



## CRENÇA E FATORES EMOCIONAIS DO TRANSPLANTADO RENAL: HISTÓRIA ORAL

### BELIEF AND EMOTIONAL FACTORS OF THE RENAL TRANSPLANTEE: ORAL HISTORY CREENCIA Y FACTORES EMOCIONALES DEL TRANSPLANTADO RENAL: HISTORIA ORAL

Ivson José Almeida Medeiros Júnior<sup>1</sup>, Daniel Sarmiento Bezerra<sup>2</sup>, Renata Soares Ferreira<sup>3</sup>,  
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti<sup>4</sup>, Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** relatar a história oral de vida, a crença e fatores emocionais envolvidos na longevidade de uma paciente transplantada renal há mais de dez anos. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, realizado na residência de uma paciente vítima de dengue hemorrágica que evoluiu para a insuficiência renal grave em ambos os rins. Utilizou-se, como instrumento de coleta, um roteiro de entrevista estruturado, o caderno de campo e a gravação feita com telefone celular no mês de março de 2018. O resultado se apresenta em forma de depoimento textual da paciente. **Resultados:** apontam para a importância da crença, dos fatores emocionais e de boa qualidade de vida para a recuperação do paciente. Por outro lado, tem-se a importância de uma Enfermagem bem treinada como, também, do trabalho multiprofissional. **Conclusão:** a doença renal, por possuir várias fases, - que podem levar ao transplante renal - traz, ao sistema de saúde, um grande desafio e, ao doente, a necessidade de superação física e emocional, sendo uma enfermidade que demanda ações de toda a sociedade. **Descritores:** Transplante Renal; Qualidade de Vida; Dengue Hemorrágica; Insuficiência Renal; Crença; Diálise Peritoneal.

#### ABSTRACT

**Objective:** to report the oral history of life, belief and emotional factors involved in the longevity of a renal transplant patient for more than ten years. **Method:** a qualitative, exploratory study carried out at the residence of a patient suffering from hemorrhagic dengue, who developed severe renal impairment in both kidneys. A structured interview script, the field notebook and the recording made with a cell phone in March 2018 were used as a collection instrument. The result is presented as a textual testimony of the patient. **Results:** point to the importance of belief, emotional factors and good quality of life for patient recovery. On the other hand, there is the importance of having a well-trained Nursing as well as multiprofessional work. **Conclusion:** renal disease, which has several phases, which can lead to renal transplantation, brings a great challenge to the health system and, to the patient, the need for physical and emotional overcoming, being a disease that demands actions of all the society. **Descriptors:** Kidney Transplantation; Quality of Life; Severe Dengue; Renal Insufficiency; Culture; Peritoneal Dialysis.

#### RESUMEN

**Objetivo:** relatar la historia oral de vida, la creencia y factores emocionales involucrados en la longevidad de una paciente trasplantada renal desde hace más de diez años. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, realizado en la residencia de una paciente víctima de dengue hemorrágico que evolucionó a la insuficiencia renal grave en ambos riñones. Se utilizó, como instrumento de recolección, un guión de entrevista estructurado, el cuaderno de campo y la grabación hecha con teléfono celular en el mes de marzo de 2018. El resultado se presenta en forma de testimonio textual de la paciente. **Resultados:** apuntan a la importancia de la creencia, de los factores emocionales y de buena calidad de vida para la recuperación del paciente. Por otro lado, se tiene la importancia de una enfermería bien entrenada como, también, del trabajo múltiple profesional. **Conclusión:** la enfermedad renal, por tener varias fases, - que pueden llevar al trasplante renal - trae, al sistema de salud, un gran desafío y, al enfermo, la necesidad de superación física y emocional, siendo una enfermedad que demanda acciones de toda la sociedad. **Descritores:** Transplante de Riñón; Calidad de Vida; Dengue Grave; Insuficiencia Renal; Libertad Religiosa; Diálisis Peritoneal.

<sup>1</sup>Graduando de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança/FAMENE. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [ivson\\_medeiros@hotmail.com](mailto:ivson_medeiros@hotmail.com)  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-8028-5031>; <sup>2</sup>Graduando de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança/FAMENE. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [sarmentomedaniel@gmail.com](mailto:sarmentomedaniel@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1430-4796>; <sup>3</sup>Graduanda de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança/FAMENE. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [renatinhasoares93@gmail.com](mailto:renatinhasoares93@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7414-2744>; <sup>4</sup>Doutora, Faculdade de Medicina Nova Esperança/FAMENE. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [trfcavalcanti@yahoo.com.br](mailto:trfcavalcanti@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3084-6720>; <sup>5</sup>Mestre, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [waleriabastos@hotmail.com](mailto:waleriabastos@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5208-108X>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o sucesso dos primeiros transplantes, feitos entre indivíduos geneticamente idênticos, remete à década de 50, em Boston, Estados Unidos da América. Já na década de 60, quando se pôde compreender a natureza imunológica do processo de rejeição, iniciou-se o uso de imunossuppressores como o 6-Mercaptopurina. Além disso, a descrição da prova cruzada (*cross-match*) para saber qual o melhor receptor, na tentativa de detectar anticorpos citotóxicos pré-formados, foi um fator determinante no sucesso do transplante renal.<sup>1</sup>

Observa-se que, em 1963, apenas sete pacientes sobreviviam após seis meses do transplante. No entanto, os transplantes renais, atualmente, possuem índice de sucesso satisfatório, sendo executados em todos os grandes centros médicos milhares de transplantes com boa perspectiva de vida.

