



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 11, pp. 51676-51681, November, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23331.11.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ALTA HOSPITALAR PÓS TRANSPLANTE RENAL: PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

Grasiela Maria Alves Sampaio, Annaiza Freitas Lopes de Araújo, Rafael de Oliveira Silva and Claudia Maria Costa de Oliveira

Hospital Universitário Walter Cantídio, Ceará, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 08th August, 2021

Received in revised form

21st September, 2021

Accepted 19th October, 2021

Published online 23rd November, 2021

Key Words:

Enfermagem. Transplante de rim. Doença renal crônica. Educação em saúde.

*Corresponding author:

Annaiza Freitas Lopes de Araújo

ABSTRACT

Objetivo: Conhecer sentimentos e opiniões de enfermeiros sobre orientações prestadas a pacientes transplantados renais durante alta hospitalar. **Métodos:** pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Participaram oito enfermeiros da unidade de transplante renal do Hospital Walter Cantídio, em Fortaleza/Ceará. Utilizou-se técnica de grupo focal direcionado com entrevista semiestruturada para coleta de dados, que foram analisadas de acordo com análise de Bardin. Expressões não verbais também foram observadas e registradas. O estudo teve parecer favorável do Comitê de ética em pesquisa do Hospital Walter Cantídio sob N° 3.250.002. **Resultados:** observou-se que ausência de ações padronizada para enfermagem, espaço e tempo adequados e difícil assimilação das orientações pelos pacientes dificultam as orientações. Um misto de sentimentos surge no momento da alta. Os aspectos positivos foram: presença da equipe multidisciplinar, satisfação pela alta dos pacientes e reconhecimento do trabalho da equipe. Os negativos: comunicação deficiente entre médicos e enfermeiros, falta de organização do processo de alta e ausência de recursos audiovisuais. As sugestões de melhoria basearam-se nas dificuldades e aspectos negativos anteriormente mencionados. **Conclusão:** A padronização da alta hospitalar e o uso de tecnologias educacionais para a educação continuada dos pacientes facilitam a adesão ao tratamento, aumentando as chances de sucesso do transplante.

Copyright © 2021, Grasiela Maria Alves Sampaio et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Grasiela Maria Alves Sampaio, Annaiza Freitas Lopes de Araújo et al. "Alta hospitalar pós transplante renal: percepções e sentimentos de enfermeiros assistenciais", *International Journal of Development Research*, 11, (11), 51676-51681.

INTRODUCTION

A doença renal crônica (DRC) é uma condição na qual os rins perdem de forma lenta, progressiva e irreversível a capacidade de realizar suas funções básicas, sendo o transplante renal a terapia renal substitutiva de escolha para os pacientes portadores de DRC (SBN, 2021). A doença está associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade, com grandes repercussões no campo econômico, tornando-se um problema de saúde pública de âmbito mundial (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Uma questão bastante relevante é a adesão dos pacientes as recomendações dispensadas pela equipe multiprofissional no momento da alta hospitalar. São recomendações de saúde ao que se refere à ingestão das medicações imunossupressoras, dieta, mudanças de hábito de vida, entre outras, que quando não seguidas de forma adequada repercutem negativamente na manutenção da saúde e na preservação do enxerto (BLAY; MARCHESONI, 2013). A prevalência de não adesão a terapias de longo prazo está em torno de 50% na população em geral (TAVARES *et al.*, 2013). Os motivos de não adesão estão associados a características particulares de cada paciente, como grau

de instrução, doença de base, fármacos utilizados e vínculo do paciente com o serviço e profissionais de saúde, entre muitos outros (TAVARES *et al.*, 2013). Por vezes, o uso de uma linguagem de difícil acesso e entendimento por parte dos profissionais também se configura com motivo de não adesão (KRAU, 2015). Dentro da equipe multiprofissional para transplante, o enfermeiro é o profissional que está mais próximo ao paciente durante todo processo, desenvolvendo ações que vão desde a manutenção de órgãos viáveis após confirmação da morte cefálica do doador, passando o processo cirúrgico do doador, sua alta hospitalar e o acompanhamento ambulatorial (BORSATO; ESCUDEIRO, 2017). Ademais, pacientes transplantados demandam um cuidado multidisciplinar desde o diagnóstico, passando pelo período pré-operatório estendendo-se pelo tempo em que ele for capaz de preservar a função renal, sendo competência exclusiva do enfermeiro a consulta de enfermagem pré- e pós-operatória (GOI *et al.*, 2013; MARQUES; FREITAS, 2018). É durante a assistência que o enfermeiro tem a oportunidade de abordar o paciente com ações educativas, esclarecer dúvidas e reduzir ansiedade, com consequente adesão aos cuidados essenciais a recuperação pós-cirúrgica (DÂMASO; SANTOS; BEZERRA, 2018). Estudo de revisão integrativa mostrou que a gerência em enfermagem

