qual ele possuía bastante conhecimento. Lá com equipe inicial composta por 11 acadêmicos, um cirurgião e uma nefrologista. Os acadêmicos foram divididos em grupos e rodízios mensais para os locais de atuação, mediante escala antecipada.

A atuação da LIANT-PB se dá em três cenários diferentes. No primeiro predominam as ações relacionadas ao transplante de rim é um hospital de referência em transplante na cidade de Campina Grande-PB, em que a liga possui vínculo desde que foi criada, atuando no setor de hemodiálise; no Centro Cirúrgico em procedimentos de Transplantes intervivos e de enxerto com doador cadáver, na ala destinada à pacientes em pré-operatório admitidos pelo menos 48 horas antes do procedimento cirúrgico e pacientes em pós-operatório ou alguns transplantados com intercorrências, assim registrando as admissões e evoluções; no Centro de estudos do hospital no qual são realizadas as atividades teóricas, tais como apresentações de seminários ou reuniões com reserva antecipada de dia e horário na supervisão.

O segundo cenário é um ambulatório no centro transplantador, no qual se faz o acompanhamento de alguns profissionais, em que se atendem pacientes renais crônicos que desejam se submeter a Tx renal e transplantados renais que fazem uso de imunossupressores. Nesse local também são realizadas pesquisas de dados em prontuários para publicações em congressos ou casos clínicos a serem discutidos nos encontros teóricos.

O terceiro cenário é no hospital referência em traumatologia da mesma cidade, onde foram realizadas algumas captações dos doadores falecidos. A atuação da Liga nesse hospital

estava condicionada à escala de acadêmicos no sobreaviso auxiliando os profissionais da Central de Tx após solicitação para realização de visitas nas UTIs, se houvesse paciente com suspeita ou laudo comprovando Morte Encefálica e para monitoramento de potencial doador de órgãos. No Centro Cirúrgico do mesmo hospital acompanhava-se a equipe de captação de órgãos escalada de outra cidade ou com a única equipe de Campina Grande que realiza o procedimento, ciente do local para onde cada órgão iria.

Desde abril de 2014 a LIANT-PB instituiu processos seletivos para acadêmicos de medicina e enfermagem que possuíam interesse de ingressar como membro. A média de inscritos a cada ano foi por volta de 30 a 35 estudantes de medicina e de 25 a 30 de enfermagem, concorrendo no máximo a seis e cinco vagas respectivamente, com a atuação e divulgações nas IES a busca foi aumentando, as seleções foram realizadas anuais, com pré-requisitos para inscrição, como a média de coeficiente de rendimento, algumas disciplinas essenciais e tempo de curso.

O processo seletivo prevê o rodízio de alunos, ao concluírem a graduação precisam se ausentar da liga e o ingresso na LIANT-PB ocorre por meio da classificação nas provas. Em agosto de 2016 a LIANT-PB estava composta por 23 acadêmicos 11 de medicina e 12 de enfermagem das IES públicas e privadas de Campina Grande, possui como preceptores três nefrologistas e um cirurgião transplantador, com grande contribuição e apoio com supervisão das enfermeiras que atuavam no ambulatório e no trans operatório de Tx intervivos.

4 DESCRIÇÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA

Os Transplantes de órgãos me sensibilizam antes mesmo de ser universitária da área de saúde, apenas por ser uma atitude de doação espontânea, seja em vida ou anunciada à família em caso de falecimento, como forma de ajudar pessoas debilitadas devido perda do funcionamento de um órgão, prolongando assim a vida dos receptores.

O interesse foi suscitado de forma mais clara por meio do convite de uma grande amiga de sala em conjunto com acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem de Instituições de Ensino Superiores (IES) pública e privada em novembro de 2013 para ingressar como membro de um novo projeto, LIANT-PB, em parceria com um cirurgião transplantador que estava inovando a área de transplante renal em Campina Grande-PB desde 2010, quando a cidade começou ser mais reconhecida nesse procedimento.