Ressalta-se que existe uma constante e crescente demanda por transplantes de órgãos em todo território nacional. Os primeiros transplantes realizados no Brasil datam da década de 60, porém, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) foi criado, apenas, em 1996, devido a uma grande demanda por transplantes de órgãos e tecidos em todo o território nacional. Publicada em 4 de fevereiro de 1997, a Lei 9.434, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo para esta finalidade,<sup>2</sup> estabelece a gratuidade e define que o receptor não terá qualquer indenização caso o transplante seja cancelado, não realizado ou não obtenha o resultado esperado pelas equipes, cabendo ao Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.480/97, a definição de morte encefálica.

Explica-se que a Insuficiência Renal Crônica (IRC) consiste em lesão renal com perda progressiva e irreversível da função renal. Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno.<sup>3</sup> Hoje, a IRC é considerada um problema de saúde pública que independe de raça, cultura, faixa etária ou grupo socioeconômico.<sup>4</sup> A IRC é uma doença que não apresenta perspectiva de melhora determinando relevantes problemas de saúde pública devido à alta taxa de morbidade e mortalidade.<sup>5</sup>

Evidencia-se que o paciente renal crônico vive constantemente os conflitos gerados pela dependência das tecnologias fazendo-o se sentir por vezes vivo, outras, semimorto, em consequência das terapias substitutivas renais

que salvam as vidas, ao mesmo tempo que as transforma, submetendo os enfermos a extremo sofrimento experimentado na censura do querer e do não poder e impedindo da vida se concretizar nos atos humanos e sociais.<sup>6</sup>

Mostra-se que, dentre as modalidades terapêuticas disponíveis, o transplante renal constitui-se no melhor tratamento para a Insuficiência Renal Crônica (IRC), por ser o método mais fisiológico e menos doloroso, tornando os indivíduos mais livres dos limites impostos pela diálise, com consequente geração de maior qualidade de vida.<sup>7</sup>

Entende-se que o transplante renal vislumbra proporcionar uma condição social e biológica mais aceitável e o desenvolvimento da técnica terapêutica tem elevado a qualidade de vida dos transplantados a um nível tão satisfatório que sucede a possibilidade de uma nova vida.<sup>8</sup>

Afirma-se que o transplante pode prolongar e melhorar a qualidade de vida. Entretanto, o paciente tem de lidar diariamente com a incerteza, uma vez que muitos transplantados sofrem o processo de rejeição. Ainda não existem medicamentos eficientes o suficiente para garantir longevidade considerável. Por isso, o transplante é um procedimento radical e oferece vários riscos ao paciente, além das doenças oportunistas provocadas pelos imunossuppressores utilizados para evitar a rejeição do enxerto.

Procura-se, então, nesse contexto, a pesquisa com a intenção de entender fatores que vão além do tratamento quimioterápico e cirúrgico, como os externos, determinantes no sucesso do tratamento. Esses fatores incluem a ação de cuidado e o suporte emocional da equipe médica e também dos amigos e familiares.

## OBJETIVO

- Relatar a história oral de vida, a crença e fatores emocionais envolvidos na longevidade de uma paciente transplantada renal há mais de dez anos.

## MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, do tipo História Oral de Vida, sobre uma paciente transplantada renal há mais de dez anos. Realizou-se a pesquisa na residência da paciente vítima de dengue hemorrágica, com evolução para a insuficiência renal grave de ambos os rins. A mesma recebeu o rim esquerdo do irmão. Escolheram-se, como instrumentos para a coleta de dados, um roteiro de entrevista

estruturado, além de registro fotográfico, caderno de campo e gravação via celular. Iniciou-se a coleta de dados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa FACENE/FAMENE. Realizou-se no mês de março, em dia e hora combinado entre os pesquisadores e a entrevistada, em três momentos:

a) Pré-entrevista. Corresponde a uma preparação na qual realizaram-se os primeiros contatos e aproximações com a colaboradora (paciente) e com o seu contexto, além de ser o momento quando foi explicado o projeto de pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Informou-se a paciente devidamente enfatizando que seus direitos seriam resguardados e seu anonimato, resguardado;

