

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO



As vivências das pessoas com o transplante renal

Bianca Pozza dos Santos

Pelotas, 2013

BIANCA POZZA DOS SANTOS

AS VIVÊNCIAS DAS PESSOAS COM O TRANSPLANTE RENAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, 2013

Folha de Aprovação

Autor: Bianca Pozza dos Santos

Título: As vivências das pessoas com o transplante renal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz
(Presidente)

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Margrid Beuter
(Titular)

Universidade Federal de Santa Maria

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Rosani Manfrin Muniz
(Titular)

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Liana Lautert
(Suplente)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Maria Elena
Echevarría Guanilo
(Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

Dedico este estudo

Primeiramente gostaria de dedicar às pessoas transplantadas que participaram e, com boa vontade, colaboraram para a realização deste estudo.

E aos Serviços de Nefrologia, principalmente aquelas pessoas que se mostraram interessadas e contribuíram para a realização deste estudo.

Agradecimentos

Com grandes superações e muitas realizações, o presente estudo é a conclusão de mais uma etapa, sendo essencial expor alguns agradecimentos:

A DEUS

Primeiramente, sempre agradecerei a Deus por tudo o que fez em minha vida e por tudo o que ainda irá fazer.

Agradeço por me mostrar que sou protegida, guiada e iluminada pela sua presença divina.

Agradeço por mostrar saídas aonde parecia não haver escapatória.

Agradeço pela sua compaixão, pela sua graça, pela sua bondade, que estiveram sempre presentes, sustentando-me nos momentos mais difíceis.

Agradeço pela alegria de viver, por minha família, pelos meus amigos, pelos dons que me deste e pelas conquistas que permitiram eu crescer a cada dia.

AOS MEUS PAIS

A jornada parecia árdua e difícil. O desânimo tentava se apossar por vezes, entretanto, o lembrar de suas faces preocupadas e envelhecidas no decorrer desses anos, me impulsionava a lutar sempre. Obrigada, muito obrigada pelo silêncio, quando eu reclamava e pelas palavras de estímulo quando eu me calava.

Agradeço pelos meus dias de mau humor, em que vocês me acalmaram com os seus colos.

Agradecerei eternamente os seus trabalhos, as suas orações, os seus apoios incondicionais para me dar o melhor.

Portanto meus amados pais, esta conquista é de vocês, pois sempre estiveram ao meu lado nas horas que chorei e nas horas que sorri, nas horas que me lamentei e nas horas que demonstrei total alegria...

Vocês fizeram, fazem e farão parte de minhas conquistas ao longo dos anos.

A ORIENTADORA

Agradeço a querida professora Jda Schwartz por ter transformado a minha forma de ver os fatos.

Agradeço por ter acreditado em mim, apesar do jeito que sou. Por ter aceitado me orientar, apesar dos meus defeitos e ter me ajudado a alcançar conquistas. É referência de sabedoria e de generosidade.

Agradeço pelo seu ensinamento, por tudo o que me fez passar. Sei que foi para o meu bem, tanto trabalho não foi em vão.

AOS PROFESSORES DA PÓS-GRADUAÇÃO

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel, pelos ensinamentos e pela colaboração. Vocês foram grandes referências para mim.

Muito obrigada por terem compartilhado saberes e experiências. Vocês são responsáveis pela ciência produzida nesta Universidade, e por causa disso, eu me orgulho.

AOS COLEGAS DO MESTRADO

Nós sentamos dia após dia, compartilhando nossas tarefas, nossos sonhos, nossos medos, nossos erros.

Vocês que um dia foram estranhos e se transformaram em queridos amigos, quero agradecer por nunca ter ficado só. Como é bom saber que tenho amigos e que podia contar sempre.

Sou grata a Deus por ter conhecido tantas pessoas boas, dignas e de coração aberto. Quero agradecer a vocês por tudo. Em especial por estar ao meu lado, sempre. Saiba que eu também quero fazer por vocês o que vocês fizeram por mim.

Agradeço pelas amizades que tenho tão queridas, Andrieli, Camila, Gabriella, Mônica, minhas parceiras de trabalhos, em que certamente, o produto final resultou em grandes frutos para a nossa formação.

A Andrea Duarte e a Andréia Coelho, que me receberam nos Municípios de Piratini e de Canguçu e se disponibilizaram a ajudar nas minhas coletas de dados.

Em especial a Aline e a Daniela, por terem se tornado grandes amigas e por dividir comigo momentos especiais, que de certa forma, aliviavam a sobrecarga de trabalho.

A BANCA DE QUALIFICAÇÃO

Agradeço as professoras Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Margrid Beuter, Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Rosani Manfrin Muniz, Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Celmira Lange e Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Maria Flena Fchevarria Guanilo, por participarem da minha Banca de Qualificação, e terem realizado contribuições que proporcionaram a concretização deste estudo.

A BANCA DE DEFESA

Agradeço respeitosamente as professores Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Margrid Beuter, Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Rosani Manfrin Muniz, Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Liana Lautert e Prof^ª. Dr^ª. Inf^ª. Maria Flena Fchevarria Guanilo, por participarem da minha Banca de Defesa, momento esse tão especial para mim. Fico imensamente lisonjeada por fazerem parte de uma nova era em minha vida. Muito obrigada!

AOS TRÊS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA DE PELOTAS, RS

Agradeço aos responsáveis pelas Instituições Hospitalares, que me receberam, me escutaram, olharam atentamente para este estudo e com boa vontade, acreditando no potencial, liberaram a realização.

Agradeço aos funcionários dos três Serviços de Nefrologia – Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa e Hospital Universitário São Francisco de Paula – que interessados em meu estudo, se dispuseram a me ajudar, estando sempre disponíveis e receptivos com a minha pessoa.

AOS ENTREVISTADOS

Agradeço aos meus entrevistados, que com muita boa vontade, abriram as portas de suas residências, ou até mesmo, se disponibilizaram a me encontrar em outros locais para participarem do estudo.

Agradeço por terem acreditado na realização do mesmo e por terem compartilhado comigo as suas vivências.

A DEBORA E A TREICI

Agradeço pela dedicação e pela disponibilidade em me ajudar. Foi um prazer conhecer vocês e dividir os trabalhos realizados, espero que nos próximos continuamos juntas.

A CAPES

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa concedida. No primeiro ano sem o seu apoio, foi difícil vivenciar tantas dificuldades, tantos medos, frustrações, e principalmente, o desânimo tomando conta de mim. Infelizmente devo considerar que a preocupação da falta do dinheiro atrapalhava no rendimento e na vontade de continuar seguindo em frente com este estudo.

Enfim, agradeço...

Pelas noites que duraram só um momento e pelos dias que se fizeram longos.

Pelo sol que iluminou o meu caminho, pela chuva que me abençoou e pelo vento que me impulsionou

Pela lua que brilhou e pelas estrelas que sorriram para mim

Pelo frio que me acalmou e pelo calor que me animou.

*Serei eternamente grata a todas as pessoas, que de alguma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo. **Muito Obrigada!***

Que Deus abençoe a todos!!!

... a vida continua...
... e se entregar é uma bobagem ...
(Legião Urbana – Vento no Litoral)

Resumo

SANTOS, Bianca Pozza dos. **As vivências das pessoas com o transplante renal**. 2013. 147f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A insuficiência renal crônica consiste na perda das funções realizadas pelos rins, levando a graves problemas na saúde da pessoa. Entre os tratamentos adotados, o transplante configura-se na melhor modalidade terapêutica por proporcionar qualidade de vida. Mesmo o sendo bem sucedido, ele não significa a cura, a pessoa continua a ser portadora da doença renal. Assim, ela passa a depender de cuidados que visam à manutenção da saúde. Este estudo objetivou conhecer as vivências das pessoas com o transplante renal por meio da Técnica dos Incidentes Críticos, possuindo caráter qualitativo, do tipo descritivo. Foram entrevistadas 20 pessoas com o transplante renal, durante o período de maio a julho de 2013. A abordagem foi realizada por meio do contato telefônico, no intuito de convidar os transplantados a participar do estudo. Após o aceite, foram agendados os encontros. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Após, realizou-se a análise de conteúdo, por meio de uma leitura minuciosa e contínua, de modo a isolar a situação ocorrida, os comportamentos emitidos e as consequências resultantes, classificando-os de forma positiva e/ou negativa. Houve 683 incidentes críticos. Desses, 450 situações (272 positivas e 178 negativas), 141 comportamentos (108 positivos e 33 negativos) e 92 consequências (19 positivas e 73 negativas). Perante esses achados, observou-se que o transplante promove uma melhora na qualidade de vida, ao libertar a pessoa com insuficiência renal crônica do tratamento dialítico. Ademais, permite o retorno às atividades sociais, laborais e intelectuais, que foram rompidas após o estabelecimento da doença, melhorando assim, o estado físico e psicológico. Entretanto, a pessoa não está livre da doença renal, uma vez que passa a adotar novos cuidados com a saúde, atentando à alimentação, à ingesta hídrica, à higiene, aos medicamentos imunossupressores, além das restrições em algumas atividades e das constantes revisões clínicas, convivendo ainda, com o risco da rejeição do órgão transplantado e a possibilidade de retorno à terapia dialítica. Como fatores preocupantes que possam acarretar limitações na vida, bem como prejuízos na manutenção da saúde, destacaram-se a presença de efeitos colaterais das medicações imunossupressoras, a falta de orientações sobre como proceder em determinadas ocasiões e a assistência deficitária do sistema de saúde. Em virtude da ocorrência de fatores, tanto positivos, quanto negativos, implicados na vida da pessoa com o transplante renal, acredita-se que a Técnica dos Incidentes Críticos utilizada neste estudo, contribuiu para o conhecimento da sua vivência.

Palavras-Chave: Insuficiência Renal Crônica. Transplante de Rim. Acontecimentos que Mudam a Vida. Análise e Desempenho de Tarefas. Enfermagem.

Abstract

SANTOS, Bianca Pozza dos. **Experiences of people with kidney transplantation.** 2013. 147f. Dissertation (Master) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The chronic kidney insufficiency consists in a loss of functions performed by kidneys, carrying to serious problems in person's health. Among the adopted treatments, the transplantation sets up itself in the best therapeutic modality once it provides quality of life. Even when successfully carried on, it doesn't mean cure, the person still being carrier of kidney disease. In this way, the person becomes dependent of care which aims the health maintenance. This study aimed to know the experiences of people with kidney transplantation through the Technique of Critical Incidents, having a qualitative approach, descriptive. Twenty people with kidney transplantation were interviewed, during the period of May to July of 2013. The approach was performed through telephone contact, in order to invite the transplanted people to participate of the study. After accepted, the meet were scheduled. Data collection occurred through semi structured interviews. After this, it was performed the content analysis, through a thorough and continuous reading, aiming to isolate the occurred situation, emitted behaviors and the results consequences, classifying them as a positive form and/or negative one. There were 683 critical incidents. Of these, 450 situations (272 positives and 178 negatives), 141 behaviors (108 positives and 33 negatives) and 92 consequences (19 positives and 73 negatives). In front of these findings, it was observed that the transplantation promotes an improvement in the quality of life, once it releases the person with chronic kidney insufficiency from dialysis. Moreover, it allows the return to the social, labor and intellectual activities, which were interrupted after the "coming" of the disease, improving in this way the physical and psycho posture. However, the person is not off of the kidney disease, once she needs to take new cares with her health, paying attention to food and fluid intake, to hygiene, to immunosuppressive drugs, further the restrictions in some activities and about the constant clinical reviews, living with the risk of organ transplanted rejection and the possibility of return to de dialysis. As worrying factors that can cause limitations in life, as well losses in the maintenance of health, it was highlighted the presence of collateral effects of immunosuppressive drugs, lack of guidelines about how behave in certain occasions and the deficient assistance of the health system. Upon the occurrence of factors, positives as negatives, implicated in the life of a person with kidney transplantation, it is believed that the Technique of Critical Incidents used in this study contributed to the knowledge of the person's living.

Keywords: Renal Insufficiency, Chronic. Kidney Transplantation. Life Change Events. Task Performance And Analysis. Nursing.

Sumário

Apresentação	11
I Projeto do estudo	13
II Relatório do trabalho de campo	87
III Artigos com os principais resultados do estudo	102

Apresentação

O presente estudo foi elaborado como requisito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEEn), Nível Mestrado Acadêmico, da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

O PPGEEn tem como área de concentração “Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde”. Este estudo foi desenvolvido na linha de pesquisa “Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural”, sendo orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Eda Schwartz.

O estudo trata-se de um recorte da pesquisa intitulada “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”, sob a coordenação da Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Eda Schwartz. Possui uma abordagem qualitativa do tipo descritivo, adotando-se como método, a Técnica dos Incidentes Críticos.

De acordo com o Regimento do Programa, esta Dissertação é composta das seguintes partes:

I Projeto do estudo: Qualificado no dia 27 de fevereiro de 2013. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela Banca Examinadora da Qualificação.

II Relatório do trabalho de campo: Descreve a trajetória percorrida pela mestranda, desde a escolha do tema até a construção do artigo, com os principais resultados do estudo.

III Artigo com os principais resultados do estudo: Após a aprovação pela banca examinadora e a incorporação de sugestões, haverá as seguintes ocorrências: o artigo intitulado “Os incidentes críticos das pessoas que vivenciam o transplante renal: situações encontradas” será submetido à publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem, qualis A1; o artigo intitulado “Transplante renal: análise comportamental a partir da Técnica dos Incidentes Críticos”, será submetido à

publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP, qualis A2; o artigo intitulado “Consequências atribuídas ao transplante renal: Técnica dos Incidentes Críticos” será submetido à publicação na Revista Texto & Contexto Enfermagem, qualis A2.

I Projeto do estudo

BIANCA POZZA DOS SANTOS

AS VIVÊNCIAS DAS PESSOAS COM O TRANSPLANTE RENAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, 2013

Lista de Figuras

Figura 1 – Síntese das publicações analisadas, 2012	50
Figura 2 – Principais resultados encontrados nas publicações analisadas, 2012	51
Figura 3 – Ficha para o registro dos incidentes críticos	63
Figura 4 – Cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante a elaboração da pesquisa	67

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Recursos humanos e plano de despesas necessários para o desenvolvimento do projeto do estudo. Pelotas, 2013	65
Tabela 2 – Recursos materiais e plano de despesas necessários para o desenvolvimento do projeto do estudo. Pelotas, 2013	66

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABTO	– Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CCPD	– Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Cicladora
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CIHDOTT	– Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CNCDO	– Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNNCDO	– Central Nacional de Notificação para Captação e Doação de Órgãos
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
DECS	– Descritores em Ciências da Saúde
DPA	– Diálise Peritoneal Automatizada
DPAC	– Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPI	– Diálise Peritoneal Intermitente
FAPERGS	– Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FAV	– Fistula Artério-Venosa
GTA	– Grupo Técnico de Assessoramento
HLA	– Human Leucocyte Antigen
HUSFP	– Hospital Universitário São Francisco de Paula
IDH	– Índice Demográfico Humano
IRA	– Insuficiência Renal Aguda
IRC	– Insuficiência Renal Crônica
LILACS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NUCCRIN	– Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces
pmp	– Por Milhão de Pessoas
PROBEC	– Programa de Bolsas de Extensão e Cultura
PUBMED	– Publicações Médicas
RS	– Rio Grande do Sul
SIPAC	– Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SNT	– Sistema Nacional de Transplantes
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC	– Técnica dos Incidentes Críticos
UCPel	– Universidade Católica de Pelotas
UFPeI	– Universidade Federal de Pelotas
USP	– Universidade de São Paulo

Sumário

1 Introdução	21
1.1 Objetivos	24
1.1.1 Objetivo geral	24
1.1.2 Objetivos específicos	24
1.2 Pressupostos	25
2 Revisão de literatura	26
2.1 A insuficiência renal e os tratamentos adotados	26
2.2 Caracterização do transplante renal	29
2.3 A história do transplante renal	33
2.4 Aspectos éticos e legais do transplante	38
2.5 A legislação brasileira do transplante	41
2.6 Epidemiologia do transplante no Brasil	44
2.7 A vida com o transplante renal	46
3 Metodologia	54
3.1 Caracterização do estudo	54
3.2 Local do estudo	57
3.3 Sujeitos do estudo	57
3.4 Critérios para a seleção dos entrevistados	58
3.4.1 Critérios de inclusão	58
3.4.2 Critérios de exclusão	59
3.5 Procedimentos éticos	59
3.6 Procedimentos para a coleta de dados	61
3.7 Análise dos dados	63
3.8 Divulgação dos resultados	63
4 Orçamento	65
4.1 Recursos humanos e materiais	65
4.1.1 Recursos humanos e plano de despesas	65
4.1.2 Recursos materiais e plano de despesas	66

5 Cronograma	67
Referências	69
Apêndices	77
Anexo	85

1 Introdução

A autora deste projeto vem desde 2009 trabalhando, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em um grupo de pesquisa que focaliza as condições crônicas de saúde, dentre elas, a insuficiência renal crônica (IRC). Durante esses anos, inicialmente como bolsista do Programa de Bolsas de Extensão e Cultura (PROBEC) pelo Projeto de Extensão Internato em Enfermagem Nefrológica, coordenado pela professora Eda Schwartz, e após como voluntária, pode-se conhecer e conviver com as pessoas em tratamento renal substitutivo, com os seus familiares e com a equipe multiprofissional do serviço de nefrologia.

Em virtude de participar desse projeto de extensão e de manter contato com os demais membros do grupo de pesquisa, a escolha do tema para o desenvolvimento deste estudo, procedeu-se da necessidade sentida em trabalhar com pessoas transplantadas renais. Uma vez que os projetos de pesquisa desenvolvidos na graduação e na pós-graduação, os quais abordavam a área da nefrologia, abrangiam pessoas em diálise peritoneal (ZILLMER, 2007), em hemodiálise (FONSECA, 2003; GONÇALVES, 2010; LIMA, 2012; OLIVEIRA, 2012) e profissionais de saúde (DUARTE, 2012).

Então, por ainda não haver sido realizados estudos que abrangessem o transplante renal e por ter experiência em assistir as pessoas em tratamento dialítico que já tinham vivenciado o transplante renal, suscitou interesse em conhecer esta complexidade, de modo a promover um conhecimento sobre a vivência da pessoa com esta modalidade terapêutica. Embora a realização do transplante seja uma realidade brasileira comum, pois entre 31 países, o Brasil ocupa o segundo lugar em número de transplantes renais (RBT, 2012), as publicações científicas em revistas nacionais são escassas nessa área (GARCIA; ABBUD FILHO, 2007).

Assim, dentre os tratamentos para a IRC, o transplante renal configura-se como a opção favorável, considerando os custos para os sistemas de saúde e para a pessoa. Todavia, o processo de transplantação é um procedimento recente, o qual iniciou em 1950, provocando impacto no cenário médico-científico, se estendendo a toda sociedade, uma vez que envolve, além de aspectos referentes ao progresso da medicina e da alta tecnologia, a subjetividade humana. Isto é, o transplante mobiliza sentimentos e emoções, havendo nesse sentido, uma associação direta com a representação da vida e da morte (FONTOURA, 2012).