Com o aceite do convite participei da equipe fundadora, na reunião foram explanadas as atividades que deveriam ser seguidas e os principais procedimentos práticos a serem

realizados, informou-se que os acadêmicos deveriam atuar junto aos pacientes em hemodiálise, porém com mais foco nos que estariam em processo para Transplante (Tx), no transoperatório e pós-operatório, sob a supervisão dos preceptores médicos e enfermeiras da equipe ambulatorial do centro transplantador que também atuavam no trans operatório. Também foram propostas às apresentações de seminários por acadêmicos, cujos temas seriam escolhidos pelo cirurgião e uma nefrologista. Ainda foi proposta a produção de artigos científicos para submissão em congressos. A dinâmica dos ligantes intercalava a atuação juntos aos pacientes, os encontros teóricos aconteciam semanalmente ou quinzenalmente no período da noite no centro de estudos, de acordo com melhor horário dos preceptores e estudantes, para também atualizar as informações sobre as atividades práticas, discutir casos clínicos e os processos perioperatórios e enfatizar a atuação dos profissionais.

Para desenvolvimento das atividades foram necessários estudos a respeito da anatomia e fisiologia do sistema renal, as causas que desenvolvem a doença renal crônica, exames laboratoriais, uso da hemodiálise, o transplante renal com doador vivo e doador cadáver, padrão dos doadores e receptores, legislação do Tx, medicamentos imunossupressores e a qualidade de vida dos pacientes, para assim entender as estatísticas comparando com os atendimentos do serviço. O desenvolvimento das atividades ainda exigia habilidades para realizar anamnese, exame físico, admissões, evoluções, atuação no centro cirúrgico, orientações ambulatoriais e a atuação da enfermagem.

Para as atividades práticas, dividia-se em três grupos: Delta, Alfa e Ômega, havendo rodízio mensal de desenvolvimento em cada setor, sendo: Hemodiálise + Sobreaviso para Tx doador cadáver; Admissões + Evoluções em uma Ala de transplante; Tx Intervivos + Ambulatório no centro transplantador, com cumprimento de no mínimo 4 horas semanais, havia o registro das ações pelos preceptores e profissionais de cada setor, sempre mediante escala antecipada, ordem de dia e horário para cada ligante em conjunto com um profissional que o acompanharia.

Hemodiálise + Sobreaviso para Tx doador cadáver

Nesse grupo acompanhavam-se algumas horas do plantão de uma nefrologista preceptora na hemodiálise do hospital referencia em Tx, observam-se os pacientes que eram submetidos ao procedimento três vezes por semana durante 4 horas, buscando informações dos que estavam em processo pré-transplante ou incentivando outros a começar o processo, analisa-se todo o contexto histórico do paciente dialogando com os profissionais a melhor

alternativa; auxiliava-se a equipe de enfermagem, atento aos sinais vitais; o funcionamento da fístula arteriovenosa (FAV) em um dos membros superiores ou cateter central durante o período de sessão na máquina. Também observava-se os pacientes internados no mesmo hospital, que precisariam do atendimento com a nefrologia devido exames alterados.

Quando o grupo estava responsável pelas práticas em questão, dividia-se alguns ligantes por semana para estar em sobreaviso quando houvesse suspeita de Morte Encefálica (ME) em pacientes internos em dois principais hospitais da cidade, encaminhando pelo menos dois acadêmicos para o hospital avisado, onde começava auxiliando no processo de aviso a família da suspeita para ME, antes de começar abrir os protocolos com os testes (fechando os dois protocolos com intervalo no mínimo de 6 horas, realizados por médicos diferentes, sendo o segundo um neurologista sem vínculo com a central de Tx).

Os acadêmicos ajudavam na manutenção do potencial doador com a equipe do setor, analisando sempre as gasometrias, monitores, auxiliando nas correções hidroeletrólíticas, sinais vitais com uso de drogas segundo prescrição médica do profissional do plantão, geralmente da UTI. Podendo haver revezamento de horário com outros acadêmicos, os ligantes passavam todos os informes para a equipe médica e acompanhavam a captação dos órgãos com a equipe de Campina Grande, a qual a liga possuía vínculo ou com alguma de outra cidade quando solicitada, principalmente as equipes dos estados vizinhos ou das cidades que estava no destino para a maioria dos órgãos. Se o enxerto pela lista de espera fosse disponibilizado para nosso município, a liga também estaria presente no transplante, visitando o paciente na Ala de transplante, posteriormente, passava todos os avisos para os membros dos grupos.