é de extrema importância para uma assistência em saúde qualificada. Como membro da equipe, o enfermeiro coordenador possui destaque pela exigência de conhecimento, experiência clínica e habilidade na gestão de serviços, além de ser um elo entre a equipe, os pacientes e sua família (PEDROSO *et al.*, 2019). Assim é essencial que o enfermeiro esteja sempre se atualizando para prestar uma assistência de qualidade. Com base em todo exposto e por acreditar que uma comunicação terapêutica de qualidade aperfeiçoa o cuidado holístico, objetivou-se neste estudo descrever sentimentos e opiniões de enfermeiros assistencialistas sobre orientações prestadas a pacientes transplantados renais durante alta hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Optou-se por tais métodos por possibilitar a exploração e interpretação de um fenômeno social, levando em consideração as crenças, valores, atitudes e significados das pessoas desse meio (BARDIN, 2016). O estudo foi desenvolvido na unidade de transplante renal do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), na Cidade de Fortaleza/CE. Foram incluídos os enfermeiros lotados na Clínica Cirúrgica III- Unidade de transplantes, que realizavam orientações de alta hospitalar rotineiramente e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC/UFC sob o número de parecer 3.250.002. Para coleta de dados, utilizou-se a técnica do grupo focal, direcionado por perguntas norteadoras para conhecer os sentimentos experimentados pela equipe no processo da alta, as principais dificuldades e os benefícios identificados na alta hospitalar no momento do início do estudo. Os enfermeiros preencheram ainda um questionário de identificação profissional. Segundo Kind (2004), o grupo focal como procedimento de coleta de dados é um instrumento que possibilita ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal. Tem como objetivo obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um determinado tema. Sua vantagem consiste em observar os processos de interação ocorrendo entre os participantes, bem como a minimização da influência do pesquisador sobre o processo de entrevista (BORGES; SANTOS, 2005).

O grupo focal foi realizado em sala de aula da própria instituição, no dia e horário programados, no período da manhã. A sala era climatizada e tinha cadeiras, que foram dispostas em círculo. Havia uma autora como moderadora e outra como observadora. Todo o processo foi registrado por um celular tipo smartphone, da marca Apple, após consentimento dos profissionais. Além da gravação das falas, as expressões não verbais também foram observadas e registradas. O moderador e observador interviam o mínimo possível, apenas orientando e estimulando a fala dos profissionais. A duração total do grupo focal foi de 1 hora e 32 minutos. Após a realização do grupo, as falas registradas pelo gravador foram transcritas e analisadas qualitativamente. Para garantir o anonimato, cada profissional entrevistado foi identificado pela letra "P" (profissional) e numerado de acordo com a disposição no círculo. A interpretação dos resultados foi realizada através da análise de conteúdo por meio da inferência, que para Bardin (2016) é a "operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, a unidade de transplante é composta por 12 enfermeiros divididos entre os turnos diurno e noturno e, todos foram convidados para participar. Participaram do estudo oito enfermeiros da Unidade de Transplantes do HUWC/UFC. Três enfermeiros não participaram do estudo, sendo dois por estarem de plantão na Unidade e impossibilitados de se ausentarem e uma por estar de licença maternidade. A carga horária de trabalho na unidade foi de 36

horas/semana. A tabela 1 apresenta os dados de caracterização desses profissionais.

No presente estudo, verificou-se que os profissionais de enfermagem do transplante tinham entre 32 e 41 anos de idade, faixa etária que corresponde a 44,8% e 45% do total de enfermeiros do Ceará e do Brasil, respectivamente. Vale ressaltar que, tanto no Ceará como no Brasil, o maior percentual de enfermeiros tem idade entre 26 e 30 anos. Considerando o sexo, a unidade conta com 100% de profissionais do sexo feminino, enquanto no Ceará e no Brasil, este gênero representa 88,8% e 86,2% respectivamente. No Brasil, a maior parte dos enfermeiros também tem entre 2 e 5 anos de formado (33,3%), enquanto a faixa mais frequente de tempo de atuação no mercado de trabalho encontra-se entre 11-20 anos (25,1%). Os enfermeiros cearenses com especialização representam 76,6% do contingente do estado, enquanto no Brasil o número representa 72,8% do total (COFEN, 2013). Em relação à especialização, 37,5% possuíam especialização em transplante e 25% em nefrologia. Vale ressaltar que 87,5% nunca teve treinamento prático (87,5%) ou teórico (75%) em alta pós-transplante. O trabalho do enfermeiro nefrologista pode abranger todo o processo da doença renal, indo da comunidade ao setor hospitalar, e incluindo: DRC precoce (estágios 2-3), DRC avançada (estágios 4-5), manuseio conservador da DRC, terapia dialítica domiciliar e em centros satélites, cuidados com acesso vascular e peritoneal, cuidado do paciente internado com doença renal aguda, inclusive na terapia intensiva e o transplante renal. Cada um destes domínios requer diferentes abordagens no cuidado ao paciente e, portanto, diferentes conhecimentos e habilidades (SARAIVA; RICHARDS; FORTNUM, 2018).