Nesse aspecto, o transplante renal constitui-se em uma modalidade terapêutica que proporciona um retorno às atividades habituais para a maioria das pessoas com IRC (CALLAGHAN; BRADLEY, 2006). Ademais, é compreendido como fator de motivação para a retomada de sonhos e de planos para o futuro. Apesar de não ser um tratamento que promova a cura, proporciona às pessoas melhora na qualidade de vida, permitindo reviver o bem-estar físico e emocional, a realização de sonhos e de novos projetos, tomados de fé, de esperança, de felicidade e de liberdade, até então impossibilitados em decorrência do tratamento dialítico (SILVA, F. S., 2011).

As oportunidades reconquistadas pelas pessoas após o transplante renal, permitem-lhes planejar o futuro com segurança, desenvolver projetos de vida e escolhas, recuperando assim, a autonomia que foi perdida perante o estabelecimento da doença (FONTOURA, 2012). Inclusive, podem ter uma dieta mais próxima do normal e ingerir líquidos de forma menos restritiva. O mesmo pode se afirmar com a atividade física, no qual terá maior autonomia (MARINHO et al., 2005).

Embora o transplante renal seja um recurso terapêutico importante, a cirurgia não representa a cura da IRC, mas sim a possibilidade de uma nova perspectiva de vida e de tratamento, o qual incluirá o acompanhamento médico contínuo, o uso de medicação imunossupressora e a adesão a um plano de cuidados que visa à manutenção da saúde (SILVA et al., 2011). Também cabe enfatizar, que o processo de transplantação renal representa um desafio, por envolver doadores vivos e/ou falecidos, decisões familiares complexas, possibilidade de perda do órgão transplantado, crenças e significados atribuídos (SILVA, D. R. S., 2011).

Ainda, o transplante renal é um dos tratamentos de escolha na IRC, por proporcionar aumento dos anos de vida com qualidade, comparado às outras modalidades terapêuticas. Muitas vezes para a pessoa, ele significa a independência da máquina de diálise e, conseqüentemente, a cura da doença. Contudo, mesmo o transplante sendo bem sucedido, a pessoa continua a ser portadora de uma doença crônica como a IRC. Dessa forma, ela passa a depender de medicamentos, precisando adaptar-se a uma dieta restrita, assim como, ter cuidados rigorosos com a higiene. O acompanhamento médico ambulatorial é frequente e sua vida passa a ter algumas restrições, levando-a muitas vezes, ao sofrimento psíquico (LIRA; GUEDES; LOPES, 2005; FONTOURA, 2012).

As pessoas submetidas ao transplante renal necessitam aderir a um rigoroso esquema medicamentoso (os imunossupressores são responsáveis pelo funcionamento do órgão), ficam expostas aos efeitos colaterais, os quais podem interferir nos aspectos físicos e psicológicos. Quanto às alterações físicas, está o ganho de peso, em função do uso de esteróides que acentuam o apetite. Outro fator que contribui para as mudanças na aparência física é a dieta liberal. Após anos de restrições alimentares, devido à realização da diálise, a pessoa transplantada experimenta a liberdade de comer (FONTOURA, 2012).

Desta forma, há a existência de contrapontos que permeiam a vida da pessoa com o transplante renal. Tal situação pode arremeter-se a recusa aos medicamentos imunossupressores, a falta nas consultas ambulatoriais de rotina e a mudanças de comportamento para os menos saudáveis. Esses fatores negativos que levam a não-adesão ao tratamento podem acarretar em graves conseqüências. Inclusive, levando a incidência de rejeição aguda, rejeição aguda tardia, rejeição crônica com a perda do órgão transplantado, retransplantes e, até mesmo, ao óbito (SILVA, F. S., 2011).

O prolongamento da vida dessas pessoas é um desafio aos profissionais envolvidos no processo de transplantação renal. Visto que é preciso compreender como ocorre a interação entre os diversos fatores que estão relacionados ao aumento da sobrevida, principalmente com qualidade, tais como: as questões psicossociais, a adesão ao tratamento, o ajustamento, o suporte social e familiar (FONTOURA, 2012). Ademais, não é raro haver relatos de infelicidade, solidão e dificuldades de se reintegrar à sociedade, além de manter uma acentuada dependência aos procedimentos e da própria equipe de saúde (SILVA, F. S., 2011).

Em meio aos inúmeros fatores, tanto positivos, como negativos, aos quais permeiam o transplante renal, é preciso atentar-se à relação que a pessoa estabelece com a IRC e essa terapêutica. De tal modo, que a significação da doença se vincula às organizações mentais, interferindo na forma e no sentido que a pessoa dá a sua nova vida (SILVA, F. S., 2011). Nesse contexto, acredita-se que a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC) a ser utilizada neste estudo, constituir-se-á em um método que contribuirá para a visibilidade de possíveis problemas advindos da realização do transplante renal, além de abordar alternativas de soluções e ressaltar os eventos positivos, auxiliando as demais pessoas submetidas ao transplante à tomada de estratégias eficazes.

Essa técnica possibilita conhecer as perspectivas das pessoas, assim como, se sucederam as situações consideradas significativas. Perante esse entendimento, é possível aos profissionais de saúde compreender muitos dos comportamentos apresentados (CARLUCCI et al., 2007), além das consequências. Portanto, o presente estudo almeja a concretização de um trabalho que favoreça o conhecimento sobre a vivência da pessoa com o transplante renal, a fim de, futuramente, nortear condutas no sentido de colaborar com a maior sobrevida do órgão transplantado e à promoção da qualidade de vida. Assim, a questão que norteará esta investigação é **“Quais as vivências das pessoas com o transplante renal, por meio da Técnica dos Incidentes Críticos?”**

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Conhecer as vivências das pessoas com o transplante renal, utilizando a Técnica dos Incidentes Críticos.

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar as situações vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal.

Apontar os comportamentos das pessoas com o transplante renal.

Descrever as consequências atribuídas ao transplante renal.

1.2 Pressupostos

Quando submetido ao transplante renal, a pessoa com IRC apresenta melhora das condições físicas de saúde e das relações sociais. Tais situações poderão favorecer o cumprimento de atividades laborais e intelectuais. Além disso, ela pode voltar a desempenhar as tarefas habituais que foram rompidas, após o estabelecimento da doença.

Em contrapartida, o seu estado psicológico é instável, pois apesar de sentir-se disposta e com maior autonomia para poder realizar suas atividades, ainda é dependente de cuidados, como o uso contínuo das medicações imunossupressoras. Dessa forma, estará sujeita a possíveis mudanças comportamentais. Consequentemente, poderá haver momentos de estresse em decorrência da rotina medicamentosa, dos possíveis efeitos colaterais e do medo da rejeição do órgão transplantado, convivendo, portanto, com a incerteza do resultado terapêutico.

2 Revisão de literatura

Para a construção da Revisão de Literatura, optou-se por traçar um panorama geral sobre o transplante renal. Diante disso, este capítulo é composto por sete subcapítulos. O primeiro faz referência à insuficiência renal e os tipos de tratamentos adotados. O segundo apresenta a conceituação do transplante, os tipos de doações existentes e o esquema terapêutico das medicações imunossupressoras. O terceiro aborda a história do transplante, as primeiras tentativas, traçando um panorama mundial até chegar à cidade de Pelotas. O quarto menciona os aspectos éticos e legais, ressaltando que a escassez de órgãos que retarda a realização do transplante pode estar atribuída a não detecção e a não notificação da morte encefálica, a não manutenção do doador falecido e a própria recusa familiar, devido aos fatores culturais e/ou religiosos. Ainda nesse subcapítulo, há exemplos do que tem sido realizado em alguns países para solucionar a escassez de órgãos. Já no quinto subcapítulo, referente à legislação, cita-se as leis e as portarias criadas no Brasil. O sexto expõe a epidemiologia, delineando somente o cenário brasileiro. E, no sétimo subcapítulo, ressalta-se de acordo com a literatura, como é a vida da pessoa com o transplante renal.

2.1 A insuficiência renal e os tratamentos adotados

A partir do século XX, as mudanças do perfil demográfico, nutricional e epidemiológico determinaram uma representação de risco, favorecendo a incidência de doenças crônicas (TOSCANO, 2004). Nesse sentido, as doenças crônicas podem surgir a partir de um período longo de latência e de um curso assintomático prolongado, sendo decorridos por múltiplos fatores de riscos (BARBOSA et al., 2006), que podem ser modificáveis ou não modificáveis.

Os fatores modificáveis incluem, por exemplo, a exposição ao tabagismo, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, a dislipidemia, a ingestão insuficiente de frutas e de hortaliças e a inatividade física (ISER et al., 2011). Já os fatores não modificáveis compreendem a idade, estando principalmente relacionada ao envelhecimento, a hereditariedade, o sexo e a raça (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

As doenças crônicas, ainda, podem acarretar mudanças nas atividades diárias da pessoa em diferentes níveis, ou até mesmo, levar à dependência de tecnologias avançadas como forma de tratamento, perdurando assim, por toda a vida (D'ANGELES, 2009). Dentre essas doenças, encontra-se a insuficiência renal, a qual consiste na perda das funções realizadas pelos rins, ocasionando graves problemas no funcionamento do organismo humano (SILVA, 2008).

A insuficiência renal pode ser aguda ou crônica. Na Insuficiência Renal Aguda (IRA), há uma perda rápida (poucas horas), porém temporária (algumas semanas) das funções renais. Desse modo, recomenda-se a diálise como forma de tratamento, perdurando até o momento em que as funções renais sejam restabelecidas. No caso da Insuficiência Renal Crônica (IRC), as funções dos rins são perdidas lentamente, mas de forma definitiva, fazendo-se necessário o tratamento permanente. Nesse sentido, duas possibilidades de tratamento são presumíveis para manter a vida da pessoa acometida por essa condição, a diálise e o transplante renal (DIAZ et al., 2007; SILVA, 2008).

Existem duas formas de proceder com a diálise: a diálise peritoneal e a hemodiálise. Embora sejam distintas, essas duas modalidades terapêuticas possuem a mesma finalidade, isto é, realizar artificialmente as funções dos rins doentes, não os curando, mas sim os tratando (SILVA, 2008). Contudo, esses dois tratamentos apenas realizam a depuração do sangue. Outras funções como o metabolismo de hormônios, no caso a eritropoetina, além da formação óssea e do balanço energético nutricional não são realizadas, podendo favorecer o surgimento de complicações em longo prazo, afetando a saúde física e psíquica das pessoas, prejudicando, de certa forma, o convívio no meio familiar e social (DIAZ et al., 2007).

Para a realização da diálise peritoneal, utiliza-se o peritônio da pessoa como membrana de troca. Assim, através do implante de um cateter na superfície da cavidade abdominal, é infundida uma solução hipertônica (BRENER, 2004). Há três formas de se proceder com a diálise peritoneal: a diálise peritoneal ambulatorial

contínua (DPAC), a diálise peritoneal automatizada (DPA) e a diálise peritoneal intermitente (DPI) (PEREIRA; GUEDES, 2009).

A DPAC pode ser realizada no próprio domicílio da pessoa, sendo efetuada por ela mesma, ou por um responsável. A DPAC exige em média quatro trocas diárias, com tempo de permanência de quatro a seis horas do líquido de diálise na cavidade peritoneal. Com relação à DPA, também conhecida como Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Cicladora (CCPD), pode ser desempenhada durante o período noturno, enquanto a pessoa dorme. Assim, essa fica conectada a uma máquina que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade. Por fim, a DPI geralmente é realizada duas vezes por semana, com duração mínima de 24 horas. Para se proceder com a DPI, é necessário ambiente hospitalar e pessoal qualificado (SILVA; SILVA, 2003).

Já na hemodiálise, a filtração do sangue ocorre por meio de um processo extracorpóreo de depuração, mediado pela membrana de um dialisador, que funciona como um rim artificial. Para a concretização desse tratamento, torna-se imprescindível a utilização de um acesso vascular. Esse pode ser temporário, como os cateteres de vaso profundo de duplo lúmen, ou permanentes, como a fístula artério-venosa (FAV) (SILVA; SILVA, 2003). As FAVs são estabelecidas por procedimento cirúrgico, visando à união de uma artéria com uma veia. Para realizar a hemodiálise, agulhas são inseridas dentro do vaso a fim de se obter o fluxo sanguíneo adequado, de modo a passar pelo dialisador (KOEPE; ARAÚJO, 2008).

A hemodiálise deve ser realizada, geralmente três vezes durante a semana, em um período de três a cinco horas, dependendo da pessoa. Essa rotina obriga a importantes restrições na dieta e na ingestão líquida, durante o período que compreende de um tratamento a outro. Além disso, as constantes idas ao serviço de nefrologia para realizar a hemodiálise, cria uma acentuada dependência, tanto física como psicológica, uma vez que essa terapêutica limita a atividade social e laboral (DIAZ et al., 2007).

Independente da modalidade terapêutica realizada pela pessoa, elas conferem a representação da perda, geralmente transitória, mas presente: a perda do próprio papel social. Ao decorrer dessa perda, sobrevém uma série de implicações, que podem ser físicas, psíquicas, emocionais ou familiares, provocando uma desestabilização, levando à pessoa, muitas vezes, ao desânimo, à impotência e à frustração. Assim, o transplante surge como uma saída, a qual contribui para uma

melhor qualidade de vida, uma vez que possibilita uma alternativa de melhora da doença, já que não há expectativa de cura (QUINTANA; WEISSHEIMER; HERMANN, 2011).

O implante de um rim funcional por meio do transplante renal, mesmo que rompa a dependência da diálise peritoneal e da hemodiálise e promova as funções renais necessárias para o bom funcionamento do organismo, não está isento de complicações. Ademais, para evitar a rejeição do órgão transplantado, a pessoa deve cumprir com o tratamento farmacológico, sendo esses, imunossupressores, os quais acabam proporcionando o aparecimento de efeitos colaterais, levando a transtornos biológicos, psíquicos e estéticos, limitando assim, a atividade física e intelectual (DIAZ et al., 2007; SILVA, 2008). Portanto, o transplante renal não encerra a necessidade de cuidados permanentes, já que esses serão realizados por toda a vida (CORRÊA, 2011).

2.2 Caracterização do transplante renal

O transplante compõe-se em uma terapêutica, a qual tem como finalidade a substituição de órgãos que perderam a sua função no organismo (SCHILICH, 2010). No caso do transplante renal, este consiste em um procedimento cirúrgico que visa à remoção de um rim sadio e em bom estado de uma pessoa chamada de doador, para a implantação em uma pessoa com a doença renal em estágio terminal, sendo essa denominada de receptor (MARINHO et al., 2005; D'ANGELES, 2009).

Nesse sentido, o rim sadio implantado terá a capacidade de manter a estabilidade hidroeletrolítica e excretora endócrina no organismo da pessoa transplantada. Tal procedimento cirúrgico demanda pré-requisitos biológicos, éticos e legais que não podem ser desconsiderados (SILVA, F. S., 2011).

O transplante pode ser considerado a melhor terapêutica para as pessoas com IRC (LUO et al., 2012), se constituindo, portanto, na última escolha de tratamento para o restabelecimento de todas as funções renais (MARINHO et al., 2005; SILVA, 2008). Assim, o novo rim, juntamente com um segmento do ureter do doador, é implantado pelo cirurgião na bexiga do receptor, permanecendo no corpo do mesmo, os rins que não funcionam mais (MARINHO et al., 2005).

O rim pode ser obtido tanto de um doador cadáver, quanto de um doador vivo relacionado ou não relacionado (doação intervivos) (SILVA, F. S., 2011). O

doador cadáver é o indivíduo em morte encefálica (natural ou acidental), cuja família autoriza a retirada dos órgãos para o transplante. O doador vivo relacionado trata-se de um parente até quarto grau ou cônjuge. Já o doador vivo não relacionado é alguém sem relação de parentesco ou afetivo com o receptor, que decide espontaneamente, sem repressão ou remuneração, doar um de seus rins (FERNANDES; GERMANO, 2011; MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011).

O principal fator limitante para o transplante com doador cadáver, é que apenas uma pequena fração das pessoas que vão ao óbito pode tornar-se doadora de órgãos. A retirada dos órgãos, nesse caso, somente é possível em pessoas com morte encefálica, apresentando destruição completa e irreversível do cérebro e do tronco cerebral, mas que mantêm, de forma temporária e artificial, os batimentos cardíacos, promovendo assim, a circulação sanguínea (GARCIA, 2006). Para esse caso, o potencial doador deve ser mantido sob cuidados intensivos, com atenção especial às condições hemodinâmicas, desejando-se evitar alteração na função dos órgãos (D'ANGELES, 2009).

Geralmente, a preservação dos órgãos de um doador cadáver ocorre em menos de 24 horas, como o coração, o fígado, o pulmão e o pâncreas. No caso dos rins, o tempo de preservação pode chegar até 48 horas. Para que não haja perdas significativas dos órgãos para a doação, é essencial que a logística do sistema de transplante seja eficiente (SILVA, 2008). Assim, a morte encefálica deve ser devidamente constatada por uma equipe médica. Ainda para o cumprimento do processo de transplantação, a pessoa deve manifestar em vida aos seus familiares, o desejo de se tornar doador (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011).

Referente à alocação de órgãos de doador vivo relacionado, entre parentes até o quarto grau, inclui-se: grau I – pais e filhos; grau II – avós e irmãos; grau III – tios e sobrinhos; grau IV – primos; além os de relação afetiva, neste caso, os cônjuges. O transplante com órgãos de doadores vivos não relacionados, como por exemplo, amigos, somente é permitido depois de amplo processo, envolvendo justificativa médica, autorização ética e judicial para o procedimento (MEDINA-PESTANA et al., 2011).

Enfatiza-se, também, que o doador vivo precisa de exames prévios e de atendimento psicológico, o qual será analisado o grau de motivação para o ato da doação (D'ANGELES, 2009). Além disso, no transplante intervivos exige-se o posicionamento dos pacientes, dos familiares e das equipes de saúde, em relação à

retirada de um órgão de uma pessoa sadia, em benefício a uma pessoa enferma (FERNANDES; GERMANO, 2011).

Quando o transplante renal é realizado adequadamente, ele passa a ser considerado a opção de tratamento ideal para as pessoas com IRC, em virtude dos baixos custos e dos melhores resultados (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Para tanto, a avaliação do receptor renal é importante para o sucesso do transplante a curto e a longo prazo. Nesse sentido, deve-se abranger uma história clínica, um exame físico minucioso, sistematizado, e posteriormente, uma avaliação integral realizada por uma equipe multidisciplinar. O trabalho profissional é composto por nefrologista, cirurgião, psiquiatra, assistente social e enfermeiro, os quais determinam, em conjunto, se a pessoa está ou não em condições de receber um transplante renal (CUELLAR-GONZALEZ; CORREA-ROTTER, 2005).

Destaca-se que, no Brasil, quando é constatada pelo médico a necessidade de transplante, a pessoa é colocada na fila de espera. Essa fila, seja de órgãos ou de tecidos, é única, mesmo possuindo ou não, condições financeiras. Ademais, o atendimento é por ordem de chegada, porém são considerados critérios técnicos, geográficos, de compatibilidade e de urgência (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011).

A priorização por fila única ocorre perante restrições, destacando-se que é imprescindível haver total compatibilidade clínica entre o órgão doado e o receptor (MARINHO, 2006). Porém, até julho de 2006, a seleção de receptores potenciais para o transplante renal era firmada no tempo de espera na lista. Isto é, a posição dos candidatos estava diretamente relacionada ao período decorrido da data de inscrição no Sistema de Lista Única. Outros critérios excludentes e de classificação também eram considerados e, se atendidos, validavam o candidato inscrito há mais tempo para realizar o transplante (PAURA; RIBEIRO; SILVA JUNIOR, 2011).