O acompanhamento na hemodiálise trouxe uma visão mais ampla do sofrimento dos pacientes renais crônicos, que são totalmente dependentes de uma máquina para funcionamento fisiológico do corpo na substituição de um órgão, sendo também eficaz para entendimento do funcionamento da máquina, em que há uma parte que entra o sangue arterial do paciente, colhido através da anastomose arterial da FAV, introduzido na máquina, em que entra em contato com a solução para limpeza do acúmulo de sais que estão no sangue do paciente, então é filtrado pelo o equipamento capilar e devolvido o sangue na parte venosa da anastomose da FAV em membro superior. A máquina informa a prescrição do tempo de diálise, quanto de peso o paciente deve perder e as soluções que contém. Em cada escala nas sessões da Hd observei também as intercorrências clínicas, como os pacientes que possuem perda da FAV, sendo submetidos a diálise por meio de cateter central ou femoral, aumento ou diminuição rápida da pressão arterial durante o procedimento e o cansaço da dependência.

Nesse contexto a atuação da enfermagem é extremamente importante no manejo com a máquina, na avaliação clínica e emocional do paciente.

No Sobreaviso para Tx doador cadáver, apesar da Paraíba ser um estado com poucas doações, quer seja por falta de monitoramento de potencial doador ou por recusa familiar, acompanhei no hospital referência em traumatologia e no hospital referência em Tx, a manutenção de doadores de órgãos nas UTIs, em conjunto com os enfermeiros do local ou da central de Tx, fazia gasometria com análises das funções através de PH, HbO₃-, CO₂, O₂, Na⁺, K⁺, Ca⁺, informava ao médico da equipe para que fizesse as devidas correções com infusões para manter a funcionalidade dos órgãos, analisava também os monitores quanto o nível de oxigênio, a pressão arterial para uso ou não de drogas vasoativas e no auxílio nos protocolos de ME.

Sendo dois protocolos para ME no intervalo de 6 horas por médicos diferentes, seguindo os exames: coma aperceptivo; reflexo fotomotor; reflexo córneo-palpebral; reflexo óculo-cefálico ou olho de boneca; prova calórica reflexo óculo vestibular com a introdução de 50 ml de solução fria ou quente no canal auditivo, observando algum movimento ocular, seja para o lado adjacente a infusão do líquido frio, ou contralateral quando líquido quente; reflexo de tosse com tubo orotraqueal; Teste de apneia com desobstrução de cânula ajustando os parâmetros do ventilador e fornecendo 100% de oxigênio, coletando gasometria antes do teste, desconectando o ventilador marcando o tempo, instalando sonda traqueal fina na traqueia com fluxo de oxigênio geralmente de 6 litros/min, observando qualquer movimento respiratório por 10 minutos, coletando nova gasometria após o teste e analisando PCO₂, se > 55 mmHg ou < 20 mmHg da primeira gasometria, fechando assim o protocolo para ME.

Após protocolos fechados para ME em conjunto com a central de Tx, presenciei o fator difícil: avisar aos familiares e explicá-los sobre a doação de órgãos, de uma forma que tentasse amenizar a dor da perda de um parente enfatizando a solidariedade de prolongar um pouco a vida de outra pessoa, nessa situação alguns familiares recusaram, mas aos que aceitaram a doação segui o que está descrito no artigo 1º alíneas b e f, respectivamente, da resolução COFEN 292/2004: “Entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio de autorização de doação de órgãos e tecidos, por escrito” e ainda “Documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como do receptor”, como incumbência do enfermeiro nesse momento.

Compete à equipe de transplante além de avisar aos primeiros possíveis receptores da lista do SNT, ao confirmá-los, o sangue do doador deverá seguir à Recife-PE, para prova

cruzada com sangue dos primeiros da lista, enquanto isso os pacientes deverão estar internados com dieta zero no aguardo do resultado. O paciente selecionado é preparado para o centro cirúrgico, independente da hora do dia, observado o tempo de isquemia fria do rim, sendo ideal no máximo 30 horas, permanecendo imerso em gelo dentro de dois sacos plásticos estéreis e um com parte de fora não estéril.