Atualmente, as orientações de alta após o transplante renal no HUWC-UFC são realizadas pela enfermeira assistencial, farmacêutico e nutricionista. As informações são repassadas de acordo com competência de cada um, porém reforçando orientações dos demais profissionais. A enfermeira orienta sobre uso de máscara, marcação de consultas de retorno, atividade sexual, coleta de exames, sinais de rejeição aguda e infecção, hábitos de vida (tabagismo, ingestão de álcool, atividade física), contato com animais domésticos, alimentação saudável, importância da adesão ao tratamento medicamentoso, uso de protetor solar, entre outros. O farmacêutico orienta sobre os horários corretos para uso dos medicamentos e a necessidade de jejum para ingestão dos imunossuppressores, sendo esta informação reforçada pelo enfermeiro. A nutricionista mantém o foco nos tipos de alimentos que devem ser ingeridos, horários das refeições, intervalos para tomada de medicamentos e ganho de peso. Após a categorização dos discursos dos enfermeiros, o conteúdo analisado foi agrupado em 5 temas: dificuldades encontradas para realização das orientações na alta; sentimentos dos profissionais de enfermagem na alta; aspectos positivos e negativos do atual sistema de alta; pontos negativos do atual sistema de alta e sugestões de melhorias (Quadro 1). Ao serem questionados sobre as dificuldades encontradas nas orientações da alta hospitalar pós-transplante, os profissionais relataram que as maiores dificuldades eram: ausência de padronização de orientações de enfermagem, espaço e tempo adequados, dificuldades de assimilação das orientações por parte dos pacientes, segundo discurso abaixo:

"[...] quando a gente vai dar as orientações geralmente nós somos o que deixamos por último [...] ele já foi orientado pela farmácia e pela nutrição. Então acredito que a gente precisaria de um roteiro que falasse mais coisas sobre a nossa orientação de enfermagem, mais sinais de alerta de infecção [...]" (P8)

"[...] quando o paciente já está pronto para ir embora, com a sacola na mão, com certeza essa orientação não é 100% fiel a necessidade dele, então acredito que um roteiro já ajudaria [...]" (P5).

"Eu acredito que a primeira dificuldade é o tempo. Se tivesse mais tempo a gente poderia fazer uma alta mais detalhada, poderia ficar mais tempo tirando dúvidas e conversando com ele [...]" (P8)

Tabela 1. Caracterização dos Enfermeiros da unidade de transplante renal em estudo

	Média ± DP	Varição
Idade (anos)	35,8 ± 3,44	32-41
Tempo de graduação (anos)	11,3 ± 3,70	6-17
Tempo de atuação no HUWC (anos)	2,0 ± 1,4	1-4
Tempo de atuação em transplante renal (anos)	4,5 ± 4,7*	1-15
	N	Percentual (%)
Estado civil		
Solteira	4	50,0
Casada	4	50,0
Especialização		
Especialização em Nefrologia	2	25,0
Especialização em Transplante	3	37,5
Outras especializações	2	25,0
Mestrado	1	12,5
Experiência prévia em nefrologia		
Sem experiência	2	12,5
Díálise	2	12,5
Transplante	4	50,0
Treinamento prático em alta pós-transplante		
Não	7	87,5
Sim	1	12,5
Treinamento teórico em alta hospitalar		
Não	6	75,0
Sim	2	25,0
Suficiência do tempo para alta hospitalar		
Não	3	37,5
Sim	5	62,5

Fonte: Elaboração própria, 2020. HUWC: Hospital Universitário Walter Cantídio; TX: Transplante *mediana: 3,5 anos

Quadro 1. Organização da análise do conteúdo do grupo focal em temas e categorias

TEMAS	CATEGORIAS
Dificuldades encontradas para realização das orientações na alta	Falta de padronização das orientações de enfermagem na alta Estrutura pouco adequada Assimilação das informações por parte do paciente
Sentimentos dos enfermeiros na alta hospitalar	Sentimentos positivos Sentimentos negativos
Aspectos positivos do atual sistema de alta	Equipe multidisciplinar Paciente de alta
Aspectos negativos do atual sistema de alta	Comunicação deficiente Falta de organização da alta Falta de recursos audiovisuais para a alta Organizar a orientação de alta
Sugestões de melhorias	Melhorar o conhecimento do processo de orientação do paciente antes e depois do transplante

Fonte: elaboração própria, 2020.