Destaca-se que o processo de distribuição do rim, se dá de acordo com a melhor compatibilidade, envolvendo o tipo sanguíneo, o *human leucocyte antigen* (HLA), ou seja, antígenos de histocompatibilidade humano, e a prova cruzada (*Cross-Match*) (MARINHO et al., 2005; KAMATH; KIM, 2007).

Como foi frisado, o transplante renal é o tratamento seguro e eficaz para as pessoas com IRC. Entretanto, o bom funcionamento do órgão transplantado se baseia na promoção da terapia imunossupressora adequada para evitar a rejeição (HELDAL et al., 2011). Destaca-se que no transplante intervivos, ocorre menos

episódios de rejeição crônica e aguda, comparado aos que são realizados com doador cadáver (GUERRA JUNIOR et al., 2010).

Os cuidados adotados e a rotina regrada com a adesão da medicação imunossupressora no transplante renal implicam em diversos aspectos, que influenciarão na obtenção de resultados terapêuticos satisfatórios. Com o desenvolvimento da imunossupressão, a expectativa de sobrevida do enxerto tem aumentado, pois o seu uso proporciona a manutenção da integridade do órgão transplantado, limitando ou evitando a rejeição. No Brasil, todos os medicamentos imunossupressores são financiados pelo governo, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sem custo para a pessoa (BRAHM, 2012).

O esquema terapêutico das medicações imunossupressoras mais frequentes, estabelecido no Brasil, para favorecer a conservação do órgão transplantado, abarca a Ciclosporina. No entanto, há crescente incremento do número de pessoas que já iniciam o tratamento com o Tacrolimus. Existem, também, protocolos clínicos que sugerem a adoção da Ciclosporina, da Azatioprina e de Corticosteróides. Outros permitem a substituição da Azatioprina por Micofenolato Mofetil ou Sirolimus (GUERRA JUNIOR et al., 2010).

Para estabelecer um esquema terapêutico, deve-se considerar o tipo de doador vivo ou cadáver, a qualidade do órgão, o risco imunológico do receptor e a presença de comorbidades. Os efeitos adversos variam entre os medicamentos, além de favorecer diversos agravos ocasionados pela baixa imunidade, tais como: diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, problemas gastrointestinais, hematológicos, processos oncogênicos, entre outros (D'ANGELES, 2009).

Um alerta para as pessoas que sofrem de rejeição crônica consiste na necessidade de uma avaliação minuciosa nos testes imunológicos, e na seleção do esquema de imunossupressão mais potente e adequado às suas características clínicas. Fatores como idade, sexo, raça, tipo de terapia dialítica antes da realização do transplante, marcadores virais pré-transplante, origem do órgão transplantado, compatibilidade HLA, número de transplantes e de transfusões sanguíneas realizados, doença que originou a insuficiência renal, complicações no primeiro ano após o transplante, são algumas das situações de risco no tempo de sobrevida da pessoa e do órgão transplantado (D'ANGELES, 2009).

Apesar do fator benéfico que o transplante acarreta à pessoa com IRC, destaca-se que nem todas podem ser candidatas a receber um órgão renal por

diversas razões, dentre elas incluem: idade avançada; riscos associados à imunossupressão devido a certas patologias, como a tuberculose, a neoplasia, infecções não controladas; além de doenças psiquiátricas graves (CUELLAR-GONZALEZ; CORREA-ROTTER, 2005). Em contrapartida, há estudos realizados afirmando que o transplante renal pode ser aplicado a pessoas com mais de 70 anos (HELDAL et al., 2011), significando um avanço no processo de transplantação.

2.3 A história do transplante renal

Antes de 1880, ninguém havia sequer presumido que o transplante fosse um aliado ao tratamento de doenças. O processo de transplantação, assim como o conhecimento a respeito do corpo e da doença, surgiu no final do século XIX e difere fundamentalmente dos transplantes realizados há séculos na cirurgia plástica, em que o cirurgião apenas substituíria partes lesadas da superfície corporal (SCHILICH, 2010).

A era moderna dos transplantes de órgãos originou-se na segunda metade do século XX, porém houve dois períodos de interesse experimental e clínico. Um nas primeiras duas décadas do século XX, em consequência do desenvolvimento de técnicas de sutura, e outro no início da década de 1950, decorrente do conhecimento inicial dos mecanismos de funcionamento do sistema imunológico (RUBIO, 2009; VITOLA, 2011).

Assim, o início do século XX é considerado como o ponto de partida para a realização do transplante renal. Em 1902, Emerich Ullman desempenhou o primeiro transplante experimental em um cachorro, implantando os rins na região do pescoço. No mesmo ano, Ullman transplantou o rim de um porco em uma paciente com uremia, no entanto, não obteve sucesso (SILVA, 2008).

Em 1906, Mathieu Jaboulay transplantou o rim de um porco que havia sido morto três horas antes, em uma mulher de 49 anos portadora da doença de Bright e com sinais de insuficiência renal. A implantação do órgão renal foi no cotovelo esquerdo da mulher, unindo a artéria renal com a artéria braquial e a veia renal com a veia cefálica. Após três dias, o enxerto apresentava sinais de necrose, sendo então, removido. Em um segundo transplante, Jaboulay implantou o rim de uma ovelha no cotovelo de uma mulher de 55 anos que possuía nefrite. Novamente, o órgão teve de ser removido, três dias após o procedimento, devido à necrose.

Mesmo havendo esses problemas, as pacientes sobreviveram às intervenções e Jaboulay alegou que as falhas foram atribuídas à formação de coágulos sanguíneos entre as ligações vasculares (VITOLA, 2011).

Em 1912, Alexis Carrel recebeu o Prêmio Nobel por descrever as técnicas de procedimento do transplante renal. Vinte e um anos se passaram para que realmente essa técnica fosse empregada com sucesso em humanos (SILVA, 2008).

Assim, em 03 de abril de 1933, na cidade de Kherson na Ucrânia, se efetuou o primeiro transplante renal entre humanos (alotransplante), por Yu Yu Voronoy, um cirurgião que havia trabalhado no Departamento de Cirurgia do professor Shamov, no final da década de 1920. Voronoy implantou em uma jovem de 26 anos, portadora de insuficiência renal em decorrência de um envenenamento ocasionado por cloreto de mercúrio. O rim foi adquirido de um homem de 60 anos falecido por fratura na base do crânio, sendo removido o órgão renal seis horas após o óbito (VITOLA, 2011). O enxerto não funcionou, e a jovem faleceu poucos dias depois do procedimento cirúrgico (RUBIO, 2009). Essa fatalidade foi ocasionada pela incompatibilidade do grupo sanguíneo, a receptora pertencia ao grupo O e o doador ao grupo B. Além dos vasos sanguíneos do rim terem sido unidos aos vasos femorais da paciente, e o ureter ter sido preso por duas suturas, para ser drenado na pele (VITOLA, 2011).

Em 1947, Hume realizou um transplante renal em uma paciente com IRC pós-parto, por meio de um órgão cadáver. Esse enxerto funcionou de maneira transitória e a paciente sobreviveu por três dias (RUBIO, 2009).

Embora já houvesse tentativas de transplantação renal, o transplante que mais gerou repercussão foi o realizado no dia 23 de dezembro de 1954 na cidade de Boston nos Estados Unidos, considerado, então, o primeiro transplante de órgão bem sucedido no mundo. Para a realização desse procedimento, Merrill e Murray almejavam encontrar dois gêmeos homozigóticos, em que um tivesse insuficiência renal e o outro fosse sadio. Essa escolha partiu do pressuposto de que o doador fosse saudável para que não ocorresse algum risco, e que o receptor tivesse boas chances de sobreviver. Apesar de, o paciente transplantado ter sobrevivido por oito anos, esse transplante foi considerado um marco mundial para a nova era de tratamento às pessoas com IRC (MURRAY, 2005; SILVA, 2008; MURRAY, 2011; VITOLA, 2011).

Com o sucesso do procedimento de 1954 em Boston, surgiram no mundo inúmeros centros de transplantes (RUBIO, 2009), proliferando principalmente nos Estados Unidos e na Europa (VITOLA, 2011). Após esse fato, os órgãos aproveitados para os transplantes passaram a provir somente de doadores vivos. Todavia, a partir de 1962, o processo de transplantação se ampliou aos órgãos de doadores cadáveres (SILVA, 2008), após o surgimento das medicações imunossupressoras.

Entretanto, na França, o transplante com órgãos cadavéricos já era permitido no início da década de 1950, em decorrência de uma lei existente que consentia a remoção de órgãos de pessoas falecidas para o bem da sociedade, sem necessidade de autorização expressa (VITOLA, 2011).

A partir da década de 1960, o surgimento dos medicamentos imunossupressores foi essencial, pois combateriam a rejeição do enxerto, permitindo, dessa forma, um aumento expressivo na expectativa de vida das pessoas transplantadas (SILVA, 2008). Esse período foi marcado por um grande otimismo (VITOLA, 2011).

Assim, o primeiro fármaco imunossupressor introduzido no mercado foi a Azatioprina, possibilitando o desenvolvimento de transplante com órgãos de cadáveres. Todavia, a Ciclosporina, considerada a medicação mais importante, foi descoberta na década de 1970 e aplicada clinicamente a partir de 1980, melhorando significativamente a sobrevida dos enxertos (GARCIA, 2006; RUBIO, 2009). Com a disponibilização de outros medicamentos imunossupressores como o Tacrolimus, houve um aprimoramento para diminuir a rejeição e promover um aumento da vida média do órgão transplantado, ampliando, assim, o tempo de vida do receptor (LUVISOTTO; CARVALHO; GALDEANO, 2007).

Em 1965, o transplante renal converteu-se em uma prática rotineira no tratamento da IRC no mundo. A partir desse marco, iniciaram as tentativas de transplante com outros órgãos, tais como fígado, coração, pulmão, pâncreas e intestino, os quais infelizmente não foram bem sucedidos em virtude dos recursos de imunossupressão disponíveis, tendo sido retomados no início da década de 1980, com o emprego da Ciclosporina (VITOLA, 2011). Assim, os episódios de rejeição passaram a ser facilmente controlados (MARCELINO et al., 2010).

Outro evento importante que ocorreu no final da década de 1960 foi o estabelecimento da definição do critério de morte encefálica, sendo caracterizada

como ausência de resposta ao estímulo doloroso, ausência de movimentos espontâneos e ausência de reflexos. Esse conceito tornou-se mundialmente aceito em 1976, com a publicação do relatório Royal Colleges, no Reino Unido (SILVA, 2008). Com esse critério estabelecido, aumentou-se a obtenção de rins de doadores cadáveres, por meio do envolvimento dos profissionais de saúde e da sociedade (VITOLA, 2011).

Na América Latina, mais precisamente no Peru, o médico Augusto Hernández Mendoza realizou no dia 07 de abril de 1965, o primeiro transplante renal com órgão de cadáver, mas a receptora sobreviveu por cinco dias. Já em 09 de agosto de 1969, a equipe do médico Raúl Romero Torres realizou o primeiro transplante renal com sucesso, utilizando o rim de um doador vivo relacionado. Esse procedimento cirúrgico, juntamente com o do México e do Brasil, foi considerado um dos precursores na América Latina (ORTÍZ et al., 2011).

O primeiro transplante renal no México foi realizado no Hospital Geral de Centro Médico Nacional do Instituto Mexicano de Seguro Social, no dia 22 de outubro de 1963 (GRACIDA-JUÁREZ et al., 2011). No Brasil, os transplantes renais iniciaram em 1964 (GARCIA, 2006), porém, há registros de que tenham iniciado em 1965 (SALOMÃO, 2000). Embora haja divergências entre os autores, convém destacar que nos anos de 1970 já existiam seis centros de transplante renal, sendo três em São Paulo, um no Rio de Janeiro, um em Minas Gerais e um no Rio Grande do Sul (VITOLA, 2011).

Como mencionado anteriormente, o primeiro transplante de rins efetivado no Brasil foi no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, em 16 de abril de 1964. Apesar desse evento não ter sido registrado cientificamente, ele foi amplamente divulgado pela imprensa. O doador tratava-se de uma criança de nove meses de idade, portadora de hidrocefalia, e o receptor, um jovem de 18 anos, portador de insuficiência renal ocasionada por uma pielonefrite crônica, em que fazia diálise peritoneal. O receptor apresentou sucesso imediato, porém durante o pós-operatório ocorreu a perda do enxerto em decorrência de uma rejeição aguda, evoluindo ao óbito oito dias após o transplante, em virtude de uma pneumonia (GARCIA; PESTANA; IANHEZ, 2006).

O ano de 1965 também foi citado como o ano do primeiro transplante renal no Brasil, sendo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Esse foi considerado de sucesso, devido ao

incentivo de Geraldo de Campos Freire e de Emil Sabbaga. Após dois anos desse acontecimento, o primeiro transplante com doador cadavérico foi concretizado pela equipe de Aureo José Ciconelli no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP (SALOMÃO, 2000).

No estado do Rio Grande do Sul (RS), o primeiro transplante renal foi concretizado em julho de 1970, pelos médicos Loreno Brentano e Otto Busato, no Hospital Moinhos de Vento. A receptora do enxerto foi uma menina de 15 anos, em que recebeu o rim da sua mãe. Após a transplantação, a paciente viveu por mais 25 anos com o órgão funcionando normalmente, porém acabou falecendo em decorrência de uma neoplasia (VITOLA apud GARCIA, 2011).

Na cidade de Pelotas, RS, o primeiro transplante renal foi realizado no dia 12 de novembro de 1980, no antigo hospital Santa Tereza, sendo efetivado pela equipe coordenada pelo nefrologista Alípio d'Oliveira Coelho. O receptor tratava-se de um rapaz com 28 anos portador de IRC que realizava hemodiálise, a doadora do órgão havia sido a sua mãe. Esse, também foi considerado o primeiro transplante renal realizado no interior do estado do RS. Antes de proceder com a cirurgia, os médicos envolvidos na equipe de transplante montaram uma sala para cirurgia experimental no Hospital Santa Tereza, em que nas tardes de sábado realizavam autotransplante em cães, até adquirirem habilidade técnica e segurança cirúrgica (DIÁRIO DA MANHÃ, 1980).

Em decorrência do sucesso obtido nesse primeiro transplante, de novembro de 1980 a junho de 1999, na cidade de Pelotas, o nefrologista Alípio d'Oliveira Coelho realizou um total de 54 transplantes renais. Os primeiros eram com doadores vivos relacionados, e em março de 1994, passaram realizar com doadores cadáveres. Inicialmente, os transplantes eram realizados no Hospital Santa Tereza, em virtude do seu fechamento, os mesmos passaram a serem efetivados no Hospital Santa Casa de Misericórdia. Entretanto, o serviço de transplantes foi desativado em 1999, quando o seu número se tornou pequeno e um convênio foi firmado entre a Santa Casa de Pelotas e a Santa Casa de Porto Alegre (COELHO, 2013).

A retomada do processo de transplantação na cidade de Pelotas ocorreu no ano de 2012, mais precisamente no dia 26 de março, sendo realizado no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), o seu primeiro transplante renal. Esse procedimento cirúrgico, considerado bem sucedido, foi concretizado por cirurgiões, anestesistas, nefrologistas e pela equipe de enfermagem. Todos

trabalharam em conjunto por cerca de um ano para que esse evento se tornasse realidade, uma vez que o hospital estava credenciado para realizar transplante renal e, a partir daí, vinha capacitando os membros envolvidos e montando uma estrutura física adequada para o procedimento (ADOTE, 2012; UCPEL, 2012).

A receptora do órgão renal foi uma moça de 16 anos, que descobriu a IRC há dois anos e realizava hemodiálise acerca de seis meses. A doadora foi a própria mãe da jovem. Durante o pós-operatório, a nefrologista Maristela Böhlke afirmou que ambas passaram bem e a receptora não precisou de diálise durante esse período, o qual é comum em vários casos, justificando que o rim já estava funcionando normalmente (UCPEL, 2012). Salienta-se com essa afirmação, que os rins podem levar dias ou semanas para iniciarem a produção de urina (MARINHO et al., 2005), por isso torna-se importante a realização da diálise durante o período pós-operatório.

Esses acontecimentos marcados na cidade de Pelotas proporcionam um avanço na área da saúde para a região Sul do Estado. Desse modo, com o sucessivo progresso dos transplantes nos últimos 50 anos, gerando inúmeros benefícios para a sociedade, espera-se que para o século XXI, essa realidade torne-se ainda mais promissora (ROSA, 2007).

2.4 Aspectos éticos e legais do transplante

Ainda que o transplante e a doação de órgãos sejam fenômenos globalizados, é necessário atentar para as especificidades dos contextos locais, culturais, institucionais e individuais. No Brasil, o comércio de órgãos é proibido por lei. Doar é nobre, comercializar é crime (FERNANDES; GERMANO, 2011). Apesar desse aspecto, mundialmente convive-se com o problema da escassez de órgãos humanos para a realização do transplante, podendo estar atrelado à baixa e insuficiente taxa de doação e pelo crescente aumento da demanda (SILVA, 2008).

A taxa esperada para a efetivação da doação, entre os potenciais doadores, deve ser superior a 50%. Todavia, a maioria dos países apresenta de 15 a 70% de doadores potenciais, em decorrência da não detecção e/ou da não notificação da morte encefálica, além de contraindicações médicas ou problemas na manutenção do doador cadáver ou, também, em razão da recusa familiar para a doação. Com a exceção da Espanha que apresenta uma taxa de doadores efetivos em torno de 34

por milhão de pessoas (pmp) por ano. Na maioria dos países desenvolvidos, esta taxa varia de 15 a 25 doadores pmp por ano (GARCIA, 2006).

Em relação à taxa estimada de doadores potenciais, tem-se observado no mundo, variações entre 50 e 60 por milhão de indivíduos na população por ano (PEREIRA, D. O., 2008). Entre países com Índice Demográfico Humano (IDH) baixo e médio, existe uma taxa reduzida de transplante, enquanto há uma ampla difusão das taxas de transplante entre os com IDH alto. Taxas de transplante de mais de 30 pmp em 2010 foram restritas à Europa Ocidental, aos Estados Unidos e à Austrália, com expansão um pouco mais ampla, alcançando 20 e 30 pmp. O Brasil possui um bom desempenho com relação ao número de transplantes (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012), porém ele tem condições de melhorar a taxa de doadores potenciais, devido a sua grande população (PEREIRA, D. O., 2008).

Os países em desenvolvimento, que possuem taxas baixas de transplante, estão relacionados à baixa infraestrutura e a insuficiente mão de obra especializada. Ainda, as taxas de doação de cadáveres podem também sofrer um impacto pela falta de uma estrutura jurídica, acerca do diagnóstico da morte cerebral e por restrições religiosas, culturais e sociais (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012).

Assim, o objetivo do sistema de transplante mundial é que o número de doadores cadáveres seja suficiente para que se tenha uma regressão contínua do número de transplantes realizados com doadores intervivos. Todavia, o Brasil está distante de alcançar a meta mundial, uma vez que apresenta um número elevado de transplantes renais intervivos, demonstrando que a captação de órgãos de doadores cadáveres continua deficiente, frente à lista de espera (ROSA, 2007).