b) Entrevista propriamente dita. Realizou-se a entrevista gravada por um celular. A entrevista foi o ponto central do estudo e caracterizou-se por um ambiente afável, de modo que a pessoa pudesse narrar sua história sem constrangimentos, ainda que, em interação, as interferências dos pesquisadores fossem mínimas. Nesse momento, a colaboradora falou sobre seus sentimentos, emoções e reflexões e esclareceu-se a ela sobre a importância de sua contribuição, bem como explicaram-se as etapas do projeto e os cuidados éticos adotados;

c) Pós-entrevista. Após a realização da entrevista, transformou-se o relato oral em texto escrito, tornando-o disponível para a publicação, por meio da análise criteriosa da gravação, como sugere Meihy em três etapas.<sup>9</sup>

Primeira etapa: Transcrição é etapa do processo rigoroso, longo e exaustivo de passagem inicial do oral ao escrito. Para alguns pesquisadores, trata-se de operação de caráter puramente técnico, por vezes, relegado a outros. No entanto, na perspectiva apresentada, a transcrição é de grande importância para a construção e a análise das histórias de vida, principalmente por sua natureza reiterativa.

Segunda etapa: textualização é etapa na qual as perguntas são suprimidas e agregadas às respostas, passando a ser todo o texto de domínio exclusivo da colaboradora assumindo, como personagem único, a primeira pessoa. Durante esta etapa, a narrativa recebe uma pequena reorganização para se tornar mais clara. Escolhe-se, então, o tom vital, que é uma frase a ser colocada na introdução da História de Vida por representar uma síntese moral da narrativa. O objetivo é o de possibilitar uma melhor compreensão da narrativa.

Terceira etapa: transcrição é a etapa na qual se atua no depoimento de maneira mais ampla, invertendo-se a ordem de parágrafos, retirando ou acrescentando-se palavras e frases e, enfim, realizando-se o "teatro de linguagem". Procura-se recriar o contexto da entrevista no documento escrito. Mais do que uma tradução, tenta-se elaborar uma síntese do sentido percebido pelo pesquisador, além da narrativa e performance da colaboradora. O processo é encerrado com a validação pela colaboradora (paciente) do documento final. Há, portanto, interferência explícita da pesquisadora no texto, que é feito conforme sugestões, alterações e acertos combinados com a colaboradora nos momentos de conferência da narrativa textualizada. Nesse procedimento, torna-se vital a legitimação da entrevista por parte da colaboradora.

Respeitaram-se, neste estudo, os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012, no art. III.<sup>9</sup>

## RESULTADOS

Refere-se à A.K, 30 anos, natural e residente em João Pessoa (PB) com a mãe e os irmãos no bairro do Valentina. Sua enfermidade começou em 2002, quando teve dengue hemorrágica que a levou a uma insuficiência renal. Durante a entrevista, a mesma apresentava-se muito feliz e falante, disposta e interessada em colaborar com a pesquisa.

*Antes da insuficiência renal, eu era uma pessoa normal, trabalhava e tinha minhas atividades esportivas, eu era jogadora de handebol. Ensinava em uma escola para crianças e ainda dava aula de reforço escolar durante a semana. Tudo mudou em 2002, quando fui picada, pela quarta vez, pelo mosquito da dengue, o Aedes aegypti. Eu estava na escola quando comecei a me sentir mal. Comecei a ter vômitos e uma coceira intensa no corpo. Eu já tinha tido dengue três vezes, porém, tinham sido normais; o que mais incomodava era a coceira. E, na quarta vez, a doença apresentou o quadro hemorrágico. Eu tenho pele negra e, mesmo assim, eu via muitas manchas vermelhas pelo corpo, além de sangramento nasal e gengival. Fiquei internada no hospital, tomei várias medicações e a hemorragia foi controlada. Passados 15 dias, já em casa, depois de sair do hospital, comecei a sentir sintomas relacionados à paralisia dos rins. Comecei a ficar inchada e com a barriga grande, as roupas não cabiam. Tive febre, comecei a sentir dor nas costas que desciam para as pernas. Foi quando uma enfermeira, amiga da nossa família, que trabalhava no setor de hemodiálise de um hospital, suspeitou que*

Medeiros Júnior IJA, Bezerra DS, Ferreira RS et al.