“O tempo. Realmente tem plantões que está tudo certo e a gente consegue sentar na cadeirinha perto dele e falar com ele e com acompanhante, mas tem plantão que não dá [...] e o espaço, eu realmente tento ficar bem perto, falar baixo, falar explicado, mas o espaço da enfermagem é complicado [...]” (P1).

“[...] quando pergunto se ele tem alguma dúvida, ele não tem nem o que dizer. Fico preocupada em saber se ele entendeu mesmo [...]” (P1)

“[...] são muitas informações repassadas, então, oriento também que ele anote as dúvidas [...]” (P2).

Entre uma das etapas do processo assistencial de enfermagem está o planejamento da alta, que direciona o plano e a implementação das ações que foram transmitidas durante o período admissional e alta, com o objetivo de tornar o paciente provedor de sua própria saúde. No HUWC, existe planejamento da assistência de enfermagem, conforme previsto na Resolução COFEN 358/2009, a qual organiza o trabalho profissional de enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, possibilitando a operacionalização do processo de enfermagem (COFEN, 2009). Contudo, não existe um plano específico para o transplante renal. Um cuidado padronizado para assistência de enfermagem com os transplantados renais traria melhores resultados no cuidado e preservação do enxerto, uma vez que todas as orientações julgadas necessárias na alta estariam em um roteiro e assim seriam repassadas. Cuidados estabelecidos através de padronizações podem ser estabelecidos pela prática usual, por

precedentes legais, protocolos ou diretrizes clínicas idealizados pela instituição ou por associações profissionais (WINSETT; YORKE; CUPPLES, 2008). A padronização da alta hospitalar é importante inclusive na taxa de readmissão hospitalar precoce. Em estudo com 468 receptores de transplante renal, 38% tiveram readmissão hospitalar precoce pós-transplante. Os pacientes que receberam alta no final de semana apresentaram um risco 29% maior de readmissão precoce (OR 0,71, IC 95% 0,41-0,94). Além disso, os receptores com consulta de retorno em três a seis dias após a alta tiveram uma probabilidade 28% maior de readmissão precoce (OR 1,28, IC 95% 1,13-1,45), quando comparados com aqueles que tiveram este retorno programado em 2 dias (HARHAY *et al.*, 2018). Mesmo com roteiro padronizado em mãos, sem um lugar apropriado para transmitir as informações ao paciente, o processo pode ficar comprometido. É necessário um ambiente adequado para esse fim, que seja calmo, silencioso, que proporcione privacidade e possibilite ao paciente a expressão de medos e dúvidas. É necessário também tempo suficiente para que as informações sejam transmitidas de forma correta, sem muita pressa, de forma clara e simples. O nível de escolaridade, uso de linguagem técnica, excesso de informações, entre outros, são fatores que também interferem na comunicação efetiva (MARQUES; CUNHA, 2020). É responsabilidade do enfermeiro ensinar o autocuidado aos pacientes e familiares, além de realizar uma avaliação da aprendizagem, para certificar-se que a compreensão foi satisfatória. Orientações devem ser fornecidas desde a admissão e não somente no momento de alta, pois é possível que os pacientes ignorem

responsabilidades e assumam os cuidados automaticamente, sem questionamentos ou tira dúvidas, o que pode comprometer a continuidade do tratamento (PEREIRA *et al.*, 2007). Assim, o profissional deve estar atento se o que está sendo repassado é o que o paciente está compreendendo. A falta de assimilação das informações reflete em ausência de autocuidado domiciliar, o que prejudica a evolução após o retorno ao domicílio. É importante enfatizar que a literatura recomenda o início do planejamento da alta hospitalar, a partir do momento em que o paciente é admitido ao hospital, devendo ser desenvolvido durante todo o período de internação (ARAÚJO, 2012). Entretanto, na maior parte das vezes, a orientação é dada no momento da saída do paciente do hospital. A grande quantidade de orientações fornecidas verbalmente ao mesmo tempo, dificulta a compreensão do paciente, favorecendo a ocorrência de erros. Além disso, devido sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro, estas orientações são realizadas de forma apressada, não sendo possível considerar as especificidades de cada indivíduo. Em relação aos sentimentos positivos e negativos experimentados no processo da alta hospitalar, muitos profissionais entrevistados expressaram sentir-se felizes e ao mesmo tempo preocupados com o processo, permanecendo o sentimento de responsabilidade mesmo após a alta, conforme observados nas falas:

“[...] Sinto felicidade por poder estar contribuindo para esse momento importante da vida deles [...]” (P6).

“[...] me sinto responsável pelo que o paciente vai fazer em casa após as orientações que demos, empatia e felicidade por eles [...]” (P5).

“[...] Fico feliz e preocupada pelo fato de ele não estar mais sob nossos cuidados [...]” (P2).

“[...] fico feliz por eles, mas fico um pouco preocupada e receosa. Será que ele compreendeu? Será que ele absorveu pelo menos 50% do que falei? Será que ele vai realmente cumprir agora com essa carga de responsabilidade? [...]” (P7).