Lamentavelmente, ocorrem inúmeras razões para a baixa disponibilidade de órgãos (ROSA, 2007). A negação da doação é um dos principais problemas para ampliar o número de transplantes. Essa situação pode ser atribuída a questões familiares no momento da morte. Entretanto, reconhece-se que a maior questão problematizadora está na falta de informação e no desconhecimento ou na desinformação sobre muitos aspectos que envolvem a doação e o transplante. Os motivos mais comuns declarados pela família para recusar a doação, são o desejo da pessoa em vida, a não aceitação do diagnóstico de morte encefálica, o temor de mutilação do corpo, o medo de comércio, os fatores culturais e religiosos (GARCIA, 2006).

Quanto ao comércio de órgãos, a maioria dos países que possuem programas de transplante, e até alguns sem programas em atividade, baniram a comercialização por meio de suas legislações, tornando ilegal o processo de compra ou de venda. Todavia, essa proibição não impediu a continuação do comércio ilegal em alguns países, tais como a China e o Paquistão. Tampouco impediu que houvesse novas entradas a este comércio lucrativo, que leva vantagem para populações vulneráveis e empobrecidas, de outras ou de suas próprias nações, para fornecer rins ou até mesmo, outros órgãos aos ricos desesperados que necessitam de transplante para sobreviver. Por sua vez, o Irã assegura ter solucionado a autossuficiência nacional para o transplante renal, por meio de um esquema de venda de órgãos com participação financeira do governo e dos pacientes (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012).

Uma das afirmações mais ressaltadas quando se discute a questão da venda de órgãos, baseia-se na suposição de que permitir a prática implicaria na exploração dos pobres pelos mais ricos. Sem alternativa para sair da pobreza, as pessoas vendem seus órgãos por necessidade, obrigadas pelas circunstâncias socioeconômicas em que se encontram (STANCIOLI et al., 2011).

Como foi observado, a demanda por órgãos para transplante supera a oferta. A elevada escassez de órgãos é um problema mundial para o transplante renal (FERREIRA et al., 2011). A oferta insuficiente de órgão para o transplante, limitando o número de pessoas a se beneficiarem dos ganhos gerados por essa modalidade terapêutica, tornou-se um fator preocupante. Nessa conjuntura, várias propostas estão sendo levantadas com o intuito de ampliar a eficiência na alocação de órgãos entre doador e receptor. Entre essas, cita-se a xenotransplantação, que corresponde no uso de órgãos e tecidos de animais (SILVA, 2008).

Outra questão, baseada na desproporção entre o número de receptores e a disponibilidade de doadores, permitiu uma nova discussão sobre a utilização de doadores limítrofes. Nesse caso, torna-se imprescindível estabelecer um cuidado com o potencial doador (WESTPHAL et al., 2011), pois doador limítrofe constitui-se na pessoa que possui fatores de risco que a isentariam do processo de doação, como certas enfermidades ou a idade avançada (RENZ et al., 2005).

2.5 A legislação brasileira do transplante

A legislação brasileira para os transplantes é considerada rígida, buscando por meio de leis, decretos e regulamentos, garantir o direito à saúde quanto à estrutura, organização, operacionalização e legalização do processo de doação. Os principais tópicos da lei abarcam os requisitos mínimos para: o credenciamento de hospitais e de equipes; a permissão para uso de doador cadáver; os critérios diagnósticos de morte encefálica; a forma de consentimento; a permissão para o uso de órgãos de doador vivo relacionado; a restrição ao uso de órgãos de doador vivo não relacionado; a proibição de comércio de órgãos; as penalidades para as infrações; a gratuidade da doação; a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência aos doadores vivos; além de estabelecer garantias e direitos aos pacientes que precisam do transplante (GARCIA, 2006; ROSA, 2007; SILVA; SOUZA; NEJO, 2011).

Sobre as penalidades para as infrações, até o momento não existem irregularidades comprovadas referentes à alocação de órgãos, sejam eles provenientes de doador cadáver ou vivo. Quando há a existência de denúncias, elas são imediatamente investigadas pelo Ministério Público (MEDINA-PESTANA et al., 2011).

Ressalta-se que o SUS é o maior responsável pela realização e manutenção do transplante renal, garantindo a todos, o fornecimento gratuito de medicamentos de alto custo, diálises, acompanhamento clínico, exames diagnósticos, bem como hospitalizações necessárias (GUERRA JUNIOR et al., 2010). Assim, o sistema público de saúde financia mais de 95% dos transplantes realizados no Brasil, e do mesmo modo, subsidia parte das medicações imunossupressoras para todas as pessoas (SANTOS, 2009).

Destarte, a primeira legislação brasileira referente aos transplantes data de 1968 com a Lei 5.479/68. Todavia, essa lei necessitou de uma revisão, pois o Brasil aspirava por uma legislação mais apropriada às políticas públicas de saúde, frente aos avanços nos transplantes. Posteriormente, a Lei 5.479/68 foi revogada pela Lei 8.489/92, dispondo sobre a retirada de tecidos, de órgãos e de outras partes de cadáveres para finalidade terapêutica e científica. Contudo, a legislação vigente não era suficiente para atender as expectativas da sociedade. Havia poucas regulamentações regionais, porém sem existir um marco regulatório em âmbito

nacional. Assim, a Lei 8.489/92 precisou de uma reformulação adicional (PEREIRA, D. O., 2008).

Os anos de 1997 e 1998 foram de ampla movimentação na área dos transplantes, surgindo grandes mudanças na legislação com a participação da sociedade em todos os segmentos. Estando inserida nesse contexto, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), a qual se trata de uma instituição que marca o crescimento referente ao processo de transplantação, delineando uma proposta de política de transplante para o país. A política delineada tendia à instituição da coordenação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e a criação do Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), com funções normativas a nível nacional. Quanto ao Estado, as normatizações, a distribuição e a fiscalização, como a procura de doadores, seria função do hospital, por meio de seus coordenadores (GARCIA, 2006).

Em 1997, criou-se a Lei dos Transplantes (Lei 9.434/97), em conjunto com o Decreto 2.268 em seu artigo 2º, para suprir necessidades regulatórias e normatizadoras do setor de transplantes, implantando o SNT pelo Ministério da Saúde, além das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), conhecidas como Centrais Estaduais de Transplante, estabelecendo a forma de distribuição dos órgãos e tecidos, através das listas de espera regionalizadas (GARCIA, 2006; PEREIRA, D. O., 2008).

A criação dessa lei teve como objetivo, dispor sobre a remoção de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano, para fins de transplantes e de tratamentos, estabelecendo normas para a retirada dos mesmos, tanto em vida, como após a morte. Os procedimentos realizados após a morte deveriam, indispensavelmente, apresentar o diagnóstico de morte encefálica, realizado por dois médicos que não fossem participantes das equipes de remoção e de transplantes. A Lei 9.434/97 previa também em seu artigo 4º, o princípio de doação presumida, pois as pessoas que não tivessem registrado em seu documento de identificação (Carteira de Identidade Civil e Carteira Nacional de Habilitação) a expressão “não-doador de órgãos e de tecidos”, após o diagnóstico de morte encefálica, poderiam ter seus órgãos removidos para fins de transplantes, independente da vontade da família (PEREIRA, D. O., 2008). Ou seja, na doação presumida, a ideia era de que todos os cidadãos que não manifestassem a recusa na doação de seus órgãos seriam considerados potenciais doadores.

Destaca-se que o SNT é o responsável pela administração dos transplantes financiados pelo SUS. O SNT dispõe de mais de 20 CNCDOs nos Estados da União e no Distrito Federal, além de uma Central Nacional de Notificação para Captação e Doação de Órgãos (CNNCDO), localizada em Brasília. Ainda, dispõe de mais de 500 estabelecimentos autorizados a realizar transplantes, envolvendo mais de mil equipes médicas (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011). São membros do SNT: o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal, Município ou órgãos equivalentes, os estabelecimentos hospitalares autorizados, além da rede de serviços auxiliares à execução do transplante (PEREIRA, D. O., 2008).

Em 08 de agosto de 1997, a Resolução 1.480 do Conselho Federal de Medicina estabeleceu os critérios para o diagnóstico de morte encefálica (BRASIL, 2005). Quase um ano após, mais precisamente em 05 de agosto de 1998, foi publicado o Regulamento Técnico sobre Atividades de Transplantes, por meio da Portaria 3.407, a qual, entre outras ações, instalou normas técnicas para a realização de transplantes e estabeleceu a lista única, em conformidade com o Decreto 2.268/97, segundo critérios específicos para cada órgão e tecido (PEREIRA, D. O., 2008).

Ainda em 1998, foi criada, em 22 de setembro, a Portaria 162, estabelecendo a formação da Comissão *Ad Hoc* do SNT para estudo de regulamentação para transplante de pâncreas e transplante conjugado de rim e de pâncreas. Em 1999, vigorou em 31 de março a Portaria 263, autorizando a utilização de tecidos, de órgãos ou de partes do corpo humano para fins científicos. Em 16 de agosto de 2000, a Portaria 901 fundou a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. Em 16 de agosto de 2000, a Portaria 905, criou a Comissão Intra-hospitalar de Transplantes, sendo posteriormente denominadas de Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Em 14 de novembro de 2000, a Portaria 436 garantiu o acompanhamento médico aos pacientes após o transplante (BRASIL, 2005).

Em 2001, a doação presumida deixou de existir por meio da Lei 10.211/01, devido a inúmeras críticas recebidas por meio da comunidade médica e civil, uma vez que cada indivíduo era tido como potencial doador de órgãos, caso não autorizasse formalmente vontade contrária. Assim, com a criação dessa lei, incumbia

à família decidir sobre a doação de órgãos, de tecidos e de outras partes do familiar falecido (PEREIRA, D. O., 2008; SILVA, 2008).

Já a Portaria 1.752 de 23 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União sob o número 186, Seção I de 27 de setembro de 2005, foi criada com o propósito de aumentar o número efetivo de doações. Para prover órgãos de boa qualidade, seria necessário o bom funcionamento das CIHDOTTs em todos os hospitais com mais de 80 leitos (SILVA; SOUZA; NEJO, 2011).

Em 21 de outubro de 2009, foi estabelecida a Portaria 2.600, regulamentando a necessidade de aprimoramento, atualização, aperfeiçoamento, normatização e padronização no funcionamento do SNT. Assim como os estabelecimentos de saúde e equipes especializadas para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade relacionada à utilização de células, de tecidos, de órgãos ou de partes do corpo, para fins de transplante em todo o país, promovendo melhorias para o setor (BRASIL, 2009).

Nessa conjuntura, o programa brasileiro de transplantes é um sistema avançado, organizado, justo e igualitário. Logo, deve ser preservado como uma conquista da sociedade na atuação médica de alta complexidade, sendo considerada uma referência internacional (MEDINA-PESTANA et al., 2011).

2.6 Epidemiologia do transplante renal no Brasil

Desde 1964, já foram realizados 63.357 transplantes renais no Brasil, sendo que cerca de 44 mil pessoas transplantadas vivem com o enxerto funcionante (VITOLA, 2011). Com esta gama, salienta-se que o transplante deixou de ser um evento raro e arriscado, para se consolidar em uma terapia efetiva para pessoas com IRC. Alguns motivos justificam o aumento do número de transplantes, tais como avanços na medicina, os quais tornaram seguro esse procedimento, permitindo a sobrevida duradoura do órgão renal (SILVA, 2008). Tal aumento pode ser também elucidado por um possível crescimento na captação de órgãos, em razão de uma maior conscientização da população brasileira (ZANI; PAZ; BONIOTTI, 2009).

O Brasil possui o maior programa público de transplantes do mundo (MARINHO, 2006; PEREIRA, D. O., 2008). Esse fato está atribuído à criação do SUS pela Constituição de 1988, garantindo para a população brasileira, acesso universal e gratuito à saúde (SILVA, 2008). Com a criação do Sistema Integrado de

Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), pelo Ministério da Saúde em 1987, a taxa de doações no país permaneceu estável, variando em torno de 3,0 pmp entre 1993 e 1998, progredindo para 7,4 pmp entre 1999 e 2004 (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010). Em relação à efetivação de transplantes, os dados constam que só no ano de 2003, foram realizados mais de 8.500 e havia uma fila de espera de quase 60 mil pessoas (MARINHO, 2006). Entretanto, a partir de 2005 houve uma diminuição progressiva na taxa de doações, alcançando 5,4 pmp em junho de 2007 (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010).

Referente ao número de transplantes com órgãos de doadores cadáveres e vivos, entre os anos de 1994 e 2007, a proporção se manteve próximo de 50%. A partir de 2007, a dimensão de transplantes com órgãos de doador cadáver aumentou consideravelmente. No entanto, cabe enfatizar que durante esse período, houve modificações e melhorias nas políticas de transplantes. Tanto que em setembro de 2009, a taxa de doação foi de 8,6 pmp, mostrando um aumento de 54% no período, atingindo, portanto, a meta que era proposta. Já no ano de 2010, mais de 70% dos transplantes renais foram realizados somente com órgãos de doadores cadáveres. Apesar do crescimento no número de doações e da realização de transplantes, os esforços nesta área necessitam ser reduplicados para alcançar a taxa proposta de doação de 14 pmp em 2013 e 20 pmp em 2017 (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010; MEDINA-PESTANA et al., 2011).

Cabe destacar que um dos motivos para o aumento das doações e da realização dos transplantes nesses últimos anos, pode estar interligado com o caso Eloá, ocorrido em outubro de 2008 na cidade Santo André, região metropolitana de São Paulo. Esse episódio, que resultou na trágica morte da jovem, promoveu ao mesmo tempo, um exemplo da necessidade de conscientização da população sobre a importância e a seriedade do programa nacional de transplante de órgãos. Tal evento contribuiu para o entendimento dos processos de doação, por ter repercutido mais de 90 mil notícias em 15 dias, com cobertura permanente da sequência de fatos que levaram à morte e posterior doação dos órgãos. Coincidentemente ou não, o índice de doadores de órgãos após esse acontecimento, aumentou expressivamente somente no estado de São Paulo (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010).

Além do mais, somente no caso dos transplantes renais, o Estado de São Paulo possui elevada taxa (1.004, em um total de 2.902 no país), correspondendo a

34% do total nacional. Esse Estado também apresenta elevada taxa de transplantes *per capita*, realizando 24,4 intervenções pmp, para uma média nacional de 15,9. Além de equipes de transplantes *per capita* (1,8 pmp para uma média nacional de 1,2), apresentando valores medianos (13,5 transplantes por equipe, para uma média nacional de 12,4) para a taxa total de transplantes realizados por equipes (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011).

No Brasil, os três Estados com número de doadores superiores a 10,0 pmp, incluem São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Enquanto em outros, como o Amazonas, não há nenhuma captação de órgãos, tampouco de doadores cadáveres. Assim, o desempenho observado na captação de órgãos em São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, chega a se aproximar de países que possuem programa de transplantes já bem consolidados (MEDINA-PESTANA et al., 2011).

Para que o transplante de órgãos cresça ainda mais no Brasil, é primordial melhorarem os quatro pilares que apoiam o processo de doação para o transplante: legislação, financiamento, organização e educação (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010). As medidas organizacionais para o crescimento da realização dos transplantes compreendem: necessidade de qualificação dos centros de referência, incluindo capacitação e motivação dos médicos intensivistas e neurologistas, objetivando o diagnóstico de morte encefálica e a manutenção de potenciais doadores; compra de equipamentos para os hospitais, que documentem a morte encefálica; formação de grupos para captação de órgãos, disponíveis 24 horas por dia; e por fim, atenção aos pacientes e aos familiares, oferecendo um atendimento de qualidade, que inclua uma abordagem e uma assistência multidisciplinar (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010; CORRÊA, 2011).

2.7 A vida com o transplante renal

A vida antes do transplante é cercada pelas dificuldades impostas, por meio das restrições alimentares, dos afazeres e das atividades em geral. Há do mesmo modo, a constatação de que apesar de todo o sacrifício adotado, não existe a possibilidade de cura da IRC, permanecendo assim, a necessidade do contato com a equipe de saúde e do comprometimento com as medicações (QUINTANA; WEISSHEIMER; HERMANN, 2011).

Com a progressão da doença renal e o início do tratamento dialítico em que provêm limitações físicas, psicológicas e sociais à pessoa, no transplante ela acaba depositando toda a sua esperança, sentindo-se aliviada ao realizá-lo (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). Destarte, o transplante renal é tido como a opção terapêutica que proporciona uma qualidade de vida superior a diálise (DIAZ et al., 2007).

Todavia, a pessoa submetida ao transplante deverá seguir diversas recomendações fundamentais, que visam à manutenção do órgão transplantado e a sua maior sobrevida, como por exemplo, a incorporação de novos cuidados na sua rotina diária. Como o transplante é um tratamento, o seguimento dos cuidados é indispensável para que a pessoa usufrua os benefícios adquiridos com essa modalidade terapêutica (BRAHM, 2012).

Convém destacar que perante o processo de transplantação, são incorporados, por parte das pessoas, significados construídos ao longo de suas vidas, em seus contextos sociais e culturais. Tais significados são constantemente reconstruídos, constituindo um processo complexo, porém nem sempre alcançado nas práticas profissionais. Ao órgão recebido, a rejeição é outro fator importante para essas pessoas, pois requer o uso de medicação imunossupressora, além de se tornarem suscetíveis a complicações e a infecções, sendo necessário, diante dessa situação, o acompanhamento clínico pelos profissionais de saúde por um longo período (SILVA, D. R. S., 2011).

Apesar de o transplante renal ser uma das modalidades terapêuticas importantes para garantir o equilíbrio homeostático da pessoa portadora de IRC, e a maior sobrevida do receptor e do enxerto, acaba predispondo o organismo a uma resposta imune, cronicamente alterada e a efeitos colaterais das medicações imunossupressoras (GERHARDT et al., 2011). Salienta-se que o uso dos medicamentos imunossupressores é a base para o sucesso do transplante, sendo imprescindíveis para o resto da vida, pois o sistema imunológico entende que o órgão transplantado é algo estranho, tentando, então, destruí-lo.

A literatura aponta que os primeiros seis meses após o transplante são preocupantes, pelo alto risco de rejeição do órgão durante esse período, sendo indispensáveis para a pessoa, as constantes visitas ao serviço de saúde e a adequação à medicação (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). O transplantado renal requer acompanhamento clínico regular pelas possíveis

complicações e para a prevenção das mesmas. Além disso, necessita de apoio, de orientação para questões que se relacionam aos aspectos psicoemocionais, familiares, sexuais e socioculturais. Entretanto, essas necessidades nem sempre são contempladas pelos profissionais de saúde (SILVA, D. R. S., 2011). Nesses casos, políticas de educação adotadas pelos serviços de saúde são necessárias (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010).

Para constatar o que realmente ocorre após o transplante, foi realizado um estudo o qual averiguou que as pessoas avaliaram de forma superior, diversas variáveis associadas à qualidade de vida. Ganhos, mesmo sendo considerados pequenos em aspectos como, capacidade funcional para realizar tarefas do dia a dia, redução da dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais, podem ter impacto importante sobre o bem-estar da pessoa transplantada (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

Em outro estudo, os sentimentos atribuídos à qualidade de vida após o transplante renal, foram mencionados como: nascer de novo, benção de Deus, vida nova. Também foram demonstrados de forma simples, vantagens como: poder tomar mais água, poder trabalhar e viver melhor com a família (ZANI; PAZ; BONIOTTI, 2009). Assim, os fatores positivos do transplante se relacionam com as possibilidades que lhes são oferecidas, melhorando a condição de vida, as relações sociais, bem como, o retorno às atividades laborais (SILVA, D. R. S., 2011).