Atuei na perfusão do rim com solução para evitar rejeição na irrigação das artérias renais, retirada de excesso de tecido e preparo do rim com o cirurgião e a enfermeira perfusionista, ao finalizar o procedimento no centro cirúrgico era feita a observação da implantação do enxerto no receptor. No 1º Dia Pós Operatório (DPO) passava-se visita para analisar o estado clínico do paciente, então fechando nesse grupo uma experiência na UTI, Centro Cirúrgico e Ala Hospitalar, repassando os cuidados pós-operatórios para o próximo grupo.

Admissões + Evoluções em uma Ala de transplante

Assim que os pacientes eram avisados do recebimento de um rim deveriam se deslocar ao hospital para realizar exames e a internação, então um ligante fazia a admissão, seguindo o modelo da LIANT-PB. Com o receptor eram necessárias perguntas sobre a história pregressa da doença, antecedentes pessoais e familiares, fatores sociais, alergias, uso de medicamentos, hábitos de vida, realizava-se o exame físico e anotava-se os resultados dos exames laboratoriais.

No período pré-operatório para Tx intervivos os pacientes eram admitidos pelo menos três dias antes da cirurgia. Os receptores deveriam passar por uma sessão de hemodiálise antes da internação. Ao doador eram feitas perguntas a respeito da informação do grau de parentesco, o desejo de doar, qualidade de vida, sentimentos, uso de medicação, exame físico, analisava-se os prontuários com os resultados dos exames do paciente e compatibilidade, mostrava-se clareza aos envolvidos em relação ao processo cirúrgico, orienta de forma tranquila, inspirando segurança, para evitar alterações fisiológicas e explanando os cuidados no pós-operatório. Todas as informações eram comunicadas ao cirurgião transplantador, a enfermeira e ao grupo escalado para o Tx doador vivo antes da cirurgia, comparava-se com as informações da admissão dos profissionais e acrescentava-se o que fosse necessário.

As evoluções foram realizadas com os pacientes no pós-operatório mediato e durante todos os dias de internação, analisava-se a evolução física do doador caso fosse vivo, que geralmente estava liberado em média três dias após a cirurgia. A evolução do receptor renal

constava de análise dos exames laboratoriais coletados todos os dias, para avaliação de marcadores como ureia e creatinina, índice de proteinúria, diurese e coloração da urina, taxa de função glomerular (TGF) para comprovação da função renal, realizava-se o exame físico e observava-se os sinais vitais e o fator psicológico, sempre com orientações minuciosas dos cuidados que deveriam ser tomados.

Também foram realizadas as evoluções de transplantados que estavam em acompanhamento ambulatorial, mas apresentaram alguma intercorrência e precisaram ser internados no hospital referência, pois quando há alguma sintomatologia em um transplantado, devem procurar o serviço mais rápido possível, visto que são pacientes imunossuprimidos e qualquer mínimo sintoma pode evoluir à algo mais grave, portanto foram necessárias as evoluções para análise do quadro, sempre observando-se os sinais vitais, expressões dolorosas e exames com controle da função renal.

As admissões e as evoluções construíram maior aproximação com os pacientes, ao coletar dados familiares, doença de base da insuficiência renal crônica, medos, responsabilidade e adesão aos medicamentos imunossupressores aumentaram-se os estudos e conhecimentos em relação à medicação, com olhar crítico e sempre anotando para ajustes médicos posteriormente.

A realização do exame físico ampliado com descrição de termos completos para o prontuário do envolvido, sempre com humanização não expôs o paciente fisicamente ou os problemas relatados por ele a outras pessoas, repassando apenas para estudo com a equipe profissional. Neste cenário foi possível a criação de vínculo com a equipe, ajuda mútua com profissionais técnicas de enfermagem da ala com troca de conhecimento e realização correta dos procedimentos aprendidos na universidade.