“[...] o meu sentimento é que ele não está recebendo a orientação, não está conseguindo compreender todas as informações que são importantes para ele. É um sentimento de angústia, não de impotência, é de angústia mesmo [...]” (P7).

Alguns desses sentimentos expressos nos discursos, trazem à tona a empatia. A palavra empatia tem origem no grego e significa paixão ou ser muito afetado (SAMPAIO; CAMINI, ROAZZI, 2009). Em outras palavras, ter empatia significa tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas ou vivenciadas por outra pessoa (GOLEMAN, 1995). O medo do paciente não se cuidar de forma correta se sustenta na possibilidade de retardo de recuperação a até mesmo rejeição do órgão recebido. Takaki e Sant'Ana (2004) descrevem a empatia como essencial no cuidado prestado ao cliente, constatando em seu estudo que mesmo relatando dificuldades relacionadas à falta de tempo e influência de emoções, os profissionais valorizam o desenvolvimento da empatia na prestação dos cuidados, de forma que vivenciam a satisfação de sentir-se feliz ao participar do processo de alta do paciente. A relação paciente-enfermeiro é baseada sobretudo na comunicação. Essa comunicação, que pode ocorrer de forma verbal ou não, possibilita um reconhecimento claro dos sentimentos e perspectivas do outro, de forma que ele se sinta acolhido e compreendido (GAMBARELLI; TAETS, 2018). Isso gera satisfação profissional em relação ao seu trabalho. Níveis elevados de satisfação profissional refletem na assistência de enfermagem em forma de melhoria na qualidade do cuidado, de aumento na produtividade e consequentemente na melhora do processo de comunicação e orientações de alta (GOLEMAN, 1995). Destaca-se que o enfermeiro precisa planejar a hospitalar de modo a possibilitar a realização desta com orientações necessárias para esclarecer dúvidas e, assim, contribuir para a adesão do paciente aos cuidados em sua nova condição de vida. O seguimento ambulatorial é uma etapa fundamental para a assistência continuada, favorecendo o sucesso da cirurgia e minimizando o risco de rejeição (LIRA; LOPES, 2010). No cotidiano da prática assistencial, o enfermeiro é desafiado a prover assistência com qualidade e definir seu papel no processo de cuidar no transplante (FERREIRA; TEIXEIRA; BRANCO, 2018).

Sua atuação corrobora para a redução do tempo de hospitalização, e consequentemente redução de custos. O enfermeiro tem papel crucial para um programa de transplante de sucesso (MENDES *et al.*, 2012). Além disso, o paciente que recebe um enxerto renal necessita de uma equipe multiprofissional atuante para alcançar o sucesso do transplante e a assistência de enfermagem deve ser altamente qualificada (BARONE; MARTIN-WATSON; BARONE, 2004). Quanto aos sentimentos negativos dos profissionais na alta hospitalar, Ferreira (1992) e Andrade e Capocci (2004) afirmam que há um desgaste emocional muito grande no momento da alta por parte dos profissionais, gerando sensações de angústia que podem se manifestar de diversas formas, com sentimentos de pena, piedade, discriminação e até desprezo. Esta constatação assemelha-se à do presente estudo. A angústia e a preocupação declaradas pelos entrevistados coincidem com os apontados por França (2000), ao complementar que tais sentimentos podem vir ainda acompanhados de impotência, sofrimento, aflição e tristeza. As enfermeiras se sentem responsáveis pelos pacientes, muitas vezes, uma preocupação exagerada, que as leva ao sentimento de angústia. Os principais pontos positivos descritos pelos enfermeiros no processo de alta pós-transplante foram:

“O principal ponto positivo (no sistema de alta hospitalar) é a interdisciplinaridade [...]” (P1)

“[...] a equipe multiprofissional (é ponto positivo), pois passa informações específicas [...]” (P7).

“[...] o empoderamento do paciente [...]” (P6).

De acordo com os discursos, o trabalho em equipe é citado como aspecto positivo no processo de alta vigente no hospital. Isso vem encontro com estudo de Monti e colaboradores (2017) sobre alta compartilhada, onde afirmam que a alta hospitalar é o momento da equipe se reunir e discutir as melhores orientações a serem repassadas e como repassá-las. Todos os membros da equipe participam desse processo e realizam um plano de cuidados. Sendo assim, a alta é realizada de forma clara e concisa com o intuito de promover o bem-estar do paciente e evitar reinternações (MONTI *et al.*, 2017). De acordo com estudo de Chandrasekaran *et al.* (2016), duas medidas são sugeridas para prevenção de readmissões por meio da redução da ansiedade pós-alta: padronização dos cuidados hospitalares, para que as informações recebidas pelos pacientes sejam consistentes e treinamento dos profissionais para serem mais empáticos com os pacientes durante a orientação. No entanto, alguns aspectos negativos, como a falta de comunicação entre a equipe médica e outros profissionais, provocando desorganização na programação da alta e dificultando o processo de planejamento, além da indisponibilidade de recursos audiovisuais, fizeram parte do discurso dos sujeitos da pesquisa:

“[...] uma dificuldade que a gente tem é em relação à marcação da consulta ambulatorial e dos exames, pois se soubéssemos desde o dia anterior a possibilidade de alta, a gente já teria atentado pelo menos para marcação do exame” (P7).