*eu estava com comprometimento renal. Ela indicou um médico, conhecido dela, e, no mesmo dia, eu fui encontrá-lo. Quem olhava para mim já percebia, eu não estava normal mesmo. O médico que me atendeu trouxe o resultado do exame de sangue e as taxas de ureia e creatinina estavam muito alteradas. Eu estava com uma anemia forte e sentia dor nas pernas. E veio o diagnóstico de insuficiência renal aguda. Fui encaminhada para o hospital referência em hemodiálise. Ao chegar lá, refiz todos os exames e foi confirmado o diagnóstico inicial. Naquele momento, eu estava com muito líquido acumulado e sentia vontade de ir ao banheiro o dia todo, embora não conseguisse urinar. Logo após, comecei a sentir o gosto de urina na boca. E, a partir daí, eu comecei a fazer a diálise peritoneal, uma alternativa para a hemodiálise. Eu comecei a minha diálise no hospital e, após um ano de tratamento, fui transferida para um centro de tratamento de rim onde passei cinco anos. Ao longo do tratamento, tomei bolsas de sangue por causa da minha anemia, que era muito forte. No primeiro ano, no início do tratamento, tive que fazer uma pequena cirurgia onde implantaram um cateter em minha barriga que permitia o acesso ao peritônio para fazer a diálise. Eu me neguei a colocar o cateter no pescoço e disse que não o tratamento na máquina. Uma psicóloga foi chamada para conversar comigo e visitei outros pacientes na hemodiálise. A minha primeira diálise foi feita no hospital com a ajuda de uma enfermeira de urgência. Ela foi muito importante na minha vida porque todo o período que eu passei no hospital foi de negatividade. Antes de voltar para casa, nós tivemos aulas, durante uma semana, para aprender a fazer o procedimento. Ao chegar em casa, minha mãe fez o primeiro procedimento de diálise. Ela não suportou e desmaiou nos meus pés, estava em pânico. O processo de diálise peritoneal facilita a infecção e muitos pacientes não conseguem manter-se em casa. Em cinco anos fazendo diálise, nunca fiz o procedimento sozinha. A diálise acontecia em um quarto da casa, reservado, fechado, e só eu e o acompanhante. O quarto não podia ter móveis, apenas a cama e uma mesinha para as fraldas, garrafas de álcool 70%, máscaras descartáveis e um suporte para o soro. Durante o procedimento, podem ser utilizados um litro ou dois litros de solução. A quantidade de solução depende do inchaço e também do desconforto do paciente. As fraldas eram usadas embebidas em álcool 70% com finalidade preventiva. O procedimento é bastante contaminado, daí o uso de máscaras. A solução entrava pelo cateter de quatro em quatro horas para fazer o trabalho que os rins deixaram de fazer. Diante da minha vivência, eu costumo*

Crença e fatores emocionais do transplantado...

*dizer o seguinte: quando os rins paralisam, eles começam a mexer com todos os outros órgãos. A função cardíaca e pulmonar fica prejudicada, o intestino fica desregulado de forma que o paciente não possui fezes sólidas, existindo muita diarreia e vômitos. Meu coração ficou crescido e eu perdi muito peso. Cheguei a pesar 28kg quando meu peso normal era 45kg. Fiquei com o rosto abatido e inchado. Além disso, parei de menstruar. Só voltei a menstruar depois do transplante. E, durante o tratamento da diálise, surgiu a ideia do transplante. Vieram me perguntar o que eu achava da ideia. É quando você vê o quanto é grave. Você pensa: paralisou um órgão, vou morrer. Eu não podia nem beber água, tudo era limitado, a quantidade que eu tomava cabia naqueles copinhos de café pequenos, para tomar os comprimidos. Todos os meus familiares fizeram o teste de compatibilidade. E todos foram compatíveis. Somos uma família bem unida, não posso reclamar disso. Eu sou católica, devota de Nossa Senhora Aparecida, e foi a fé que me fez passar por tudo isso. Algumas vezes, eu quis me entregar, já estava morrendo e queria desistir. Aí, minha mãe me incentivava, meu doador me incentivava. Eu ficava pelos cantos das paredes murcha; passei dois meses depressiva, sem querer sair do quarto nem pra comer, nem para tomar banho e muito menos falar com ninguém. Eu vou contar uma história para quem tem fé. Minha mãe me chamou para a coroação de Nossa Senhora Aparecida, no mês de maio, mês de Maria. Eu estava muito debilitada naquele dia, mesmo assim, saímos de casa muito cedo e chegamos para a coroação às 19h. Quando chegamos, não havia chegado ninguém na igreja e ficamos fazendo nossas orações pedindo pelo transplante. Ainda faltava o hospital e a equipe médica para que ele fosse realizado. Era dia 31 de maio, último dia do mês de Maria, e uma funcionária da igreja retirou o terço que estava sendo rezado todos os dias na imagem e o trocou. Ela se retirou da igreja e nos deixou lá sentadas. Algum tempo depois, ela voltou à igreja e me entregou o terço. Disse o seguinte ao me entregar o terço: “Nossa Senhora Aparecida mandou te entregar!”. Eu juro a vocês: quando esse terço parou na minha mão, senti uma sensação de flutuação. Uma sensação quente dos pés à cabeça... Como se uma onda do mar estivesse lavando tudo de ruim. Voltei para casa andando, diferente de como vim, arrastada. Coloquei logo o terço no braço no mesmo dia que ela me entregou. Ao chegar à nossa casa, minha mãe fez a minha troca de roupa e disse: “Nega, você se prepara que essa vai ser a última troca que faço em você”. Eu já estava dormindo sentada por causa do líquido que me sufocava. E vi Nossa Senhora*