Uma questão significativa levantada após a realização do transplante renal consiste na possibilidade da pessoa poder tomar mais água. Poder voltar a ingeri-la, propicia ao transplantado desempenhar determinadas atividades que lhe eram restritas até o momento. Este fato remete à sensação de satisfação, de controle, de ter vontade de fazer o que se deseja e de poder realizá-la novamente, devolvendo dessa forma, a sensação de autonomia à pessoa com IRC (QUINTANA; WEISSHEIMER; HERMANN, 2011).

Ainda um fator que o transplantado renal está suscetível é a perda do enxerto (D'ANGELES, 2009). Para atentar contra os riscos de rejeição, torna-se importante a realização contínua do acompanhamento ambulatorial, com o desígnio de prevenir complicações que possam comprometer não só a sobrevida do órgão, mas também a do transplantado. Nesse contexto, a pessoa e a família devem ser devidamente orientadas sobre dieta, medicações, exercícios, prevenção de

infecções e identificação de sinais e sintomas de rejeição (ALBUQUERQUE; LIRA; LOPES, 2010).

As pessoas submetidas aos transplantes renais podem sentir constantemente a ameaça da perda do funcionamento do órgão transplantado. Perante esse contexto, elas são permeadas por sentimentos de incertezas, medos, angústias, ansiedades e estresses (SILVA, D. R. S., 2011). Se houver a rejeição do órgão renal, a pessoa tende a retornar à diálise e possivelmente à fila de transplante. Caso haja algum doador vivo compatível, inicia-se novamente todo o processo para a realização do transplante (D'ANGELES, 2009).

A despeito das inúmeras atribuições positivas e negativas, que o transplante acarreta à pessoa com IRC, constata-se que a realização desse procedimento cirúrgico possibilita a ressignificação de suas vidas, marcadas pela realização de sessões de diálise por um longo período. Embora haja experiências relacionadas às complicações após o transplante renal, assim como, à necessidade de cuidados contínuos e prolongados, os quais levam a uma significação negativa relacionada ao medo da possibilidade de perda do funcionamento do rim enxertado, ser pessoa transplantada renal é como ter “uma vida boa”, “entrar no céu”. Não havendo, portanto, nenhuma comparação com o sofrimento vivido durante a terapia dialítica (SILVA, D. R. S., 2011).

Para complementar estas informações, realizou-se durante os meses de maio a outubro de 2012 uma revisão da literatura a partir da questão norteadora: Quais as experiências vividas pelos transplantados renais? Para iniciar esta investigação, foi realizada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), acessando o seguinte endereço eletrônico www.bireme.br, identificando como descritores: (1) Insuficiência Renal Crônica (*Renal Insufficiency Chronic*); (2) Transplante de Rim (*Kidney Transplantation*); (3) Acontecimentos Que Mudam a Vida (*Life Change Events*).

A partir desses três descritores, foram realizadas as buscas nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Literatura Internacional em Ciências da Saúde, nas Publicações Médicas (PUBMED). Os critérios utilizados para a seleção das publicações foram: estudos publicados em forma de artigos, dissertações e teses; nos idiomas português, espanhol, inglês e francês.

Com o objetivo de responder a questão desta investigação, optou-se por analisar as publicações encontradas a partir do cruzamento dos seguintes descritores, utilizando o operador booleano *and*: Insuficiência renal crônica AND Acontecimentos que mudam a vida; Transplante de rim AND Acontecimentos que mudam a vida; Insuficiência renal crônica AND Transplante de rim AND Acontecimentos que mudam a vida.

Assim, das três formas de cruzamento dos descritores adotados, no LILACS foi encontrada a mesma publicação, a qual se tratava de uma tese. Logo foi realizada a leitura do título e do resumo, tendo que ser excluída, pois não respondia a questão norteadora desta investigação.

Nos cruzamentos dos descritores realizados no PUBMED, foram encontradas ao todo 57 publicações, no entanto, 14 tiveram de ser excluídas, porque se repetiam, resultando em 43. A partir destas, foram realizadas as buscas, encontrando 19 publicações completas, as outras 24 não estavam disponíveis. Logo, foi realizada a leitura do título e do resumo das 19 publicações. As que se incluíam nos critérios desta investigação foram selecionadas, e posteriormente, realizada a leitura completa, resultando, então, em seis publicações, as demais foram excluídas.

Então, das seis publicações analisadas, todas se tratavam de artigos publicados no idioma inglês. Com relação ao país de origem, três estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos, dois no Canadá e um na Irlanda.

Os periódicos responsáveis pelas publicações foram: Transplantation no ano de 2006; Nephrology Nursing Journal teve duas publicações, uma no ano de 2010 e outra em 2000; Journal of Clinical Psychology in Medical Settings no ano de 2010; Qualitative Health Research no ano de 2009; Culture, Medicine and Psychiatry no ano de 2005.

Título	Fonte / Autores e Ano de Publicação / País	Participantes / Delineamento do estudo
A transplant recipient's experience	Transplantation / Mourning, 2006 / Estados Unidos	01 / Relato de experiência
Perceptions of a multiple kidney transplant recipient: understanding a fragile life	Nephrology Nursing Journal / Scott; Hollingsworth, 2010 / Estados Unidos	01 / Interpretação biográfica
Patient and family adjustment to kidney transplantation with and without an interim period of dialysis	Nephrology Nursing Journal / Starzomski; Hilton, 2000 / Canadá	20 / Estudo longitudinal e 47 / Estudo transversal

Título	Fonte / Autores e Ano de Publicação / País	Participantes / Delineamento do estudo
The relationship between adolescent renal transplant recipients' perceived adversity, coping, and medical adherence	Journal of Clinical Psychology in Medical Settings / Ratcliff; Blount; Mee, 2010 / Estados Unidos	33 / Estudo quantitativo
The experience of kidney graft failure: patients' perspectives	Qualitative Health Research / Ouellette; Achille; Pâquet, 2009 / Canadá	15 / Estudo qualitativo
Narrating kidney disease: the significance of sensation And time in the emplotment of patient experience	Culture, Medicine and Psychiatry / Kierans, 2005 / Irlanda	06 / Estudo qualitativo

Figura 1 – Síntese das publicações analisadas, 2012

Um aspecto importante destacado na maioria dos estudos analisados refere-se à medicação, pois após a realização do transplante é fundamental à utilização de imunossuppressores, conforme prescrição médica. Ademais, houve semelhanças em alguns eventos ocorridos na vida das pessoas, tais como: estresse emocional gerado pelo medo do futuro; eventos físicos relacionados com a imagem corporal; melhora nas relações interpessoais e na autonomia; desenvolvimento de atividades laborais, recreativas e intelectuais.

Título	Objetivo do estudo	Principais resultados encontrados
A transplant recipient's experience	Explicar a experiência do transplantado na cerimônia de abertura em um Congresso Mundial de Transplante	- Criou a Fundação Zo's Fund for Life para ajudar os indivíduos que não podem pagar os seus próprios medicamentos, para gerar fundos para o programa de pesquisa na Universidade Presbiteriana de Columbia e para capacitar médicos. - Promovia jogos de basquete para arrecadar fundos para a sua Fundação. - Tinha o ideal de conscientizar a luta contra a doença e encorajar a doação de órgãos, estando ciente do impacto que isso pode haver na vida de um indivíduo. - Alegou que depois de ter recebido o transplante renal, se sente bem para jogar basquete e fazer coisas que sabe e que ama fazer.

Título	Objetivo do estudo	Principais resultados encontrados
Perceptions of a multiple kidney transplant recipient: understanding a fragile life	Compreender o estar com um doença crônica (especialmente a doença renal), em uma mulher de meia idade (pois nessa fase elas são esposas e mães), e seus esforços para enfrentar os desafios associados a essa doença e ao mesmo tempo, melhorar a sua aprendizagem ao longo da vida.	- Com o transplante, pode voltar a fazer normalmente as suas atividades, inclusive fazer pela família o que havia sido impossibilitada de fazer, devido à diálise. - Teve de suportar os efeitos colaterais das medicações. - Após o transplante, começou a buscar informações em artigos e sites sobre a doença renal, os avanços nos medicamentos e nos cuidados nutricionais.
Patient and family adjustment to kidney transplantation with and without an interim period of dialysis	Examinar o processo do ajustamento de paciente e da família para o transplante renal e comparar diferenças nos que tinham e nos que não tinham feito diálise antes do transplante.	- Melhora no estado físico, como mobilidade e cuidado corporal. - Melhora nas interações sociais. - O transplante sem diálise prévia resultou em menor impacto físico, psicológico e alimentar para os pacientes.
The relationship between adolescent renal transplant recipients' perceived adversity, coping, and medical adherence	Explorar as consequências entre adolescentes receptores de transplante renal, com ênfase particular em compreender que aspectos vividos com um transplante são percebidos como mais aversivos.	- Não ser capaz de fazer o que os outros fazem (como dieta e exercícios). - Não sentir-se bem. - Medo do que pode acontecer. - Preocupação com o futuro. - Constante exposição a procedimentos médicos. - Esquecimento ou atraso na administração das medicações.
The experience of kidney graft failure: patients' perspectives	Descrever a experiência da falência do enxerto renal, baseado na perspectiva dos pacientes.	- Quando estavam vivenciando o período de transplante, podiam: viajar por tempo indeterminado; trabalhar por um longo período; voltar a ter autonomia; não se preocupar com a limitação de líquido ingerido; ter muito planos, como constituir uma família.
Narrating kidney disease: the significance of sensation And time in the emplotment of patient experience	Revelar a natureza complexa da experiência do paciente e da luta para subverter e descobrir as contradições ocultas implícitas nos resultados terapêuticos como resoluções.	- Uma participante relatou que, após o transplante, desenvolveu nela uma ação de proteção, tanto que tinha medo dos médicos chegarem perto, acreditando que poderiam danificar o seu rim. - Um participante referiu que após o transplante ficou deprimido, isolado e solitário. - Outras falas apontaram que os efeitos colaterais dos imunossupressores são muito difíceis de conviver, como o peso extra e o crescimento excessivo de pelos no corpo.

Figura 2 – Principais resultados encontrados nas publicações analisadas, 2012

Em paralelo aos achados na literatura, essas situações apresentadas são algumas das vivenciadas pela pessoa após o transplante renal. Muitas vezes estando atrelada a maior qualidade de vida, por meio da boa reabilitação física e retomada da vida social, isto é, trabalho, renda, família, lazer, amor, sexo e segurança, entre outros aspectos que refletem no modo saudável de se viver (SILVA, F. S., 2011).

É importante destacar que após o transplante renal, há fatores que podem influenciar negativamente na vida das pessoas submetidas a essa modalidade terapêutica, as quais incluem risco de rejeição e de infecções, efeitos colaterais das medicações imunossupressoras, exposição a infecções, alteração na aparência física, questões relacionadas à sexualidade, estresse, ansiedade e culpa. Esses fatores são mais incidentes no período imediatamente pós-transplante, diminuindo com o passar do tempo (SETZ; PEREIRA; NAGANUMA, 2005; FONTOURA, 2012).

Nesse aspecto, salienta-se que mesmo após o transplante, as pessoas continuam sendo portadores de uma condição crônica como a IRC, requerendo gerenciamento constante do seu estado de saúde. Além disso, experimentam estresse em relação à dependência dos serviços de saúde, às possíveis complicações existentes durante este período, à necessidade de ajustes para adaptação medicamentosa e de seu uso contínuo, o enfrentamento dos efeitos colaterais, bem como, as constantes avaliações clínicas (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007; SILVA, F. S., 2011). Portanto, para um bom desfecho do órgão renal transplantado, a pessoa precisa ter cuidados diários, como controle balanceado da dieta, uso de medicamentos na dose e no horário correto, exames periódicos e comparecimento frequentes às consultas médicas.

3 Metodologia

Neste capítulo, serão descritos o processo de construção deste estudo, explanando o campo metodológico a ser seguido e a análise que será utilizada. Esses passos visarão alcançar os objetivos propostos.

3.1 Caracterização do estudo

O presente estudo possuirá uma abordagem qualitativa do tipo descritivo. O método a ser utilizado será a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC).

A avaliação qualitativa fará a análise do conteúdo das entrevistas. Estudos com essa metodologia permitem uma compreensão minuciosa do conteúdo e dos fatores situacionais apresentados pelos entrevistados (RICHARDSON et al., 2011).

O tipo de estudo descritivo contribuirá para a descrição do que será observado. Nesse sentido, estudos com esse tipo de proposta, visam informar sobre os dados colhidos em uma determinada população, estimando a frequência e a distribuição de um evento (PEREIRA, M.G., 2008).

Já a TIC é um tipo de metodologia empregada, que tem por objetivo identificar os fatores vivenciados por um indivíduo em um determinado momento. Trata-se de um processo de coleta de incidentes para uma posterior análise e classificação, de modo a responder o objetivo do estudo. A partir dos relatos, podem-se caracterizar as situações vivenciadas, os comportamentos e as consequências, com referências positivas ou negativas. Além disso, durante a obtenção dos incidentes, é possível que o relato de um mesmo fato, seja considerado positivo para um entrevistado e negativo para outro (MARTINS, 2006).

Os primeiros estudos utilizando a TIC datam da década de 1940, sendo orientados por John C. Flanagan, que era diretor do Programa de Psicologia da

Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos, durante a Segunda Guerra Mundial. A utilização deste método permitiu promover uma análise do comportamento humano para a seleção de tripulações (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004; PALMEIRA, 2012).

Entretanto, foi em 1954 que Flanagan publicou no *Psychological Bulletin* um artigo intitulado “A Técnica dos Incidentes Críticos”, tornando essa metodologia conhecida mundialmente. Tanto que se difundiu principalmente em países como Estados Unidos, Reino Unido e Brasil, sendo utilizada nas mais diversas áreas do conhecimento, como medicina, enfermagem, psicologia e administração (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

No Brasil, os primeiros estudos realizados que se aproximaram ao uso da TIC, ocorreram com a chegada das Faculdades de Filosofia, de Ciência e de Letras da Universidade de São Paulo, durante a década de 1960. Contudo, foi no ano de 1972 que José Augusto Dela Coleta publicou um artigo em revista científica brasileira, trazendo informações sobre a TIC. Desde a sua introdução no Brasil por Dela Coleta, a TIC vem se destacando cada vez mais, sobretudo na área da saúde, notadamente na enfermagem (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Para a aplicação da TIC, cinco passos importantes devem ser seguidos: estabelecimento do objetivo geral do estudo; desenvolvimento de um plano para a coleta das informações; coleta dos dados (incidentes críticos); agrupamento e categorização dos incidentes críticos; levantamento das frequências dos incidentes críticos positivos e negativos (interpretação dos dados) (FLANAGAN, 1954).

Por incidente, entende-se toda a atividade humana observável, suficientemente completa, para que por meio dela, se possam fazer induções ou previsões sobre a pessoa que realiza a ação. Para ser crítico, um incidente deve ocorrer em uma situação, em que a finalidade ou a intenção da ação apareça suficientemente clara perante o observador e que as consequências das ações sejam evidentes. Quanto ao comportamento, esse é definido como uma reação ou conjunto de reações observáveis que constituem a resposta de uma pessoa para uma situação dada (FLANAGAN, 1954; ESTRELA, M.; ESTRELA, A., 1994).

Dessa forma, a situação seria considerada como o evento ou a razão que leva a pessoa a apresentar determinado comportamento. Por sua vez, comportamento significa a conduta adotada pela pessoa em virtude do evento

ocorrido. Já a consequência, seria o efeito do comportamento da pessoa em decorrência ao evento ou à razão (PUPULIM, 2003).

Salienta-se que durante mais de 50 anos, poucas modificações foram sugeridas à TIC. Desde que foi apresentada pela primeira vez em 1954, a TIC demonstra ser um bom método a ser empregado. Entretanto, a mesma possui vantagens e desvantagens para a sua aplicação (SERRANO, 2009).

Como vantagens, a TIC se constitui em: método flexível, que pode ser usado em várias áreas; os dados são colhidos na perspectiva do entrevistado e por suas palavras; não força o entrevistado a nenhuma resposta pré-estabelecida; identifica eventos raros que podem não ser encontrados por outros métodos; de baixo custo e providencia informação relevante; pode ser aplicado, utilizando questionários (SERRANO, 2009).

As desvantagens apresentadas pela TIC seriam: confiar em eventos recordados pelos entrevistados, requerendo a descrição exata e sincera dos mesmos. Nesses casos, os incidentes críticos geralmente confiam na memória, podendo ser imprecisos e por vezes esquecidos; o método está ligeiramente enviesado por incidentes recentes, uma vez que são mais fáceis de serem recordados; os entrevistados podem não estar dispostos a tomarem o seu tempo para referir uma história completa, quando estão a descrever um incidente crítico (SERRANO, 2009).

No presente estudo, a aplicação da TIC aos pós-transplantados renais permitirá uma visibilidade concreta da vivência da pessoa com esta modalidade terapêutica. Ao relatar os incidentes positivos e negativos, os entrevistados estarão expondo as situações importantes, os seus comportamentos e as consequências (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

O uso da TIC em estudos relacionados à avaliação de vivências possibilitará analisar e avaliar a eficácia da terapêutica estabelecida. A compreensão do processo vivido pelas pessoas nas diversas situações do cuidado é essencial para permitir novas abordagens, que acatem às suas reais necessidades (RIBEIRO et al., 2012).

3.2 Local do estudo

Pelotas é um município da região Sul do RS, situado às margens do Canal São Gonçalo e entre as rodovias BR 116, BR 392 e BR 471. A cidade possui uma população estimada em 328.275 habitantes, sendo considerada a terceira cidade mais populosa do Estado (PELOTAS, 2013).

No município de Pelotas, há cinco hospitais que atendem também pessoas de outras cidades da região Sul do Estado: dois tradicionais gerais e de grande porte, que são a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Beneficência Portuguesa; dois de ensino, o Hospital Universitário São Francisco de Paula, vinculado à Universidade Católica de Pelotas (UCPel), e o Hospital Escola, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel); um geral de pequeno porte, o Hospital Miguel Piltcher; e um psiquiátrico, o Hospital Espírita.

O município conta ainda com três serviços especializados em nefrologia. Estes pertencem aos hospitais Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa e o Hospital Universitário São Francisco de Paula, que além de prestarem assistência aos pacientes residentes em Pelotas, atendem os de outras cidades da região Sul do Estado. Entretanto, as entrevistas acontecerão no domicílio das pessoas que realizaram o transplante renal, as quais são ou foram vinculadas a um desses serviços de nefrologia, em que se buscará por meio deles, o levantamento de transplantados renais e os dados pessoais, para a efetivação do contato.