Txintervivos + ambulatório do centro transplantador

No transoperatório dos transplantes renais intervivos, realizados nas terças feiras a partir das sete horas da manhã, eram escalados de preferência dois estudantes, um de medicina e outro de enfermagem. Dividia-se em duas etapas: a nefrectomia por vídeo laparoscopiado doador, com análise de angiotomografia renal exposta durante a cirurgia em negatoscópio, porém com análise antecipada ainda no ambulatório por enfermeira, urologista, nefrologista e cirurgião, observando-se o número e as condições de veias, artérias e ureteres, para então decidir qual rim, direito ou esquerdo seria para doação, como critério de permanência no doador o rim em melhores condições.

Para esse procedimento houve estudo a respeito de vídeo laparoscopia, atuação em sala de cirurgia como a escovação, uso de materiais estéreis, instrumentação cirúrgica, nas primeiras escalas era observacional com orientações da enfermeira instrumentadora, da enfermeira assistencial perfusionista do transplante, do cirurgião transplantador, do urologista e da cirurgiã vascular. Após maior aprendizado e treinamento, as atuações foram feitas com auxílio na instrumentação para retirada do rim, preparo do órgão com solução de Euro-collins, anti-rejeição, com um ml de heparina ou Custodiol para irrigação e hidratação, separando as veias, artérias e ureter com o cirurgião e enfermeira, sendo colocado no gelo estéril protegido com campo e levado à próxima sala cirúrgica dando seguimento ao processo, realizando curativo na ferida operatória com o circulante, sempre anotando a hora do clampeamento da artéria, registros na descrição cirúrgica para anexar ao prontuário do doador.

A segunda parte do processo cirúrgico é a colocação do enxerto geralmente no lado direito abaixo da caixa torácica, durante os procedimentos presenciados não precisaram retirar os rins paralisados do receptor, pois o órgão doado iria ser localizado em região diferente. A atuação permanecia no auxílio da instrumentação, anotações da hora do desclampeamento, descrição cirúrgica com nomes dos profissionais e relato das condições do órgão, medicações imunossupressoras realizadas ao paciente durante a cirurgia e curativo de ferida operatória (FO). Todos os procedimentos cirúrgicos sem intercorrências duraram de 5 a 6 horas.

Durante o período referente a esse relato foram realizados 103 transplantes, 45 com doador cadáver e 58 com doador vivo, em que eu tive a oportunidade de presenciar e atuar no transoperatório de 25 transplantes. No Ambulatório com os pacientes em processo para aprovação de transplante, foram realizados acompanhamentos da primeira consulta de enfermagem com candidatos para receptor renal com doador vivo, com entrevista para aprovação de coleta no próprio centro transplantador, dos exames de PAINEL REATIVO DE ANTICORPOS (PRA) e ANTÍGENO LEUCOCITÁRIO HUMANO (HLA) de ambos, como também prova cruzada do sangue dos envolvidos, entretanto quando não havia doador na família, o paciente após realizar os exames, exceto a prova cruzada que apenas é realizada quando há o sangue do doador, era inscrito em lista de espera no Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Os pacientes renais crônicos precisavam, de preferência, estar com encaminhamento do nefrologista da hemodiálise ou do que o acompanhava. No atendimento ambulatorial, a escala era realizada em conjunto com os profissionais para melhor dia de atendimento nas consultas, como também no ambulatório foram coletados casos clínicos para discutir nas reuniões e pesquisas em prontuários de pacientes para publicação de artigos.

Essa escala do transplante intervivos mostrou uma visão melhor do centro cirúrgico, quanto a conferir os materiais, o prontuário com exames do paciente na sala operatória, equipamentos, mesa cirúrgica, bisturi elétrico e placa, sugadores, recipiente com gás carbônico cheio, pois é necessário para expandir a cavidade abdominal do paciente melhorando a visualização dos órgãos, artérias e veias, mesa com material para sondagem vesical de demora, câmera de vídeo, pois a cirurgia do doador vivo no serviço acompanhado é vídeo laparoscópica, saber as técnicas antissépticas para lavagem cirúrgica, assépticas para manejo dos materiais estéreis, como também introdução de Sonda Vesical de Demora (SVD), instrumentos cirúrgicos, acondicionamento do rim com gelo e auxílio para perfusão renal com solução estéril e tratamento com retirada de tecidos ao redor, anastomose de artérias e veias, análise do ureter, auxiliando o cirurgião e a enfermeira para deixar o rim em perfeito estado para colocação no receptor, como também a importância da comunicação com o paciente antes da anestesia, tentando tranquilizá-lo.