“[...] tentar programar se amanhã é provável esse paciente receber alta, porque as vezes o acompanhante não sabe, nós não sabemos, quando chega na hora da visita médica, o paciente está de alta [...]” (P1).

“[...] acho que falta organização mesmo, porque cada alta é diferente da outra [...]” (P5).

“[...] devido à falta de programação dessas altas, já tivemos paciente que teve alta no fim de semana e retornou na segunda-feira para receber as orientações da farmácia e da nutrição [...]” (P8).

“Seria interessante ter um recurso tipo aplicativo, algo pelo WhatsApp ou um vídeo no YouTube. Seria uma ferramenta de fácil transmissão [...]” (P5).

Observa-se nas falas a fragmentação do trabalho em equipe. Existe a real necessidade do usuário ser visto como um todo, de a equipe trabalhar de forma articulada, realizar reunião antes da alta e de ser criado uma estrutura ampliada de atendimento, incluindo os diversos níveis de complexidade da assistência. Ademais, enfermeiros comentaram sobre a importância de receber um feedback dos

profissionais do ambulatório de pós-transplante sobre a adesão correta dos pacientes às recomendações dadas no processo da alta, para que elas possam avaliar a eficiência das orientações e o que precisa ser enfatizado. Estudo prévio que avaliou a relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola na perspectiva dos médicos, identificou em análise multifatorial que os fatores que interferem na relação médico-enfermeiro como fatores de prevenção do conflito são a comunicação interprofissional, além da autonomia na equipe, relação interprofissional e o reflexo no paciente. Os fatores que favorecem a manutenção do equilíbrio entre médicos e enfermeiros são a comunicação e a adequada divisão de funções entre as partes, a compreensão de cada profissional acerca de seu papel no cuidado com o paciente e a compreensão da importância da boa relação profissional para o cuidado do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Borges, Sampaio e Gurgel (2012) apresentam que fatores como comunicação e adequada divisão de funções entre as partes favorece um equilíbrio entre profissionais. Deve haver compreensão de cada membro das equipes acerca de seu papel no cuidado com o paciente, como também a compreensão da importância da boa relação profissional para o cuidado integral e alta responsável (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Planejamento da alta corresponde a um plano desenvolvido para cada paciente, objetivando, principalmente, a continuidade do cuidado à domicílio com orientações, melhorando qualidade de vida e redução de reinternações, principalmente no primeiro mês pós-transplante (NUNES; MENEZES FILHO, 2016). É por intermédio da comunicação que o paciente sentirá maior segurança em relação ao uso de medicamentos, alimentação e hábitos de vida, entre outros, gerindo adequadamente os cuidados e condições intrínsecas que normalmente precipitam readmissões. O preparo para a alta hospitalar deve ser trabalhado desde a admissão, prevenindo encaminhamentos e contato com as unidades de saúde de referência da pessoa, para manutenção do cuidado no ambiente domiciliar, demandando um planejamento interdisciplinar e integral (CHEADE *et al.*, 2013). Alguns autores citam benefícios do uso de ferramentas educacionais como banners, vídeos educativos, aplicativos e bonecos em saúde, que facilitam na promoção da saúde, consciência crítica, autonomia e confiança dos pacientes/familiares, o que reflete na melhor adesão e prevenção de complicações (DALMOLIN *et al.*, 2016). O acesso a várias informações organizadas faz com que sejam atendidas as diferentes necessidades dos pacientes.

As sugestões de melhorias relatadas para a sistematização do processo de alta hospitalar foram encontradas no discurso dos participantes, como descrito a seguir:

“Seria interessante ter um recurso tipo aplicativo, algo pelo WhatsApp ou um vídeo no YouTube. Seria uma ferramenta de fácil transmissão [...]” (P5 e 7).

“Poderia fazer também em forma de banner ou boneco. Um para o pré e outro para o pós. A gente ia mostrando mais ou menos com ele vai ficar após a cirurgia [...]” (P8).

“[...] um roteiro direcionando sobre o que deve ser orientado [...] [...] começar a fazer as orientações dias antes da alta [...]” (P1).

“[...] programação antecipada da alta, pelo médico [...]” (P5).

“[...] um roteiro para alta [...]” (P8).