3.3 Sujeitos do estudo

O Brasil ocupa o segundo lugar em número de transplantes renais entre 31 países, possuindo uma população estimada em 190.755.799 habitantes. Somente no ano de 2012, foram realizados 5.385 em todo o território nacional. Quanto aos Estados que compõe a União, o Rio Grande do Sul está em terceiro lugar em processos de transplantação renal, as quais só no ano de 2012 ocorreram 548, sendo 451 de doador cadáver e 97 de doador vivo (RBT, 2012).

Com essas informações disponibilizadas, parte-se do pressuposto de que haja uma quantidade suficiente de pessoas com o transplante renal na região Sul do Estado. Assim, neste primeiro momento, não haverá um número absoluto de

entrevistados, uma vez que os autores da TIC recomendam realizar primeiramente um número significativo de entrevistas, efetuar a análise do conteúdo coletado e formular categorias que agrupem os dados (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Importante frisar que para a realização da TIC, não se recomenda sua aplicação em um número reduzido de entrevistados. Se não houver uma significativa quantidade de relatos, torna-se inviável à obtenção de dados com altos níveis de confiabilidade e de representatividade (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Os autores ainda sugerem que em um segundo momento, se proceda à nova coleta de dados com outros entrevistados, da mesma forma como na etapa anterior e, então, verificar se dados importantes estão contidos nos novos relatos. Se por ventura, as categorias dos relatos da segunda etapa já estejam, em sua totalidade ou em sua grande parcialidade contempladas na primeira análise, isto pode ser um indicador de que existe certa redundância nos dados, portanto, novos relatos não acrescentarão novas informações. Dessa forma, estará havendo repetição dos dados coletados, sendo necessário encerrar as entrevistas (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

3.4 Critérios para a seleção dos entrevistados

3.4.1 Critérios de inclusão

Para o desenvolvimento deste estudo, objetivando alcançar a proposta estabelecida, as pessoas deverão ser incluídas nos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar disposta a participar do estudo; concordar com a gravação das entrevistas; aceitar a divulgação dos dados nos meios científicos; estar com suas faculdades mentais preservadas; não apresentar dificuldades de comunicação verbal; estar ou estiver vinculadas ao Serviço de Nefrologia; ter no mínimo um ano de realização do transplante renal, pelo fato das pessoas transplantadas possuírem um período de adaptação e de já terem uma vivência com essa modalidade terapêutica; e antes de ser submetida ao transplante renal, ter realizado algum tratamento dialítico.

3.4.2 Critérios de exclusão

Excluir-se-ão as pessoas, que por ventura, realizaram o transplante renal, mas voltaram a fazer algum tratamento dialítico.

3.5 Procedimentos éticos

Este estudo será um subprojeto da pesquisa intitulada “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”, possuindo como objetivo geral, compreender as interfaces do cuidado com famílias na presença da doença renal crônica. Ademais, possui auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), estando sob a coordenação da professora Eda Schwartz, em que a partir do objetivo específico “compreender as vivências e significados dos usuários que realizaram transplante renal”, autorizou formalmente, o desenvolvimento deste estudo (Anexo A).

Para a efetivação da coleta de dados, primeiramente será encaminhada uma carta e uma cópia do projeto à direção dos três Serviços de Nefrologia, de modo que fiquem cientes da realização deste estudo (Apêndices A, B e C).

Após a aprovação do serviço de nefrologia, será enviada uma carta e uma cópia do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Apêndice D), para a obtenção do parecer favorável à construção deste estudo. Além disso, seguirá os princípios da Resolução 196/96¹ do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, os quais regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012).

As pesquisas que são regulamentadas pela Resolução 196/96 do CNS devem cumprir com as exigências éticas e científicas fundamentadas, no qual o consentimento livre e esclarecido deverá ser tratado em sua dignidade, respeitado em sua autonomia e defendido em sua vulnerabilidade (SILVA, F. S., 2011).

Este estudo obedecerá, ainda, os princípios éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução 311/2007 do Conselho Federal de

¹ Resolução nº1996/96 regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentando-se no respeito à dignidade humana, exigindo que toda pesquisa deva se processar após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e ou seus representantes legais manifestem o seu consentimento em participar do estudo.

Enfermagem (COFEN), capítulo III² (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica), no que diz respeito às responsabilidades, aos deveres (artigos 89, 90 e 91) e às proibições (artigos 94 e 98) (COFEN, 2007).

Logo que o CEP aprovar a realização deste estudo, será entregue à direção do serviço de nefrologia uma cópia do parecer, em que esse terá como missão informar os dados das pessoas submetidas ao transplante renal, para a entrevistadora poder realizar os contatos. Perante esse aspecto, obter-se-á uma listagem com o nome, endereço e telefone das pessoas transplantadas. A entrevistadora se comprometerá a não divulgar os dados pessoais das mesmas.

O convite para participar deste estudo será efetivado por meio de ligação telefônica por um profissional do serviço de nefrologia, juntamente com a entrevistadora. Nesse momento, será acordado o melhor local para o entrevistado, se no domicílio ou no serviço. O primeiro contato também poderá ser estabelecido direto no domicílio do entrevistado, pela entrevistadora. Este último será realizado quando as pessoas não possuírem telefone ou se mostrarem receosas.

Os contatos a serem realizados pela entrevistadora, durante a abordagem a pessoa pós-transplantada renal, será procedido da identificação e da informação sobre o motivo da realização do estudo. Ao estabelecer o contato, convidar-se-á a pessoa para participar do estudo, salientando a não obrigatoriedade e o seu anonimato. Logo se apresentará o estudo, esclarecendo o seu desenvolvimento e a sua finalidade, apresentando e explicando os objetivos e a operacionalização da coleta, com auxílio de um gravador.

Após autorização para o desenvolvimento do estudo, as entrevistas serão agendadas em dias e horários, conforme a disponibilidade do mesmo. A princípio, os encontros terão a pretensão de serem realizados no domicílio do entrevistado, podendo haver mudança no local, conforme a sua preferência.

² Capítulo III (das responsabilidades e deveres): Art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e da fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (das proibições): Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Antes de realizar cada entrevista, será apresentado por escrito, em forma de documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E). Este será lido juntamente com o entrevistado, de modo a esclarecer as dúvidas e os procedimentos utilizados para o desenvolvimento deste estudo, assegurando que a participação é voluntária, podendo ter o direito de desistir em qualquer momento. Logo será solicitada a assinatura em duas vias do TCLE, a qual uma ficará com o entrevistado e a outra permanecerá sob a responsabilidade da entrevistadora, ficando guardada por cinco anos no armário pertencente ao grupo de pesquisa Núcleo de Condições Crônicas e suas interfaces (NUCCRIN), localizado na sala Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel.

Mediante o seguimento de todos esses passos, iniciar-se-á o processo de coleta de dados. O material gravado e transcrito ficará em um banco de dados com a entrevistadora e a orientadora, por um período de cinco anos e depois será destruído. Cada entrevistado será identificado por um código, ou seja, E de entrevistado, seguido do número arábico, conforme a sequência das entrevistas, acrescidos da idade (por exemplo, E1, 43 anos).

3.6 Procedimentos para a coleta de dados

Para a coleta dos incidentes críticos, geralmente ocorre em meio a entrevistas orientadas por um questionário (ESTRELA, M.; ESTRELA, A., 1994). Assim, durante esta etapa se utilizarão dois roteiros. O primeiro empregará-se um formulário com perguntas para identificar o perfil dos entrevistados, quanto à idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda própria, religião, procedência, serviço de nefrologia, tempo da doença renal, motivo da doença renal, tipo(s) de tratamento(s) dialítico(s) realizado(s), tempo do atual transplante renal, local de realização do transplante renal, fonte do órgão transplantado (Apêndice F).

Enquanto o segundo, constará de um formulário com perguntas semiestruturadas para a obtenção dos incidentes críticos (Apêndice G). Sua aplicação contribuirá para identificar, nos relatos, as situações positivas e negativas, assim como, os comportamentos e as consequências decorrentes do transplante renal. Os registros das respostas serão feitos com um gravador (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

É importante frisar que, durante a entrevista, as perguntas poderão ser ou não respondidas na totalidade, podendo haver desistência da participação no estudo em qualquer momento, sem acarretar mudanças no tratamento. Também será importante esclarecer, aos entrevistados, que não haverá nenhum custo na participação da pesquisa.

Uma precaução a ser tomada nesta etapa da coleta de dados, refere-se às perguntas que devem ser construídas de modo a não deixarem dúvidas quanto ao entendimento por parte dos entrevistados. Dessa forma, é preciso esclarecer que interessa somente o relato de fatos, não as pessoas que estiveram envolvidas, de modo a garantir o anonimato do entrevistado, assim como das pessoas envolvidas nos casos relatados (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Ainda durante as entrevistas, poderão ser realizadas perguntas pela entrevistadora, a fim de esclarecer dúvidas perante informações dadas pelos entrevistados. O objetivo é obter uma quantidade suficiente de eventos relacionados à situação vivenciada.

As entrevistas estarão sujeitas a acontecer em mais de um encontro, pretendendo-se, ao final, expor aos entrevistados as anotações e os depoimentos registrados, sendo lidos pela entrevistadora. Essa etapa buscará possíveis correções, complementações, confirmações e consentimento das informações colhidas.

Um ponto importante a ser destacado, é que durante a realização das perguntas aos entrevistados, não será utilizada a expressão “incidentes críticos”, pois os mesmos poderão apresentar dificuldades em compreender o significado deste método. Se por ventura houver a explicação detalhada, poderá levar à indução de respostas. Além do mais, a TIC não permite ao entrevistador dar exemplos de respostas ao entrevistado, pois os mesmos poderão tomar as indicações como parâmetros norteadores, relatando ocorrências semelhantes ao exemplo dado (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Logo, as informações obtidas serão armazenadas, juntamente com a de outros entrevistados. Os resultados obtidos serão colocados à disposição dos mesmos e usados somente para fins científicos.

3.7 Análise dos dados

De posse dos relatos, será feita a transcrição dos incidentes gravados. Logo, se fará uma análise de conteúdo por meio de uma leitura minuciosa e contínua, conforme preconizado pela TIC, almejando isolar a situação ocorrida, os comportamentos emitidos e as consequências resultantes (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Na análise, cada incidente deverá ser registrado em uma ficha, onde serão anotados todos os dados colhidos (incidentes e dados sobre o entrevistado), em que distinguirá a situação, o comportamento e as consequências, positivos e negativos (ESTRELA, M.; ESTRELA, A., 1994). Na Figura 3, consta um modelo de construção da ficha a ser utilizada.

ENTREVISTADO	INCIDENTE	POSITIVO	NEGATIVO
E, nº, idade	Situação		
	Comportamento		
	Consequência		

Figura 3 – Ficha para o registro dos incidentes críticos

A seguir se construirá categorias, envolvendo situações similares entre si, contendo a denominação e a definição, o mais operacional possível, do que ela significa ou representa, procedendo-se da mesma forma com os comportamentos e as consequências. Importante frisar, que as categorias formuladas, necessariamente precisarão ser exaustivas (devendo incluir todos os casos obtidos), reciprocamente exclusivas (cada caso deverá pertencer a uma só categoria), definidas operacionalmente, guardando elevado grau de homogeneidade e coerência entre elas (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

3.8 Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Artigo com os principais resultados para a defesa da Dissertação;
- Artigos para a publicação em periódicos científicos;

- Apresentação de trabalhos em eventos nacionais e/ou internacionais;
- Resumo dos principais resultados do estudo aos entrevistados e ao Serviço de Nefrologia;
- Apresentação do projeto e dos seus resultados à comunidade acadêmica integrada ao grupo de pesquisa NUCCRIN e o Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade.

4 Orçamento

4.1 Recursos humanos e materiais

Os recursos humanos e materiais utilizados para a realização deste estudo serão custeados pela autora e terão apoio do grupo de pesquisa NUCCRIN.

4.1.1 Recursos humanos e plano de despesas

Tabela 1 – Recursos humanos e plano de despesas necessários para o desenvolvimento do projeto do estudo. Pelotas, 2013

Desígnio	Plano de Despesas		
	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Revisor de português	02	400,00	800,00
Tradutor de resumos para o inglês	03	100,00	300,00
Tradutor de resumos para o espanhol	02	100,00	200,00
Total			1.300,00

4.1.2 Recursos materiais e plano de despesas

Tabela 2 – Recursos materiais e plano de despesas necessários para o desenvolvimento do projeto do estudo. Pelotas, 2013

Material	Plano de Despesas		
	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Lápis	05	0,90	4,50
Borracha	05	0,70	3,50
Apontador	02	0,70	1,40
Caneta	05	1,00	5,00
Prancheta	01	3,00	3,00
Caderno	01	8,00	8,00
Folha A4 (pc. com 500 fls.)	1000	15,00	30,00
Grampeador	01	15,00	15,00
Envelope	10	1,50	15,00
Impressão	1000	0,20	200,00
Xerox	1000	0,10	100,00
Encadernação	12	5,00	60,00
Capa Brochura	05	10,00	50,00
Ligação telefônica	50	8,00	400,00
Gravador digital	01	300,00	300,00
Despesas com o transporte*	200	3,00	600,00
Livros da área	03	200,00	600,00
Assinatura de periódicos	02	300,00	600,00
Submissão/publicação de artigos em periódicos da área	02	800,00	1.600,00
Total			4.595,40

* Incluirá as visitas ao Serviço de Nefrologia, ao domicílio dos entrevistados para a coleta de dados e os encontros com a orientadora.

5 Cronograma

Neste estudo, o cronograma servirá para relacionar as atividades planejadas a serem desenvolvidas de acordo com o tempo programado. Assim, a construção do cronograma para este estudo ocorrerá por meio de um quadro em que serão descritas as atividades a serem realizadas em uma coluna, sendo cruzado com o tempo descrito na segunda coluna. Após o preenchimento das atividades a serem desenvolvidas, será marcado com um “X” o tempo previsto para a realização.

Importante destacar que a construção do cronograma será realizada para este estudo, de modo a haver, o planejamento e o controle do tempo, de maneira organizada.

Atividade	2012		2013			
	Mar/Jul	Ago/Dez	Jan/Mar	Abr/Jun	Jul/Set	Out/Dez
Escolha do tema	X					
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto		X	X			
Apresentação à disciplina Seminário de Pesquisa I			X			
Apresentação à direção do Serviço de Nefrologia			X			

Atividade	2012		2013			
	Mar/Jul	Ago/Dez	Jan/Mar	Abr/Jun	Jul/Set	Out/Dez
Qualificação do projeto			X			
Encaminhamento ao Comitê de Ética*			X			
Coleta de dados				X		
Análise dos dados				X	X	
Elaboração do relatório de campo					X	
Redação do artigo					X	
Revisão portuguesa e tradução idioma						X
Defesa da dissertação						X
Divulgação dos resultados						X

Figura 4 – Cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante a elaboração da pesquisa

* Obs.: A coleta de dados somente será iniciada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Em todas as etapas, serão realizados encontros com a orientadora.

Referências

ADOTE. Disponível em: <http://www.adote.org.br/news/pelotas__primeiro_transplante_de_rim_e_realizado_no_husfp_398> Acesso em: 14 dez 2012.

ALBUQUERQUE, J. G.; LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.1, p.98-103, 2010.

BARBOSA, D. A.; GUNJI, C. K.; BITTENCOURT, A. R. C.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S.; VATTIMO, F.; VIANNA, L. A. C. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.3, p.304-309, 2006.

BRAHM, M. M. T. **Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais**. 2012. 102f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação sobre transplantes no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 268p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.600**. Diário Oficial da União. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.htm> Acesso em: 27 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 12 set 2012.

BRENNER, B. M. **The kidney**. 7.ed. Philadelphia: Editor Elsevier, 2004. 2574p.

CALLAGHAN, C. J.; BRADLEY, J. A. Current status of renal transplantation. **Methods in Molecular Biology**, v.33, n.3, p.1-28, 2006.

CARLUCCI, V. D. S.; ROSSI, L. A.; FICHER, A. M. F. T.; FERREIRA, E.; CARVALHO, E. C. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.1, p.21-28, 2007.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.4, p.379-388, 2009.

COELHO, A. O. Arquivo pessoal de Alípio d'Oliveira Coelho. Pelotas, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>> Acesso em: 13 ago 2012.

CORRÊA, A. P. A. **Complicações em pacientes transplantados renais internados em um hospital universitário do Sul do Brasil**. 2011. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CUELLAR-GONZALEZ, J. V.; CORREA-ROTTER, R. Evaluación del receptor de trasplante renal. **Revista de Investigación Clínica**, v.57, n.2, p.187-194, 2005.

D'ANGELES, A. C. R. **Análise de sobrevida em indivíduos submetidos ao transplante renal em Hospital Universitário no Rio de Janeiro**. 2009. 72f. Dissertação (Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação**. Taubaté: Cabral editora e Livraria Universitária, 2004. 130p.

DIÁRIO DA MANHÃ. Realizado ontem, em Pelotas, o primeiro transplante de rim no interior do Estado. Pelotas, 13 nov. 1980.

DIAZ, G. B. HERNÁNDEZ, J. A.; CLEMENTE, A. L.; SAT, F. A.; DÍAZ, C. G. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal: Estudio comparativo. **Revista Cubana de Medicina**, v.46, n.3, p.0-0, 2007.

DUARTE, G. C. **As ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família**. 2012. 73f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

ESTRELA, M. T.; ESTRELA, A. **A técnica dos incidentes críticos no ensino**. 2.ed. Lisboa: Estampa, 1994. 156p.

FERNANDES, L. F.; GERMANO, I. M. P. A doação renal em textos científicos: entre as metáforas do presente e da mercadoria. **Interface (Botucatu)**, v.15, n.38, p.765-778, 2011.

FERREIRA, G. F.; MARQUES, I. D. B.; PARK, C. H. L.; MACHADO, D. J. B.; LEMOS, F. B. C.; PAULA, F. J.; NAHAS, W. C.; DAVID-NETO, E. Análise de 10

anos de seguimento de transplantes renais com doador vivo não aparentado. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.33, n.3, p.345-350, 2011.

FLANAGAN, J. La technique de l'incident critique. **Revue de Psychologie Appliquée**, v.IV, n.2, p.165-185, 1954.

FONSECA, D. R. **Percepções dos clientes masculinos submetidos a hemodiálise, com relação a sua sexualidade**. 2003. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

FONTOURA, F. A. P. **A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida**. 2012. 117 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

GARCIA, C. D.; ABBUD FILHO, M. Editorial JBT: divulgando a pesquisa e disseminando o ensino em transplante. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.10, n.3, p.746-747, 2007.

GARCIA, G. G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. **Journal Brazilian Nephrology**, v.34, n.1, p.01-07, 2012.

GARCIA, V.D. A política de transplantes no Brasil. **Revista da AMRIGS**, v.50, n.4, p.313-320, 2006.

GARCIA, V. D.; PESTANA, J. O. M.; IANHEZ, L. E. História dos transplantes no Brasil. In: **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS**. 2.ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006. p.27-42.

GERHARDT, C. M. B.; GUSSÃO, B. C.; MATOS, J. P. S.; LUGON, J. R.; PINTO, J. M. N. Alterações dermatológicas nos pacientes em hemodiálise e em transplantados. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.33, n.2, p.268-275, 2011.