*Aparecida andando para lá e para cá dentro dessa sala. No outro dia, na segunda-feira, o telefone tocou e a atendente disse para que, na terça-feira, - no dia seguinte - eu fosse ao Hospital São Vicente de Paula, pois, na quinta-feira, o meu transplante seria realizado. Uma equipe de Pernambuco faria a minha cirurgia. Outro milagre foi a minha pressão, que só baixava quando eu tomava quatro tipos de comprimidos de pressão e, nesse dia que eu me internei, eu não tomei nenhum. Meu irmão fez o transplante e está bem, em nome de Jesus, não toma nada. Eu tomo minhas medicações para evitar a rejeição desde então. Fiquei um mês internada no hospital, já transplantada, e minha mãe foi minha grande companheira. A fome foi voltando devagar e meu peso começou a se adequar. Em dois meses pós-transplante, estava pesando 50kg. Quando me operei, estava pesando 28kg. Em 72 horas de cirurgia, já voltei a urinar e foi uma das maiores emoções após cinco anos de tanto sofrimento. A menstruação voltou ao normal em um mês. Tudo tinha sido levado pela doença e ela não levou minha vida porque eu me agarrei na fé. O transplante é uma nova vida: eu mudei de pele, pois ela começou a despelar, eu não tinha mais pelos e, depois, começou a sair tudo de novo, novinho. Minha obra, feita por Deus e Nossa Senhora Aparecida, foi completa. Queria voltar a jogar handebol, mas eu não posso porque é um jogo violento. Quando eu era renal, o meu maior sonho era tomar água. Hoje, agradeço todos os dias pela vida e pela nova pessoa que eu sou.*

## DISCUSSÃO

Sabe-se que a dengue é uma doença febril, aguda, e pode ser causada por quatro sorotipos designados como DENV1-DENV4. Estes são transmitidos de pessoa para pessoa por meio da picada de mosquitos fêmeas *Aedes albopictus* e *Aedes aegypti*, sendo este último o de maior importância epidemiológica. Qualquer um dos quatro sorotipos provoca amplo espectro de sintomas clínicos e que podem vir a desenvolver formas graves que podem levar à insuficiência de órgãos vitais como à morte. Uma mesma pessoa pode ser infectada várias vezes.<sup>11</sup> No relato, a entrevistada descreve que o início de tudo se deu com as infecções repetidas de dengue.

*[...] tudo mudou em 2002, quando fui picada, pela quarta vez, pelo mosquito da dengue, o *Aedes aegypti* [...].*

Observa-se que os sintomas mais repetidos pela população são que a doença se comporta como uma gripe forte e que eles apresentam muita febre, dor de cabeça e dor óssea. Ainda

segundo o supracitado, tem-se que alterações fisiopatológicas importantes, como o aumento transitório da permeabilidade vascular, culminam em extravasamento de plasma em diferentes cavidades serosas do corpo incluindo a pleura, o pericárdio e a cavidade peritoneal, ao mesmo tempo, havendo um aumento nos níveis basais de hematócrito e, por fim, o sangramento que representa risco e ameaça à vida, como relatado a seguir.<sup>12</sup>

*[...] eu estava na escola quando comecei a me sentir mal. Comecei a ter vômitos e uma coceira intensa no corpo, além de sangramento nasal e gengival. Fiquei internada no hospital, tomei várias medicações e a hemorragia foi controlada [...].*

Lembra-se que a terapia substitutiva renal (TRS) está indicada para pacientes graves e possui três diferentes tipos: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal. O HD remove solutos e fluídos com o auxílio de uma fístula arteriovenosa e de um filtro artificial (capilar ou membrana de diálise). A TRS é realizada três vezes por semana e faz com que o paciente perca a independência já que a sessão dura até quatro horas. A DP utiliza a própria superfície peritoneal como membrana e é realizada em domicílio. A qualidade de vida do paciente depende de diversos fatores como a satisfação com a vida, a boa saúde, moradia, emprego, educação e lazer, sendo estes parâmetros objeto da mais profunda investigação científica na busca pela saúde do paciente.<sup>13</sup>

*[...] passados 15 dias, já em casa, depois de sair do hospital, comecei a sentir sintomas relacionados à paralisia dos rins. Comecei a ficar inchada e com a barriga grande, as roupas não cabiam. Tive febre, comecei a sentir dor nas costas que desciam para as pernas. Foi quando uma enfermeira, amiga da nossa família, que trabalhava no setor de hemodiálise de um hospital, suspeitou que eu estivesse com comprometimento renal [...].*