Durante os ambulatorios, a experiência do atendimento, da escuta, das orientações, demonstrou a valorização da enfermeira nessa área, sendo ela responsável pela primeira consulta pré-transplante, sempre com olhar holístico, orientações sobre alimentação, a qualidade de vida, entendendo a questão psicológica, analisou-se histórico familiar, as patologias, comorbidades, cirurgias realizadas; descartou-se receptores com mais de 70 anos, com algum tipo de câncer ou com cura menor que cinco anos, candidatos a doadores menores de 18 anos ou não aparentados, levando outros casos para reunião clínica e melhor análise de toda equipe.

Com pacientes transplantados, mesmo o acompanhamento sendo com a nefrologista de acordo com o tempo de Tx, eles criavam um vínculo com a enfermeira, a qual permanecia com as orientações quanto à mediação, adesão ao medicamento, perda ou ganho de peso. A experiência nessa escala foi cumprida seguindo a legislação descrita no Capítulo II, artigo 4º da Resolução COFEN292/2004: Ao Enfermeiro incumbe aplicar a SAE, em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar).

Como participante do grupo Delta, houve o cumprimento de todas as práticas mencionadas, seguindo os rodízios mensais, promovidas também ações sociais como o Dia Mundial do Rim, com atendimentos e orientações para prevenção da doença renal; o Setembro Verde incentivando a população para declaração verbal aos familiares de ser doador de órgãos; aferição de pressão arterial, glicemia, geralmente realizadas em pontos de maior

fluxo de pessoas na cidade, como no parque da criança e praças, em conjunto com o centro transplantador.

Nas atividades teóricas apresentei os seminários com os temas: Transplante (Tx): Avaliação dos receptores renais e doadores vivos; Anticorpos específicos contra o doador (DSA); Função Retardada do Enxerto (DGF) e Infecção por poliomavírus, os dois últimos sendo relatos de casos, posteriormente publicados no XIII Congresso Luso Brasileiro de Transplantação, na cidade de Lisboa em Portugal.

No ano de 2015 recebi o cargo de coordenadora do grupo Delta e coordenadora de pesquisa da LIANT. Em janeiro de 2016 quando assumi a presidência foram promovidas palestras com as nefrologistas e cirurgiões, a respeito da manutenção do potencial doador de órgãos, da legislação dos transplantes e das dificuldades do estado da Paraíba quanto à doação, os ouvintes eram acadêmicos ou profissionais das centrais de transplantes. Após esses encontros melhorou a parceria com a equipe médica e de enfermagem da central de Tx de Campina Grande-PB, favoreceu-se ainda mais a atuação dos ligantes nas UTIs do hospital de referência em trauma, sendo informada pelo médico da central imediatamente quando havia suspeita de ME e repassando a equipe dos profissionais, ao grupo dos ligantes de sobreaviso ou para quem se disponibilizasse acompanhar os testes, fechamento dos protocolos e manutenção do doador.

Em agosto de 2016, com a LIANT-PB possuindo 23 acadêmicos e quatro preceptores, foi realizado o I Simpósio de Nefrologia e Transplante Renal da Paraíba, no auditório da UFCG, durante dois dias de palestras para profissionais e estudantes de várias instituições, com emissão de certificados, encerrou-se o referido evento com o depoimento de transplantada renal há 30 anos que é mãe há 28 anos.

Encerrando assim minhas atividades na presidência e como membro da Liga, cumpri também ações de impactos sociais e científicos, como afirma o artigo 3º da Resolução em tese, planejando e implementando ações visando à otimização de doação e captação de órgãos/tecidos para fins de transplantes, com enfoque nas alíneas a, b e c, respectivamente, que descrevem: Desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplante; Promover e difundir medidas educativas quanto ao processo de doação e transplante de órgãos/tecidos, junto à comunidade; Participar e organizar programas de conscientização dos profissionais os Profissionais da Área de Saúde, quanto à importância da doação e obrigatoriedade de notificação de pessoas, com diagnóstico de morte encefálica.