GONÇALVES, G. C. **O conhecimento dos pacientes submetidos a tratamento hemodialítico sobre Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua**. 2010. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

GRACIDA-JUÁREZ, C.; ESPINOZA, P. R.; CANCINO-LÓPEZ, J. D.; IBARRA-VILLANUEVA, A.; CEDILLO-LÓPEZ, U.; VILLEGAS-ANZO, F.; ALVAREZ, J. M. Experiência de transplante de rim no Hospital Especialidade Bernardo Sepúlveda Centro Médico Nacional Século XXI, Instituto Mexicano de Seguridad Social. **Revista de Investigacion Clinica**, v.63, n.1, p.19-24, 2011.

GUERRA JUNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L.; CESAR, C. C.; QUEIROZ, O. V.; SILVA, G. D. Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.1, p.163-174, 2010.

HELDAL, K.; HARTMANN, A.; LEIVESTAD, T.; LIEN, B.; FOSS, A. E.; MIDTVEDT, K. Renal transplantation is also an option for patients over 70. **Tidsskrift Norske Laegeforening**, v.131, n.20, p. 2004-2007, 2011.

ISER, B. P. M.; CLARO, R. M.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - VIGITEL Brasil - 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, supl.1, p.90-102, 2011.

KAMATH, P. S.; KIM, W. R. The model for end-stage liver disease (MELD). **Hepatology**, v.45, n.3, p.797-805, 2007.

KIERANS, C. Narrating kidney disease: the significance of sensation and time in the emplotment of patient experience. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v.29, n.3, p.341-359, 2005.

KOEPE, G. B. O.; ARAÚJO, S. T. C. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério-venosa em seu corpo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.esp., p.147-151, 2008.

LIMA, J. F. **O significado da vivência do tratamento hemodialítico para indivíduos provenientes do contexto rural**. 2012. 107f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

LIRA, A. L. B. C.; GUEDES, M. V. C.; LOPES, M. V. O. Adaptação psicossocial do adolescente pós-trasplante renal segundo a teoria de Roy. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.XXIII, n.1, p.68-77, 2005.

LUO, M.; QIU, F.; WANG, Y.; ZHOU, Z. Preemptive deceased-donor renal transplant in adults: single-center experience and outcome. **Experimental And Clinical Transplantation**, v.10, n.2, p.101-104, 2012.

LUVISOTTO, M. M.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. **Einstein**, v.5, n.2, p.117-122, 2007.

MARCELINO, C. A. G.; FUSCO, C. C.; ARAÚJO, M. N.; AYOUB, A. C. Doador dominó de coração: possibilidade de aproveitamento das valvas cardíacas. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.13, n.3, p.1329-1392, 2010.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.8, p.1560-1568, 2011.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.10, p.2229-2239, 2006.

MARINHO, R. F.; SANTOS, N. O.; PEDROSA, A. F.; LUCIA, M. C. S. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos. **Psicologia Hospitalar**, v.3, n.2, p.0-0, 2005.

MARTINS, M. F. M. **Estudo do uso do Portal da CAPES no processo de geração de conhecimento por pesquisadores da área Biomédica: aplicando a técnica do incidente crítico**. 2006.128f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

MEDINA-PESTANA, J. O.; GALANTE, N. Z.; TEDESCO-SILVA, H.J.; HARADA, K. M.; GARCIA, V. D.; ABBUD-FILHO, M.; CAMPOS, H. H.; SABBAGA, E. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.33, n.4, p.472-484, 2011.

MOURNING, A. A transplant recipient's experience. **Transplantation**, v.82, n.12, p.1563-1564, 2006.

MURRAY, J. E. Ronald Lee Herrick Memorial: June 15, 1931 December 27, 2010. **American Journal Transplantation**, v.11, n.3, p.419, 2011.

MURRAY J. E. The 50th anniversary of the first successful human organ transplant. **Revista de Investigación Clínica**, v.57, n.2, p.118-119, 2005.

OLIVEIRA, V. A. **As experiências vivenciadas em família: a compreensão das mulheres em hemodiálise**. 2012. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

ORTÍZ, J. C. C.; MACHACA, M. P.; LEYVA, C. R.; BELLIDO, C. M.; HAMADA, L. G.; VIZCARRA, S. M. Problemática del trasplante de órganos y tejidos en el Perú. **Diagnostico**, v.50, n.4, p.175-183, 2011.

OUELLETTE, A.; ACHILLE, M.; PÂQUET, M. The Experience of Kidney Graft Failure: Patients' Perspectives. **Qualitative Health Research**, v.19, n.8, p.1131-1138, 2009.

PALMEIRA, J. S. **As percepções de pais pela primeira vez na transição para a paternidade**. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAURA, P. R. C.; RIBEIRO, C. D. M.; SILVA JUNIOR, A. G. Equidade no acesso ao transplante de rim com doador falecido no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Direito Sanitário**, v.11, n.3, p.174-202, 2011.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, v.15, n.2, p.51-52, 2010.

PELOTAS. Prefeitura Municipal. Disponível em:
<<http://www.pelotas.rs.gov.br/cidade/dados-gerais.php>> Acesso em: 02 jan 2013.

PEREIRA, D. O. **Políticas públicas relacionadas à doação e realização de transplantes**. 2008. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão

de Políticas Públicas)-Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p.689-695, 2009.

PEREIRA, M.G. Conceitos básicos de epidemiologia. In: EPIDEMIOLOGIA: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.4.

PUPULIM, J. S. L. **A nudez do cliente e o cuidado de enfermagem: incidentes críticos relatados por enfermeiros**. 2003. 151f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

QUINTANA, A. M.; WEISSHEIMER, T. K. S.; HERMANN, C. Atribuições de significados ao transplante renal. **Revista Psico**, v.42, n.1, p.23-30, 2011.

RATCLIFF, M. B.; BLOUNT, R. L.; MEE, L. L. The relationship between adolescent renal transplant recipients' perceived adversity, coping, and medical adherence. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v.17, n.2, p.116-124, 2010.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, v.12, n.2, p.177-184, 2007.

RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada Estado**. Ano XVIII, n.4, p.1-97, 2012.

RENZ, J. F.; KIN, C.; KINKHABWALA, M.; JAN, D.; VARADARAJAN, R.; GOLDSTEIN, M. BROWN JR, R.; EMOND, J. C. Utilization of extended donor criteria liver allografts maximizes donor use and patient access to liver transplantation. **Annals Surgery**, v.242, n.4, p.556-563; 2005.

RIBEIRO, L. C. M.; SOUZA, A. C. S.; BARRETO, R. A. S. S.; NEVES, H. C. C.; BARBOSA, M. A. Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.1, p.162-171, 2012.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. S.; WANDERLEY, J. C. V.; CORREIA, L. M.; PERES, M. H. M. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011. 336p.

ROSA, T. N. **Bioética e confidencialidade do doador cadáver em transplantes renais**. 2007. 92f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências da Saúde, Saúde Universidade de Brasília, Brasília.

RUBIO, L. A. B. Trasplante Renal: Dilemas y Bioética. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, v.18, n.2, p.82-85, 2009.

SALOMÃO, A. Atualização em transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.22, n.4, p.244-248, 2000.

SANTOS, G. O. Transplante no Brasil: um investimento do SUS. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.12, n.1, p.1070-1073, 2009.

SCHILICH, T. Na ancient dream of mankind?: The historicity of organ transplantation. In: THE ORIGINS OF ORGAN TRANSPLANTATION. Rochester: University of Rochester Press, 2010. p.04-13.

SCOTT, K. W.; HOLLINGSWORTH, G. M. Perceptions of a multiple kidney transplant recipient: Understanding a fragile life. **Nephrology Nursing Journal**, v.37, n.2, p.161-167, 2010.

SERRANO, A. R. N.; **Importância e efeitos de incidentes críticos na satisfação e lealdade do cliente**. 2009. 40f. Dissertação (Mestrado)-Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

SETZ, V. G.; PEREIRA, S. R.; NAGANUMA, M. O transplante renal sob a ótica de crianças portadoras de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico - estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.3, p.294-300, 2005.

SILVA, D. R. S. **Experiência de adoecimento de pessoas transplantadas renais em Mato Grosso**. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

SILVA, E. N. **Ensaio em economia da saúde: transplantes de rim**. 2008. 113f. Tese (Doutorado em Economia)- Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SILVA, F. S. **História oral de vida de pacientes transplantados renais: novos caminhos a trilhar**. 2011. 153f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.1, p.10-14, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 09 jan 2013.

SILVA, J. M.; FIALHO, A. V. M.; BORGES, M. C. L. A.; SILVA, L. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes transplantados renais em hospital universitário e o conhecimento sobre uso de drogas imunossupressoras. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.14, n.1, p.1449-1494, 2011.

SILVA, O. C.; SOUZA, F. F.; NEJO, P. Doação de órgãos para transplantes no Brasil: o que está faltando? O que pode ser feito? **ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n.2, p.93-94, 2011.

STANCIOLI, B.; CARVALHO, N. P.; RIBEIRO, D. M.; LARA, M. A. O Sistema nacional de transplantes: saúde e autonomia em discussão. **Revista de Direito Sanitário**, v.11, n.3, p.123-154, 2011.

STARZOMSKI, R.; HILTON, A. Patient and family adjustment to kidney transplantation with and without an interim period of dialysis. **Nephrology Nursing Journal**, v.27, n.1, p.17-32, 2000.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.885-895, 2004.

UCPel. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/portal/?secao=noticias&id=4180>> Acesso em: 14 dez 2012.

VITOLA, S. P. **Transplante renal em crianças com peso inferior a 15 Kg: acesso cirúrgico extraperitoneal – experiência em 62 transplantes**. 2011. 149f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

WESTPHAL, G. A.; CALDEIRA FILHO M.; VIEIRA, K. D.; ZACLIKEVIS, V. R.; BARTZ, M. C. M.; WANZUITA, R.; RÉA-NETO, Á.; TEIXEIRA, C.; FRANKE, C.; MACHADO, F. O.; ANDRADE, J.; MATOS, J. D.; GERENT, K. B.; FIORELLI, A.; GONÇALVES, A. R. R.; FERRAZ NETO, B.; DIAS, F. S.; CARVALHO, F. B.; COSTA, G.; CAMARGO, J. J.; TELES, J. M. M.; MAIA, M.; NOGARA, M.; COELHO, M. E.; MAZZALI, M.; YOUSSEF, N. C. M.; DUARTE, P.; SOUZA, R. L.; FERNANDES, R.; CAMARGO, S.; GARCIA, V. D. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos específicas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.23, n.4, p.410-425, 2011.

ZANI, A. V.; PAZ, G.; BONIOTTI, G. Consulta de enfermagem no pré e pós-operatório de transplante renal: faz a diferença? **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.3, n.2, p.41-46, 2009.

ZILLMER, J. G. V. **Estudo retrospectivo: perfil dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal ambulatorial contínua**. 2007. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Apêndices

APÊNDICE A – Carta à direção do Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado**

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, ____ de _____ de 2013.

Prezado(a) Senhor(a),

Na condição de aluna do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), venho por meio desta solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa, intitulada “**As vivências das pessoas com o transplante renal**”, a qual tem por objetivo conhecer as vivências das pessoas com o transplante renal por meio da Técnica dos Incidentes Críticos.

Os sujeitos da pesquisa serão as pessoas que realizaram transplante renal, e que estejam dispostas a participar deste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Teremos presente, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como o Hospital Santa Casa de Misericórdia. Ademais, estaremos em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, obedecendo aos artigos 89, 90, 91, 94 e 98, além da Resolução 1996/96, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Desta forma, contamos com o seu apoio, agradecendo desde já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto/Pelotas/RS
Pesquisadoras: Bianca Pozza dos Santos, Celular: (53) 81133910, E-mail: bi.santos@bol.com.br e Eda Schwartz, Celular (53) 99826959, E-mail: eschwartz@terra.com.br

**APÊNDICE B – Carta à direção do Serviço de Nefrologia do Hospital
Beneficência Portuguesa de Pelotas**

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado**

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, ____ de _____ de 2013.

Prezado(a) Senhor(a),

Na condição de aluna do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), venho por meio desta solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa, intitulada “**As vivências das pessoas com o transplante renal**”, a qual tem por objetivo conhecer as vivências das pessoas com o transplante renal por meio da Técnica dos Incidentes Críticos.

Os sujeitos da pesquisa serão as pessoas que realizaram transplante renal, e que estejam dispostas a participar deste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Teremos presente, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como o Hospital Beneficência Portuguesa. Ademais, estaremos em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, obedecendo aos artigos 89, 90, 91, 94 e 98, além da Resolução 1996/96, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Desta forma, contamos com o seu apoio, agradecendo desde já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto/Pelotas/RS
Pesquisadoras: Bianca Pozza dos Santos, Celular: (53) 81133910, E-mail: bi.santos@bol.com.br e Eda Schwartz, Celular (53) 99826959, E-mail: eschwartz@terra.com.br

**APÊNDICE C – Carta à direção do Serviço de Nefrologia do Hospital
Universitário São Francisco de Pelotas**

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado**

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, ____ de _____ de 2013.

Prezado(a) Senhor(a),

Na condição de aluna do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), venho por meio desta solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa, intitulada “**As vivências das pessoas com o transplante renal**”, a qual tem por objetivo conhecer as vivências das pessoas com o transplante renal por meio da Técnica dos Incidentes Críticos.

Os sujeitos da pesquisa serão as pessoas que realizaram transplante renal, e que estejam dispostas a participar deste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Teremos presente, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como o Hospital Universitário São Francisco de Paula. Ademais, estaremos em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, obedecendo aos artigos 89, 90, 91, 94 e 98, além da Resolução 1996/96, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Desta forma, contamos com o seu apoio, agradecendo desde já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto/Pelotas/RS
Pesquisadoras: Bianca Pozza dos Santos, Celular: (53) 81133910, E-mail: bi.santos@bol.com.br e Eda Schwartz, Celular (53) 99826959, E-mail: eschwartz@terra.com.br

APÊNDICE D – Carta de Encaminhamento do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado**

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, ____ de _____ de 2013.

Prezados(as) senhores(as),

Estamos encaminhando para vossa apreciação, o Projeto intitulado “**As vivências das pessoas com o transplante renal**” de autoria da Enf^a. Bianca Pozza dos Santos, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz.

Aguardo vosso parecer e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos através dos telefones (53) 81133910, (53) 99826959 ou pelo telefone (53) 39211527 da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Atenciosamente,

Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto/Pelotas/RS
Pesquisadoras: Bianca Pozza dos Santos, celular: (53) 81133910, e-mail: bi.santos@bol.com.br e Eda Schwartz, celular (53) 99826959, e-mail: eschwartz@terra.com.br

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Consentimento livre e esclarecido

Venho, respeitosamente através deste, convidá-lo(a) a participar da pesquisa relatando sua experiência e emitindo a sua opinião. O objetivo deste estudo é conhecer as vivências das pessoas com o transplante renal por meio da Técnica dos Incidentes Críticos.

A coleta de dados será realizada pela enfermeira Bianca Pozza dos Santos, sob orientação da professora Eda Schwartz, em períodos e locais acordados com os participantes da pesquisa.

Para a coleta de dados, se utilizará um gravador. Além disso, durante a entrevista as perguntas poderão ser ou não respondidas na totalidade, podendo haver desistência da participação no estudo em qualquer momento, sem acarretar em mudanças no seu tratamento. Informo também, que não haverá nenhum custo na participação da pesquisa.

As informações obtidas serão armazenadas juntamente com a de outros participantes. Os resultados obtidos serão colocados a disposição e usados apenas para fins científicos. Aos participantes do estudo, serão garantidos o anonimato.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa e dos benefícios da presente pesquisa. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- de que o estudo será publicado em âmbito acadêmico e que serão respeitados os preceitos éticos;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa, emitindo meu parecer quando solicitado e permitindo o uso de gravador.

Pelotas, ____ de _____ de 2013.

Participante da pesquisa

Bianca Pozza dos Santos

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto/Pelotas/RS

Pesquisadoras: Bianca Pozza dos Santos, Celular: (53) 81133910, E-mail: bi.santos@bol.com.br e Eda Schwartz, Celular (53) 99826959, E-mail: eschwartz@terra.com.br

APÊNDICE F – Roteiro Para a Caracterização dos Entrevistados

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

<u>Dados de Identificação</u>
Nome: _____ Idade: _____
Sexo: _____ Raça: _____
Estado Civil: _____ Escolaridade: _____
Ocupação: _____
Renda própria: _____ Religião: _____
Procedência: _____
<u>Dados da Doença e do Tratamento</u>
Serviço de Nefrologia: _____
Tempo da Doença Renal: _____
Motivo da Doença Renal: _____

Tipo(s) de Tratamento(s) Dialítico(s) Realizado(s): _____

Tempo do Atual Transplante Renal: _____
Local de Realização do Transplante Renal: _____

Fonte do Órgão Transplantado: _____

APÊNDICE G – Roteiro Para a Entrevista

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado**

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Questões:

1) Conte-me sobre como foi a sua vida após a realização do transplante renal?

2) Com o transplante renal, o que você considerou fácil?

2.1) Descreva um ou mais momentos que foram fáceis para você com o transplante renal:

2.2) Como você se sentiu nesses momentos?

2.3) Como você reagiu nesses momentos?

2.4) Que efeitos esses acontecimentos tiveram na sua vida?

3) Com o transplante renal, o que você considerou difícil?

3.1) Descreva um ou mais momentos que foram difíceis para você com o transplante renal:

3.2) Como você se sentiu nesses momentos?

3.3) Como você reagiu nesses momentos?

3.4) Que efeitos esses acontecimentos tiveram na sua vida?

Anexo

ANEXO A – Carta de Autorização da Coordenadora da Pesquisa

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível Mestrado

Pesquisa: “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”

Subprojeto: “As vivências das pessoas com o transplante renal”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, 20 de junho de 2012

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Bianca Pozza dos Santos**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, é membro do projeto de pesquisa, “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”, sob minha coordenação. Desta forma, está autorizada a utilizar um objetivo específico do projeto acima mencionado para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**As vivências das pessoas com o transplante renal**”, sob minha orientação. Ressalto que esta dissertação, faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora do projeto.



Coordenadora do Projeto de Pesquisa, nº 4.04.01.019

II Relatório do trabalho de campo

Relatório do trabalho de campo

Este relatório de campo abordará o desenvolvimento do estudo realizado pela mestrandia Bianca Pozza dos Santos, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz, intitulado “As vivências das pessoas com o transplante renal”, sendo um subprojeto da pesquisa “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado”. Além do mais, trata-se da Dissertação desenvolvida para o curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (PPGEn-FEn/UFPel), fazendo parte da linha de pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural.

O Mestrado Acadêmico PPGEn-FEn/UFPel teve início no dia 19 de março de 2012, com previsão de término de no máximo 24 meses. Desde o princípio, já havia sido estabelecido quem seria a orientadora, passando-se então, haver encontros com a finalidade de delimitar o tema do estudo. A partir do momento em que houve a definição, iniciou-se a revisão de literatura e a construção do delineamento metodológico, com a escolha do referencial a ser utilizado. Assim, o estudo seria desenvolvido com as pessoas que realizaram o transplante renal e possuiria uma abordagem qualitativa do tipo descritivo, utilizando-se como método, a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC).