Refere-se que, de acordo com o modelo biomédico, o transplante renal é o melhor tratamento para a insuficiência renal. Entre os argumentos, estão: a melhora da qualidade de vida dos pacientes, reintegrando atividades produtivas anteriores, além do ciclo social que é perdido pelo doente. A terapia do transplante é mais eficaz por causar menor impacto econômico tanto ao paciente, quanto ao Estado. Os custos de hemodiálise ou diálise peritoneal, para o governo, excedem o custo da cirurgia, sendo o fator debilitante um agravante, pois o paciente deixa de exercer suas atividades laborais.<sup>14</sup>

*[...] eu me neguei a colocar o cateter no pescoço. Inclusive, a médica perguntou se*

*eu era testemunha de Jeová e se essa condição estava me impedindo de fazer a hemodiálise. Eu disse que não e que não faria o tratamento na máquina. Uma psicóloga foi chamada para conversar comigo e visitei outros pacientes na hemodiálise. E, a partir daí, eu comecei a fazer a diálise peritoneal, uma alternativa para a hemodiálise [...].*

Ressalta-se que a enfermeira é o elemento que está em maior contato com o paciente, presente antes, durante e após a diálise. Ela deverá estar alerta para detectar possíveis intercorrências durante a diálise e tomar as medidas cabíveis com presteza e rapidez, pois a vida do paciente pode depender de muitas dessas providências. Podem ocorrer durante a diálise: hipotensão e choque, em geral, devido à hipovolemia; parada cardíaca; frio e tremor, náuseas e vômitos; sintomas cerebrais e problemas na cânula como a diminuição do fluxo sanguíneo.<sup>15</sup>

*[...] a Enfermagem do serviço de diálise foi muito importante na minha vida porque todo o período que eu passei no hospital foi de negatividade. Antes de voltar para casa, nós tivemos aulas, durante uma semana, para aprender a fazer o procedimento [...].*

Entende-se que, apesar da escolha da diálise peritoneal, os pacientes mais idosos são menos indicados à PD, uma vez que se faz necessária a ajuda de uma terceira pessoa. Essa modalidade de terapia aumenta a independência do paciente e é uma opção válida frente à hemodiálise, pois coloca desafios e limitações técnicas inerentes a pacientes como hipotensão e arritmias, além de que o regime de PD é fisiologicamente mais suave. Riscos de perda cognitiva e demência foram relatados em maior número entre usuários de HD. Somado a isso, tem-se, ainda, o grande custo trazido pelos deslocamentos até as unidades de HD.<sup>16</sup>

*[...] ao chegar em casa, minha mãe fez o primeiro procedimento de diálise. Ela não suportou e desmaiou nos meus pés, estava em pânico. O processo de diálise peritoneal facilita a infecção e muitos pacientes não conseguem manter-se em casa. Em cinco anos fazendo diálise, nunca fiz o procedimento sozinha. A diálise acontecia em um quarto da casa, reservado, fechado, e só eu e o acompanhante. O quarto não podia ter móveis, apenas a cama e uma mesinha para as fraldas, garrafas de álcool 70%, máscaras descartáveis e um suporte para o soro.*

Revela-se que apenas 10% dos brasileiros fazem uso da diálise peritoneal, sendo o óbito e a peritonite as principais causas de saída do tratamento e o *Staphylococcus aureus*, o principal agente infeccioso no Brasil. A

peritonite está relacionada principalmente à técnica inadequada durante o manuseio da bolsa ou conexão com o cateter. Embora seja raro, a peritonite pode levar ao óbito e é considerada fator contribuinte em 16% dos casos.<sup>17</sup>

Percebe-se que, apesar de a causa principal de óbito na população, em geral, ser por doenças cardiovasculares, quando comparado em pacientes que realizam tratamento renal substitutivo (TRS), esse valor aumenta exponencialmente. Isso pode ser explicado porque, além dos pacientes com doença renal sofrerem influência de risco cardiovascular tradicional (hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade), o que não é visto pela paciente deste estudo, pacientes com doença renal crônica passam a sofrer influências de novos fatores devido ao declínio da função renal. Esses fatores incluem: anemia, hipervolemia, albuminúria, aumento do estresse oxidativo, inflamação crônica e alterações do metabolismo cálcio x fósforo. Igualmente, as alterações da doença renal crônica são consideradas fatores de risco para as doenças cardiovasculares.<sup>18</sup>

*[...] a função cardíaca e pulmonar fica prejudicada, o intestino fica desregulado de forma que o paciente não possui fezes sólidas, existindo muita diarreia e vômitos. Meu coração ficou crescido e eu perdi muito peso. Cheguei a pesar 28kg quando meu peso normal era 45kg, fiquei com o rosto abatido e inchado.*