Todos esses discursos expressam a necessidade de ferramentas que ajudem e facilitem o processo de educar em saúde, norteando os profissionais em sua conduta e melhorando a aprendizagem dos pacientes com apoio de visualização para maior interatividade.

As tecnologias facilitam o processo de educação tornando possível planejar, executar, controlar e acompanhar todo o processo de ensino e aprendizagem. Para aplicar as tecnologias educativas é necessário que o enfermeiro no papel de educador seja o facilitador do processo e transmita informações de forma que a aquisição do que foi orientado seja a máxima possível, possibilitando a construção do conhecimento (FONSECA *et al.*, 2011). Enquanto dispositivo de trabalho, as tecnologias se estendem além do conceito em si. Ela está direcionada para organização lógica de atividades, de modo que por ser observada, transmitida e compreendida sistematicamente (NIETSCHÉ, 2003).

CONCLUSÃO

As investigações do presente estudo possibilitaram evidenciar que o processo de alta hospitalar pós transplante renal são influenciados por diferentes fatores. Os enfermeiros tem toda competência para preparar o paciente para alta pós-transplante, contudo não conseguem orientar de modo satisfatório em decorrência de fatores como estrutura, tempo, falta de instrumentos de assistência padronizado, próprio paciente e comunicação interprofissional. Estes aspectos são tidos como desorganizadores da programação de alta e dificultam um planejamento mais direcionado. Um checklist padronizado ou ferramentas que facilitem o processo de ensino-aprendizagem e a comunicação interprofissional são estratégias que facilitariam o melhor alcance das necessidades dos pacientes, que devem ser vistos e trabalhados de forma holística. A equipe é uma peça fundamental no reconhecimento dessas necessidades, que deve iniciar na admissão, com objetivo de transformar o paciente responsável, independente e provedor de sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

- Andrade, M. C. S., Capocci, P. O (2004). As emoções do profissional de enfermagem ao lidar com pacientes com HIV/AIDS. *RevEnfermUNISA*.5, pp.15-19.
- Araújo, F. S. R. (2012) O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas das unidades clínicas & cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar. Dissertação de mestrado. Universidade Fluminense, Niterói. Disponível online em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1042/1/Fernanda%20Santos%20Rodrigues%20Araujo.pdf>.
- Bardin, L. (2016) Análise de conteúdo. Edições 70, São Paulo.
- Barone, C. P., Martin-Watson, A. L., Barone, G. W. (2004) The postoperative care of head and neck renal transplant recipient. *MedSurgNurs*.13, 5, pp. 296-302.
- Bastos, M. G., Kirsztajn, G. M. (2011) Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol*. 33,1, pp. 93-108.
- Blay, S. L., Marchesoni, M. S. M. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Diniz, D. P., autor. Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho. Barueri: Manole, 2013. p. 21-33.
- Borges, C. D., Santos, M. A. (2005) Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *RevSPAGESP*.6,1, pp. 74-80.
- Borges, M. J. L., Sampaio, A. S., Gurgel, I. G. D. (2012) Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciênc Saúde Coletiva*.17,1, pp. 147-156.
- Borsato, L., Escudeiro, C. L. (2017) Os saberes e práticas dos enfermeiros no momento da alta hospitalar ao paciente transplantado renal. *Enfermagem Brasil*.16,3, pp. 139-146.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2009 Oct 15. Disponível online em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da enfermagem no Brasil [Internet]. Brasília: COFEN; 2013 [acesso em 24 abr 2020]. Disponível online em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html#apresentacao>
- Chandrasekaran, A., Anand, G., Sharma, L., Hauenstein, M.L., Nguyen, M., Gadkari, M., Moffatt-Bruce, S. (2016) Role of in-hospital care quality in reducing anxiety and readmissions of