5 CONCLUSÃO

O relato realizado mostrou a eficácia da atuação da LIANT-PB ao lado dos profissionais na assistência aos pacientes renais crônicos, em processo para transplante e transplantados renais, mas também nas ações de promoção da saúde e prevenção das patologias renais para a população. Porém, ainda é necessária maior atenção no treinamento das atividades práticas, para que os ligantes que ingressam após os processos seletivos obtenham mais confiança e maior divulgação a respeito da prática e do tema abordado, visto que as pessoas possuem muitos mitos sobre doação de órgãos.

Em parceria com o hospital referência em transplante e o ambulatório do centro transplantador, a liga beneficia a comunidade acadêmica de várias instituições de Campina Grande, como campo de estágio voluntário, possibilitando além de atividades práticas, pesquisas científicas e publicações, sendo também procurada por estudantes da área de saúde de outras cidades para orientação a respeito dos temas de nefrologia e transplante, assim favorece a troca de conhecimentos com vários acadêmicos e expande a abordagem dos temas no estado da Paraíba.

Durante esse período, seguindo as atividades na Liga, foi possível identificar o papel da enfermagem, desde a hemodiálise com a humanização, conhecendo cada paciente, como nos procedimentos invasivos, seguindo no processo para transplante, cumprindo as normas da resolução COFEN 292/2004, com as consultas decisivas para avaliação pré-transplante.

Obteve-se autonomia na identificação e avaliação em conjunto com a equipe das condições de uma pessoa para ser doadora ou receptora de um órgão, responsável também por saber através do SNT os pacientes em lista de espera, atualizando os cadastros, avisando-os quando chega um rim, preparando a internação, dando continuidade no transoperatório com atuação assídua e avaliando-os no pós-operatório informando quanto à qualidade de vida, atenção minuciosa, memorização dos medicamentos, retorno no ambulatório e registro de todos os procedimentos. Aprendendo também com uma equipe multiprofissional, com a necessária avaliação de diversos profissionais da área, trabalhando em conjunto, dialogando as opiniões por igual e de forma humanizada para os envolvidos. Porém alguns desafios para os membros da Liga, foram a falta de confiança e a disponibilidade de ensino de alguns profissionais de setores dos hospitais nas ações dos acadêmicos, como também a falta de vontade da manutenção de um potencial doador, visto que ao final da minha gestão isso foi melhorado através da melhor parceria com os profissionais da central de Tx e melhor diálogo com os intensivistas nas UTIs.

A experiência na Liga foi uma das mais importantes na minha vida acadêmica, na qual me mostrou uma área de alta complexidade regida por uma legislação rigorosa e tentando abordar o que é pouco explicado a pacientes e comunidade, para isso obtive contribuição dos professores da UEPB quanto aos conhecimentos científicos e repassando a turma às ações ao longo do curso, relatos de casos nas aulas a respeito do sistema renal, apresentando também os temas pouco comentados durante a graduação, como a manutenção do potencial doador, critérios para doador e receptor de órgãos, servindo de incentivo para outros alunos quererem ingressar na LIANT-PB, com isso favorecendo na formação de uma profissional com visão diferenciada no cuidado com pacientes, me tornando mais compreensiva, prestativa, motivando também as pessoas declararem aos familiares o desejo de serem doadores de órgãos, conscientes que estarão prolongando a vida de outras pessoas.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is a metabolic syndrome due to the progressive loss of glomerular filtration, resulting in hydroelectrolytic, acid-base and hemodynamic imbalance. In the final stage it becomes irreversible and fatal, requiring dialysis or renal transplantation. **General objective:** To report the experience of a student of the undergraduate nursing course as a member of the Academic League of Nephrology and Renal Transplantation of Paraíba (LIANT-PB), with emphasis on the care of patients on hemodialysis and renal transplantation. **Methodology:** A descriptive and exploratory study, type of an experience report. Based on the experience performed at the LIANT-PB, working at the reference hospital in transplantation, with a hemodialysis sector, at the traumatology hospital and at the transplantation center of Campina Grande-PB, during the period from November 2013 to August 2016. It was highlighted the main theoretical-practical activities performed in LIANT-PB and the importance of building the training of a nursing professional. **Report:** The activities described were performed under the preceptory of medical professionals and nurses, with patients with chronic renal failure (CRF), on hemodialysis, in the perioperative process and transplanted in outpatient clinics or hospitalized due to some intercurrentence. In addition to expanding knowledge in high complexity, it added more experience in the practice of semiology, by evaluation of exams, clinical cases, social activity for the community as a way of raising awareness, by informing about organ donation and publication of scientific papers. **Conclusion:** The period of living in the League was replete of great scientific and humanized efficacy, accompanying the patient from before the transplantation and the whole process, by analyzing, taking care of the chronic renal in a holistic way, resulted in a differential in the academic education of a future nurse.