Lembra-se que existem algumas alternativas de tratamento para o paciente renal crônico, como a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal, embora nenhuma seja considerada curativa, mas, sim, substitutiva. Entre elas, o transplante renal é considerado o melhor método para o paciente renal crônico terminal por promover melhor qualidade de vida e menor mortalidade.<sup>19</sup>

Evidencia-se que a avaliação psicológica inclui o receptor e o doador do rim. Além disso, existe acompanhamento para a família. A função do psicólogo vai desde o tratamento até o transplante. E ajuda o paciente a conseguir encarar uma jornada difícil e desestimulante. Em casos onde o doador é vivo, o ideal é que seja espontâneo, que não haja pressão de nenhuma forma. A entrevista psicológica com o doador visa a esclarecer todo o processo cirúrgico e, também, a recuperação, preparando-o para uma possível rejeição do rim por parte do receptor.<sup>20</sup>

*[...] e, durante o tratamento da diálise, surgiu a ideia do transplante. Vieram me perguntar o que eu achava da ideia. É quando você vê o quanto é grave. Você*

*pensa: paralisou um órgão, vou morrer. Eu não podia nem beber água, tudo era limitado, a quantidade que eu tomava cabia naqueles copinhos de café pequenos para tomar os comprimidos.*

Enfatiza-se que a dependência do tratamento dialítico e a mudança no estilo de vida imposta pela doença renal podem desencadear modificações de comportamento que incluem a diminuição da libido e da autoestima. Além disso, existem outros fatores que podem colaborar para as mudanças comportamentais tais como fadiga, anorexia e os distúrbios do sono.<sup>21</sup>

*[...] eu ficava pelos cantos das paredes, murcha. Passei dois meses depressiva, sem querer sair do quarto nem para comer, nem para tomar banho e muito menos falar com ninguém. [...] foi a fé que me fez passar por tudo isso. Algumas vezes, eu quis me entregar, já estava morrendo e queria desistir. Ai, minha mãe me incentivava, meu doador me incentivava.*

Compreende-se que, na dimensão da vitalidade, esses resultados refletem o sentimento de cansaço e esgotamento corroborando pesquisas sobre fadiga em pacientes renais crônicos em hemodiálise. A fadiga está significativamente associada à presença de sintomas como problemas do sono, limitação por aspectos físicos e depressão.<sup>5</sup>

Evidencia-se que, no tocante à fé cristã, predominaram aqueles que têm fé em Deus (94%), e as crenças religiosas funcionam como mediadoras cognitivas, pela interpretação dos eventos adversos de maneira positiva, podendo favorecer a adaptação das pessoas à condição de saúde.<sup>22</sup>

*[...] ela se retirou da igreja e nos deixou lá sentadas. Algum tempo depois, ela voltou à igreja e me entregou o terço. Disse o seguinte ao me entregar o terço: "Nossa Senhora Aparecida mandou te entregar!".*

Afirma-se que a participação da família é essencial, uma vez que assume funções de proteção e socialização de seus membros. A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e à doença que são expressas e demonstradas por meio dos comportamentos de saúde-doença de seus membros.<sup>22</sup>

*[...] fiquei um mês internada no Hospital, já transplantada, e minha mãe foi minha grande companheira.*

Percebeu-se, quanto ao domínio físico da qualidade de vida antes e após o transplante renal, melhora significativa em todos os aspectos analisados, com redução do impacto da dor e da percepção sobre a necessidade de

tratamento, melhora da energia, da satisfação com o sono, da capacidade de locomoção, da capacidade de desempenhar tarefas do dia a dia e da capacidade para o trabalho.<sup>21</sup>

*[...] a fome foi voltando devagar e meu peso começou a se adequar. Em dois meses pós-transplante, estava pesando 50kg. Quando me operei, estava pesando 28 kg. Em 72 horas de cirurgia, já voltei a urinar e foi uma das maiores emoções após cinco anos de tanto sofrimento.*

## CONCLUSÃO

Entende-se que o avanço técnico-científico tem contribuído para que o transplante renal seja considerado a melhor opção para o portador de insuficiência renal crônica. O transplante melhora a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que reintegra atividades produtivas e o ciclo social que foi perdido pelo doente. Pôde-se identificar, por meio deste estudo, que fatores relacionados à crença e também ao apoio da família e amigos podem ser determinantes na recuperação do paciente. Ressalta-se, então, que a pesquisa foi de grande valia não apenas para os que fazem parte da equipe, mas, também, para o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, já que a realização de pesquisas desse cunho promove o aumento do conhecimento dos profissionais e discentes nela envolvidos ou que dela usam para ter um referencial, além de contribuir com o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência.