- kidneytransplantrecipients. Association For AcademicSurgery. 205, 1, pp. 252-259.
- Cheade, M. F. M., Frota, O.P., Loureiro, M. D. R., Quintanilha, A.C.F. (2013) Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *CogitareEnfermagem*.18,3.
- Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N.M.O., Coppetti, L.C., Rossato, G.C., Gomes, J.S., Silva, M.E.N. (2016) Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 37.
- Dâmaso, A. G.,Santos, C. S.,Bezerra, A. S. C. E. (2018) Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de pacientes em transplante renal. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*.4,2, pp. 271-282.
- Ferreira, N. M. L. A. (1992) A assistência emocional: dificuldades do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm*. 5, 1, pp. 30-41.
- Ferreira, S. A. M. N., Teixeira, M. L. O.,Branco, E. M. S. C. (2018) Relação dialógica com o cliente sobre transplante renal: cuidado educativo de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 23,1.
- Fonseca, L. M. M., Leite, A.M., Mello, D.F., Silva, M.A.I., Lima, R.A.G., Scochi, C.G.S. (2011) Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. *Esc. Anna Nery*.15,1.
- França, I. S. X. (2000) Con-vivendo com a soropositividade HIV/AIDS: conceito aospreconceitos. *RevBrasEnferm*. 53,4.
- Gambarelli, S. F.,Taets, G. G.C. C. (2018) A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. *RevBrasEnf*.17,4, pp. 394-400.
- Goi, C., Meier, A.C., Salamoni, H., Zanella, M.C., Rosanelli, C.L.S.P. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes pós transplante renal. In: 21º Seminário de Iniciação Acadêmica [Internet];2013; Ijuí, RS. Ijuí: Salão do Conhecimento:2013.
- Goleman, D. (1995) *Inteligência emocional*. Objetiva, Rio de Janeiro.
- Harhay, M.N., McKennaR.M., Boyle, S.M., Ranganna, K., Mizrahi, L.L., Guy, S., Malat, G.E. Xiao, G, Reich, D.J.,Harhay, M.O.(2018). AssociationbetweenMedicaidExpansionundertheAffordableCareActandPreemptiveListings for KidneyTransplantation. *CJASN*. 13, 7, pp. 1069-1078.
- Kind, L. (2004) Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicolrev*.10,15, pp. 124-136.
- Krau, S. D. (2015) Technology in nursing: the mandate for new implementationand adoption approaches. *NursClin North Am*. 50, 2, pp. 11-12.
- Lira, A. L. B. C., Lopes, M. V. O. (2010) Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*.31,1, pp. 108-114.
- Marques, R. V. S.,Freitas, V. L. (2018) Importanceofnursingcare in renal transplantedpatientcare.Revenferm UFPE online.12, 12, pp. 3436-3444.
- Marques, F. V.,Cunha, P. (2020) O Sucesso em Projetos Através do Gerenciamento das Comunicações e do Conhecimento de Forma Integrada. *Boletim do Gerenciamento*. 18,18, pp. 53-66.Disponível online em: <https://nppg.org.br/revistas/boletimdoGerenciamento/article/view/468>
- Mendes, K. D. S., Roza, B.A., Barbosa, S.F.F., Schirmer, J., Galvão, C.M. (2012) Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto contexto - enferm*.21,4, pp. 945-953.
- Monti, L. L., Pinho, J. N., Santos, S.C., Pinheiro, E.A. (2018) Alta compartilhada pela equipe multiprofissional. *PECIBES*, 4,1, pp. 1-24.
- Nietsche, E. A. As tecnologias assistenciais, educacionais e gerenciais produzidas pelos docentes dos cursos de enfermagem das instituições de ensino superior de Santa Maria-RS. In: Universidade Federal de Santa Maria. Relatório Final. Santa Maria: UFSM/CNPq; 2003.
- Nunes, E. C. D. A.,Menezes Filho, N. A. (2016) Sistematização da alta de enfermagem: uma análise fundamentada em roy. *CogitareEnfermagem*.21,2.
- Oliveira, A. M., Lemes, A.M., Machado, C.R, Silva, F.L., Miranda, F.S. (2010) Professional relationshipbetween nurses anddoctorsatthe hospital of medical school: theviewofdoctors. *RevBrasSaudeMaterInfant*.10, pp. 433-439.
- Pedroso, V. S. M., Siqueira, H.C.H., Andrade, G.B., Medeiros, A.C., Tolfo, F., Moura, B. (2019) O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *RevPesquiCuid Fundam*. 11, 1, pp. 241-247.
- Pereira, A. P. S., Tessarini, M.M., Pinto, M.H., Oliveira, V.D.C. (2007) Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *RevEnfermUERJ*.15,1, pp. 40-45.
- Sampaio,L.R., Camino, C., Roazzi, A. (2009) Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicolcienc e prof*. 29, 2, pp. 212-27.
- Saraiva, M., Richards, M., Fortnum, D.The profile ofnephrologynursing:the fundamental roles ofnephrology nurses caring for individualswithKidneyDisease, andtheirfamilies [e-book onthe internet]. Suécia:EDTNA/ERCA;2018 [acesso em 19 agosto 2021].22 p. Disponível online em: https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Nursing_Profile_2018.pdf.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Insuficiência renal [Internet]. SBN;2021 [acesso em 08 Jun 2021]. Disponível online em:<https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/doencas-comuns/insuficiencia-renal/>
- Tavares, N. U. L, Bertoldi, A.D., Thumé, E., Facchini, L.A., França, G.V.A., Mengue, S.S. (2013) Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *RevSaude Publica*. 47, 6, pp. 1-9.
- Takaki, M. H.,Sant’ana, D. M. G. (2004) A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*. 9,1. Disponível online em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708>
- Winsett, R.,Yorke, J.,Cupples, S. Professional issues in transplanation. In: Ohler, L.,Cupples, S., organizers. Core curriculum for transplantnurses.Philadelphia, US: Mosby Elsevier; 2008. p. 287-301.