Key words: Chronic Renal Failure; Renal Transplantation; Nursing care; Health Formation.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas.

Revista Praxis, ano III, n. 6, ago 2011. Disponível em:

<http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/introducao_aos_estudos_quantitativos_utilizados_em_pesquisas_cientificas.pdf>. Acesso em: 05 de Junho de 2017.

ARAÚJO, R.C.S et al. Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **J. res. fundam. care. Online**, v.6, n.2, p.525-538, abr-jun. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS - ABTO. RBT, Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>>. Acessado em 27 de julho de 2017.

BEBER, G.C et al. Qualidade de vida de pacientes transplantados renais após longo período do transplante. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 163-170, jan-abr. 2017.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 292/2004**. Aprova e Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, 07 de junho de 2004.

CAVALCANTE, B.L.L; LIMA, U.T.S. Relato de Experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v.1, n. 2, p. 94-103, jan/jun 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução cofen 292/2004. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html>. Acessado em 05 de agosto de 2017.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**. 2007.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro, **Record**. 1997.

GRASSELLI, C.S.M et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n.6, p. 503-7, nov-dez. 2012.

INÁCIO, L.A et al. Atuação do enfermeiro nas orientações de alta ao paciente pós-transplante renal. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n.2, p.323-331, abr-jun. 2014.

LUCENA, A.F et al. Complicações infecciosas no transplante e suas implicações as intervenções de enfermagem: Revisão Integrativa. **Revenferm UFPE online**, Recife, v.7, p. 953-9, mar. 2013.

MAGALHÃES, I.R. Ligas Acadêmicas e sua importância no Ensino, Pesquisa e Extensão. 2013. 13f. Monografia (Conclusão do curso)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2013.

MAYNARD, L.O.D et al. Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil. **R. Dir. sanit**, São Paulo, v.16, n.3, p. 122-144, nov. 2015-fev. 2015.

MEDEIROS, J. B. **Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos e resenhas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MIYAHIRA, C.K et al. Avaliação da dor torácica, sono e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Arq. Ciênc. Saúde**.v.23, n. 4, p.61-66, out-dez. 2016.

MOREIRA, W.C et al. Assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes. **Rev. Pre. Infec e Saúde**, v. 2, n.1-2, p.32-42. 2016.

MOTA, L.S et al. Estudo comparativo entre transplantes renais com doador falecido critério expandido e critério padrão em um único centro no Brasil. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, vol.38, n.3, p. 333-343, jul-set. 2016.

RIBEIRO, K.R.A. Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambiente hospitalar. **Revista Recien**, São Paulo, v.6, n.18, p.16-35, out. 2016.

SANTOS, C.M et al. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p.337-343 jul-ago. 2015.

SANTOS, K.M.C. et al. A vivência do transplantado renal malsucedido que retornou para hemodiálise. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.11, n.2, p.1111-4, fev. 2017.

SILVA, E.S et al. Revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós transplante renal. Curitiba, **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.597-603, jul-set. 2014.

SILVA, S.A; FLORES, O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. Rio de Janeiro, **Rev. bras. educ. med**, v.39, n.3, p.410-425, jul-set. 2015.

SOUZA JÚNIOR, E.V et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n.7, abr-jun. 2017.

TREPICHIO, P.B et al. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.2, p.133-139. 2013.

XAVIER, B.L.S et al. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Rev enfermUERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.314-20, mai-jun. 2014.