## REFERÊNCIAS

1. Manfro RC, Carvalhal GF. Kidney transplantation. Rev AMRIGS. 2003 Jan/Mar; 47(1):14-9, Disponível em: <http://amrigs.org.br/revista/47-01/Transplante%20renal.pdf>.
2. Freire ILS, Mendonça AEO, Pontes VO, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Brain death and care in maintaining the potential of organ and tissue transplant donors. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2017 Nov 14];14(4):903-12. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a19.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a19.pdf)
3. Schettino G. Paciente crítico: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; 2006.
4. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação [Internet]. Braz J Nephrol. 2004 [cited 2017 Nov 14];26(3 Suppl 1):1-3. Available from: <http://www.bjn.org.br/details/1183/pt-BR/doenca-renal-cronica--definicao--epidemiologia-e-classificacao>

5. Martins MR, Ismael CCB. Quality of life in chronic kidney failure patients receiving hemodialysis treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005 Oct; 13(5): 670-6. PMID: 16308623 DOI: [/S0104-11692005000500010](https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010)

6. Freitas TF, Oliveira ERV, Vellinho LPB, Rocha PNM, Monteiro LAH, Souza SR. Enfermagem e ações educativas em portadores de insuficiência renal crônica. *R pesq cuid fundam online*. 2010; Oct/Dec; 2(suppl):434-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%25p>

7. Antunes M, Corso D, Brock F, Fortes VLF, Bettinelli LA, Pomatti DM. Quando uma máquina mantém a vida: o itinerário do idoso renal crônico em hemodiálise. *Rev Contexto Saúde*. 2013 Jan/June; 11(20):1283-6, 2013 Doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.1283-1286>

8. Klüber-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Jan 22]. Available from:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

10. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. 5th ed. São Paulo: Loyola; 2005.

11. Salas IYA, Piedrahita LD, Gonzalo ÁL, Avendaño E, Bedoya G, Restrepo BN. Associated factors to plasma leakage in dengue patients from Antioquia and Chocó between 2000 and 2013. Colombia. *CES Med* [Internet]. 2015 Jan/June [cited 2016 June 15];29(1):23-4. Doi:

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v29n1/v29n1a3.pdf>

1. Pinto FA, Martínez S, Fuentes M, Borrero E. Analysis of delays in healthcare in people seriously ill or dead from dengue in five cities in Colombia. *Physis*. 2015 June; 25(2): 571-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200013>

12. Gonçalves FA, Dalosso IF, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT, et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba-PR. *J Bras Nefrol*. 2015 Oct/Dec; 37(4):467-4. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150074>

13. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra E, Ascencio-Mera CD, Díaz-Medina BA, Padilla-Altamira C, Kierans C. Kidney transplant

patients without social protection in health: what do patients say about the economic hardships and impact? *Cad Saúde Pública*. 2014 Oct; 30(10):2092-100. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00150713>

14. Ciconelli MIRO, Alvares LH. O trabalho da enfermeira na unidade de hemodiálise. *Rev Bras Enferm*. 1974 Dec; 27(4):499-509. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719740004000009>

15. Campos A, Malheiro J, Teixeira L, Santos S, Carvalho MJ, Cabrita A, et al. Peritoneal dialysis dropouts in different age and era cohorts: focus on the elderly. *Port J Nephrol HYPert* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25];29(4):41-8. Available from: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nep/v30n1/30n1a04.pdf>

16. Figueiredo AE, Poli-de-Figueiredo CE, Meneghetti F, Lise GAP, Detofoli CC, Silva LB. Peritonitis in patients on peritoneal dialysis: analysis of a single Brazilian center based on the International Society for Peritoneal Dialysis. *J Bras Nefrol*. 2013 July/Sept;35(3):214-9. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130034>

17. Fernandes NMS, Chaoubah A, Bastos K, Lopes AA, Divino-Filho JC, Pecoits-Filho R, et al. Geography of peritoneal dialysis in Brazil: analysis of a cohort of 5,819 patients (BRAZPD). *J Bras Nefrol*. 2010 July/Sept; 32(3):268-74. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000300008>

18. Brito DCS, Paula AM, Grincenkov FRS, Lucchetti G, Sanders-Pinheiro H. Analysis of the changes and difficulties arising from kidney transplantation: a qualitative study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 May/June; 23(3):419-26. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0106.2571>

19. Garcia MLP, Souza AMA, Holanda TC. Psychological assistance of the renal transplantation department at a university hospital. *Psicol ciênc prof*. 2005;25(3):472-83. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300011>

20. Mendonça AEO, Salvetti MG, Maia EMC, Silva ACO, Torres GV. Analysis of the physical aspects of quality of life of kidney recipients. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Feb; 49(1):76-81. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100010>

21. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adherence of chronic renal insufficiency patients to hemodialysis.

Submissão: 29/03/2018

Aceito: 24/07/2018

Publicado: 01/09/2018

### **Correspondência**

Ivson José Almeida Medeiros Júnior

Rua Gustavo Torres Troccoli, 55,

Bairro Pedro Gondin

CEP: 58031-144 – João Pessoa (PB), Brasil