Como a proposta seria desenvolver o estudo com as pessoas que realizaram o transplante renal, no mês de novembro de 2012, iniciaram as visitas nos três serviços de nefrologia do Município de Pelotas, pertencentes aos hospitais 01, 02 e 03, a fim de conhecer o número de transplantados. Apesar de ter ocorrido, no primeiro momento, uma boa recepção, os funcionários dos serviços de nefrologia responsáveis pelos dados das pessoas, mostraram-se receosos, não fornecendo um

número exato das que haviam sido transplantadas. Talvez, isso tenha ocorrido em virtude da visita ter sido realizada informalmente.

Durante esse primeiro contato, soube-se que as pessoas realizam o transplante renal em Porto Alegre, e conseqüentemente, acabam perdendo o vínculo com o serviço de nefrologia onde faziam o tratamento dialítico, pois as consultas de revisão passam a ser somente no local em que foi realizada a cirurgia. Além disso, a assistente social do serviço de nefrologia do Hospital 01, responsável pelos dados das pessoas transplantadas, comentou sobre a existência de uma organização não governamental, chamada Associação Sul-Riograndense de Transplantados e Portadores de Doenças Crônicas (ASTRADO), criada no Município de Pelotas, por uma pessoa que há dez anos está transplantada. Com essa informação, foram fornecidos os dados para a realização de futuros contatos. Inclusive, o mesmo foi entrevistado durante a coleta de dados, porém, seu nome não constava na lista cedida, posteriormente, pelo serviço de nefrologia do Hospital 02, em que realizou o tratamento dialítico.

Ao receber a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi encaminhada uma cópia do parecer aos três serviços de nefrologia. Esses, por sua vez, disponibilizaram os dados de todas as pessoas que realizaram o transplante renal, permitindo então, o acesso por meio dos sistemas, eletrônico e papel. Nesse momento, se buscaram anotar os principais, como: nome completo, sexo, data de nascimento, endereço residencial, telefone, data de realização do transplante, tratamento dialítico prévio e a sua data de início. Muitos dados estavam incompletos, tanto que em alguns, havia somente o nome completo da pessoa e a data de realização do transplante. A falta dos registros tornou-se um fator limitante para se obter contatos com as pessoas transplantadas.

Para iniciar a abordagem, planejou-se que o primeiro contato poderia ser estabelecido direto no domicílio, quando a pessoa não possuísse telefone ou se mostrasse receosa com a ligação. Entretanto, como havia em alguns registros mais de dois endereços diferentes, optou-se fazer o convite para participar do estudo por meio de ligação telefônica, pois a intenção seria evitar contratempo ao se deslocar entre os supostos endereços, em decorrência do curto período para a coleta de dados, havendo ainda, o risco das pessoas não serem encontradas.

Assim, os contatos telefônicos iniciaram-se no dia 16 de maio de 2013. Durante a abordagem, a entrevistadora se apresentava e explicava o motivo da

ligação, apresentando os objetivos do estudo e convidando à participação. Quando havia o aceite, solicitava-se permissão para realizar a entrevista no domicílio do entrevistado, porém, também se esclarecia que a mesma poderia ser realizada em outro local de sua preferência. Logo, eram agendados a data e o horário, conforme a disponibilidade de ambos.

Para aquelas pessoas que aceitavam realizar a entrevista no domicílio, se confirmava o endereço com base no que havia sido cedido pelo serviço de nefrologia, uma vez que poderia estar desatualizado. Fato esse confirmado em três entrevistados, que haviam mudado o endereço residencial após o transplante renal. Ademais, era solicitado um ponto de referência para facilitar a localização da residência.

Na véspera da data combinada, efetivava-se contato telefônico para confirmar a realização da entrevista. Essa atitude, tomada por parte da entrevistadora, evitou possíveis contratempos, pois ao contatar as pessoas transplantadas, algumas afirmavam que haviam se esquecido do combinado e solicitavam que as entrevistas fossem transferidas, em decorrência de compromissos, aos quais haviam assumido no mesmo período.

Antes de iniciar a coleta de dados, inicialmente, a pretensão seria de contatar cinco pessoas transplantadas, vinculadas em cada serviço de nefrologia. Assim, no primeiro momento, finalizar-se-ia com 15 pessoas entrevistadas. Logo, far-se-ia uma pausa de 15 dias para a entrevistadora poder realizar a análise do conteúdo. Em um segundo momento, voltaria a realizar novamente contatos com cinco pessoas transplantadas de cada serviço de nefrologia. No final, o estudo resultaria em 30 entrevistados.

Importante salientar, que essa decisão baseou-se a partir das recomendações estabelecidas pela TIC, na qual sugere que as entrevistas sejam realizadas em um primeiro momento com um número específico de pessoas. Após, realizar uma pausa para analisar os dados coletados, e posteriormente, retomar as entrevistas com outro grupo de pessoas. O encerramento das entrevistas se daria a partir da repetição dos dados obtidos, todavia, esses não poderiam ser reduzidos, uma vez que a TIC não sugere a sua aplicação em um número restringido de entrevistados. Caso não haja uma quantidade relativa de relatos, torna-se inviável a tomada de informações com elevados níveis de confiabilidade e de representatividade (DELA COLETA, J.; DELA COLETA, M., 2004).

Entretanto, a pretensão inicial desejada não se tornou viável, pois ao finalizar a abordagem das cinco pessoas no primeiro serviço de nefrologia, foi realizada a tentativa no segundo, em que a partir desse momento, os contatos começaram a se tornar difíceis. Isto é, durante as ligações telefônicas, as chamadas sempre davam sinal e não se tinha o atendimento ou havia uma mensagem gravada, afirmando que o número estava desativado, ou ainda, apresentavam a numeração incompleta. Quando se conseguia efetivar a ligação telefônica, ocorrendo o atendimento, era informado pelo atendente que o número não pertencia a pessoa transplantada, tampouco era sua conhecida. Já no terceiro serviço, mais de 50% das pessoas transplantadas não se encaixavam nos critérios de inclusão.

O primeiro serviço de nefrologia em que foram realizados os contatos foi o que pertence ao Hospital 01. Nesse, as primeiras cinco ligações telefônicas foram obtidas com sucesso, havendo o aceite por parte das pessoas transplantadas em participar do estudo.

No segundo serviço de nefrologia, que foi do Hospital 02, duas pessoas atenderam e aceitaram espontaneamente. Nos outros contatos que eram efetivados, ocorriam as seguintes situações:

- Um rapaz pediu para ligar na próxima semana, mas como era do sexo masculino, não foi realizado contato novamente, uma vez que a finalidade seria realizar as entrevistas com um número igual entre pessoas do sexo feminino e masculino. Como, de forma geral, na relação das pessoas transplantadas havia mais homens do que mulheres, então foi possível suprimir esse caso.

- O mesmo ocorreu em outra situação, em que foram realizadas, no mesmo dia, três tentativas telefônicas para um senhor, respeitando os horários de contato, conforme o atendente solicitava. Quando era perguntado se a pessoa poderia atender a chamada, a resposta que se recebia era de que estava dormido. Importante frisar que as ligações nesse caso, foram realizadas às 11h30min, 12h45min e 13h30min.

Como havia necessidade de conseguir contatos com o sexo feminino, devido à escassez no número de transplantadas e desejando-se a igualdade de número entre homens e mulheres, no serviço de nefrologia do Hospital 02, realizou-se três tentativas de contato com uma senhora, de modo a convidá-la para a participação no estudo:

- No primeiro contato telefônico, a mesma atendeu e após ouvir o convite para participar do estudo, respondeu que ligasse na semana seguinte, depois de sua consulta de revisão em Porto Alegre.

- Dessa forma, foi realizado o segundo contato telefônico, conforme havia sido solicitado. Uma senhora que atendeu a ligação, primeiramente gostaria de saber qual era o motivo do contato, após explicar que se tratava de um convite para participar do estudo, informou que a pessoa transplantada estava em Porto Alegre e pediu para retornar a ligação na próxima semana.

- Ao realizar o terceiro contato, novamente uma senhora atendeu, o tom de voz era parecido com os anteriores, logo solicitou informações sobre o que se tratava o motivo da ligação. Após a entrevistadora explicar, a atendente informou que a pessoa transplantada estava consultando-se em Porto Alegre. Ao ouvir pela terceira vez, foi perguntando qual era o atual estado de saúde dela, se colocando a disposição para ajudá-la. A resposta recebida foi de que a mesma estava bem.

A relação cedida pelo serviço de nefrologia do Hospital 01, incluía as pessoas transplantadas a partir do ano de 2007, totalizando-se em 31. Segundo a assistente social que forneceu os dados por meio de uma ficha, a atual sede do serviço de nefrologia que fica localizada em um centro de pesquisa, não possui os registros anteriores, já que permaneceram no hospital de origem.

Entre os contatos realizados, o número telefônico de uma pessoa transplantada era engano; outra foi informado pelo familiar o óbito há cinco meses; e três pessoas não se encaixaram nos critérios de inclusão, pois faziam menos de um ano que haviam recebido o transplante renal. Ao todo, nesse serviço houve 12 entrevistados, sendo cinco homens e sete mulheres.

Na relação composta por 38 pessoas transplantadas, vinculadas ao serviço de nefrologia do Hospital 02, havia a inclusão desde o ano de 1985. Nesse caso, era bem comum a ausência ou a desatualização de dados das pessoas transplantadas, principalmente aqueles que eram anteriores ao ano 2000, fato esse que dificultou a realização dos contatos. No mais, duas pessoas foram excluídas, pois as informações existentes eram somente o nome completo e a data da realização do transplante. Referente a essa ocorrência, ao perguntar sobre como poderia obter os dados dessas pessoas aos funcionários do serviço de nefrologia, os mesmos não sabiam informar. Além disso, três pessoas foram excluídas por não se encaixar nos critérios de inclusão, uma vez que tinham menos de um ano da realização do

transplante renal; outros, o contato telefônico não era obtido com sucesso. Ao todo, cinco pessoas foram entrevistadas, sendo quatro homens e uma mulher.

Já o serviço de nefrologia do Hospital 03 é o mais novo na cidade de Pelotas, prestando assistência desde 2006. A relação fornecida era composta por 16 pessoas transplantadas, todavia, muitas tiveram que ser excluídas por não se encaixarem nos critérios de inclusão, ou seja, uma possuía deficiência mental, uma havia perdido o funcionamento do órgão transplantado e oito foram transplantados em menos de um ano. Assim, obtiveram-se quatro entrevistados, sendo dois homens e duas mulheres.

Salienta-se que a coleta de dados iniciou no dia 20 de maio de 2013. Enquanto as entrevistas eram realizadas, novos contatos telefônicos eram estabelecidos. Deve-se ainda destacar que, apesar do imprevisto de algumas tentativas de contatos telefônicos, as que eram efetivadas com sucesso, havia a boa interação entre a pessoa transplantada, bem como a boa receptividade ao chegar em seu domicílio. Tanto que alguns ofereciam chás e frutas, sendo que um, a familiar fez questão que tomasse um café da tarde, preparado com bolo e pão caseiro.

Das 85 pessoas transplantadas contidas na relação fornecida pelos três serviços de nefrologia, 21 aceitaram participar do estudo, dez eram mulheres e 11 eram homens. Apesar de ter sido realizada a entrevista, um teve de ser excluído, pois não se encaixava nos critérios de inclusão, uma vez que não realizou tratamento dialítico, somente o conservador.

Desse modo, para o estudo totalizaram-se 20 entrevistados, dez mulheres e dez homens, obtendo-se, portanto, a igualdade de número entre os sexos. Isto é, a intenção não seria saber se havia mais homens ou mais mulheres transplantadas, e sim, conhecer a vivência do transplante renal, tanto para um, como para outro, uma vez que estudos que possuem abordagem qualitativa não se preocupam com a representatividade numérica, e sim, buscam a compreensão de uma determinada situação vivenciada.

A coleta de dados foi realizada em cinco cidades da região Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Foram elas:

- Arroio do Padre, realizou-se uma entrevista no domicílio localizado na zona rural. A entrevistadora foi acompanhada de uma acadêmica de enfermagem

residente no Município, que é bolsista do projeto de pesquisa em que este estudo é vinculado. A distância entre Pelotas e Arroio do Padre é de 37,37 quilômetros.

- Canguçu, três entrevistas foram realizadas, sendo duas em uma sala disponível da Secretaria Municipal de Saúde e uma no domicílio localizado na região central da cidade. A distância entre Pelotas e Canguçu é de 52,17 quilômetros.

- Jaguarão, foram realizadas duas entrevistas nos domicílios, um localizado no bairro Carvalho e outro no Centro, ambos pertencentes à região urbana da cidade. A distância entre Pelotas e Jaguarão é de 131,46 quilômetros.

- Pelotas, as entrevistas foram realizadas nos domicílios localizados nos bairros Arco Íris, Areal, Centro, Cohab Lindoia, Fragata, Santa Terezinha, Simões Lopes, além de realizar em salas disponíveis nos serviços de nefrologia dos Hospitais 01 e 02, totalizando 14 entrevistados. Todas as residências pertenciam à região urbana da cidade.

- Piratini, apenas realizou-se uma entrevista em um domicílio localizado no bairro Sinuelo, região urbana da cidade. A distância entre Pelotas e Piratini é de 81,06 quilômetros.

Destaca-se que a cidade de Pelotas foi a que teve o maior número de entrevistas realizadas. Esse fato pode ser em virtude do Município sediar os três serviços de nefrologia, além de possuir uma população estimada em 328.275 habitantes (IBGE, 2013).

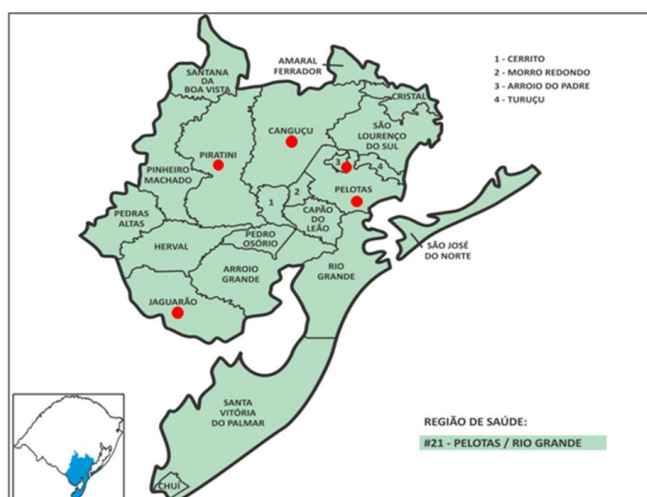


Figura 1 – Cidades da região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, em que as pessoas com o transplante renal foram entrevistadas no período de maio a julho de 2013

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, Coordenadorias Regionais, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/160/3%C2%AA_CRS_%28Pelotas%29> Acesso em: 26 set 2013.

No primeiro encontro com os entrevistados, foi retomada a apresentação da entrevistadora, o motivo da realização do estudo, esclarecendo o seu desenvolvimento, os objetivos a serem alcançados, a operacionalização da coleta com auxílio de um gravador e a importância da participação, garantindo a não obrigatoriedade. Para o anonimato, os mesmos foram identificados pela letra E de entrevistado, seguido do número arábico, conforme a sequência das entrevistas, acrescidos da idade (por exemplo, E1, 43 anos).

Antes de iniciar as entrevistas, foi apresentado e lido juntamente com o entrevistado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo, foi solicitada a assinatura em duas vias, tanto do entrevistado, quanto da entrevistadora, para que cada um ficasse com o documento devidamente assinado. Após a leitura do TCLE, enfatizou-se ao entrevistado que guardasse a sua via, apontando que abaixo do texto estaria o nome completo, telefone e e-mail da entrevistadora e da orientadora, caso futuramente necessitasse entrar em contato para perguntar ou esclarecer alguma dúvida com relação ao estudo.

A apreciação do TCLE mostra-se relevante à medida que leva a compreensão do entrevistado aos procedimentos que envolvem o estudo, com os seus respectivos riscos e potenciais benefícios, de modo que o mesmo tenha informações necessárias para tomar uma decisão consciente sobre a sua participação. Ainda, o esclarecimento a ser fornecido deve se constituir de uma linguagem acessível, incluindo os seguintes itens: justificativa do estudo; garantia de esclarecimentos de possíveis dúvidas; liberdade de desistência em qualquer momento; sigilo de elementos que possam levar a identificação do entrevistado (MIRANDA et al., 2009).

Em seguida, preenchia-se um roteiro construído com a finalidade de obter os dados de identificação dos entrevistados. Nele, eram registradas informações socioeconômicas (Figura 2) e da doença (Figura 3), em que para a construção da caracterização geral, completou-se com o que haviam sido colhidos nos prontuários, quando os serviços de nefrologia disponibilizaram a relação das pessoas transplantadas.

Entrevistado	Sexo	Idade	Raça	Religião	Estado civil	Escolaridade	Renda própria	Situação ocupacional	Procedência	Município que reside atualmente	Zona rural ou urbana
E1	Masculino	66 anos	Branca	Católica	Casado	Ensino Médio incompleto	R\$ 900,00	Aposentado	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E2	Feminino	53 anos	Branca	Católica	Casada	Ensino Fundamental completo	Sem renda	Do lar	São Gabriel	Pelotas	Zona urbana
E3	Masculino	40 anos	Branca	Católica	Solteiro	Ensino Médio incompleto	R\$ 720,00	Aposentado	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E4	Masculino	55 anos	Negra	Católica	Solteiro	Ensino Fundamental incompleto	R\$ 1.256,00	Aposentado/Do lar	Canguçu	Pelotas	Zona urbana
E5	Masculino	30 anos	Negra	Espírita	Casado	Ensino Superior incompleto	R\$ 3.400,00	Auxiliar técnico de telecomunicações	Pedro Osório	Pelotas	Zona urbana
E6	Feminino	36 anos	Branca	Igreja Episcopal	Divorciada	Ensino Médio incompleto	R\$ 1.000,00	Do lar	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E7	Feminino	58 anos	Branca	Católica	Viúva	Ensino Superior completo	R\$ 2.600,00	Aposentada	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E8	Feminino	50 anos	Branca	Espírita	Casada	Ensino Fundamental incompleto	R\$ 760,00	Do lar	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E9	Feminino	55 anos	Branca	Católica	Solteira	Ensino Técnico	R\$ 1.200,00	Auxiliar de escritório	Santa Vitória do Palmar	Pelotas	Zona urbana
E10	Feminino	46 anos	Branca	Evangélica	Casada	Ensino Médio completo	Sem renda	Do lar	Pelotas	Pelotas	Zona urbana

Figura 2 - Dados socioeconômicos das pessoas com o transplante renal, que foram entrevistadas no período de maio a julho de 2013

Continua...

Continuação.

Entrevistado	Sexo	Idade	Raça	Religião	Estado civil	Escolaridade	Renda própria	Situação ocupacional	Procedência	Município que reside atualmente	Zona rural ou urbana
E11	Masculino	54 anos	Branca	Não tem	Casado	Ensino Superior incompleto	R\$ 2.000,00	Aposentado	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E12	Masculino	45 anos	Branca	Evangélica	Casado	Ensino Fundamental incompleto	R\$ 678,00	Aposentado	Arroio do Padre	Arroio do Padre	Zona rural
E13	Feminino	53 anos	Branca	Católica	Solteira	Ensino Médio completo	R\$ 749,00	Encostada	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E14	Masculino	41 anos	Branca	Umbandista	Casado	Ensino Médio incompleto	R\$ 678,00	Aposentado	Pelotas	Piratini	Zona urbana
E15	Masculino	39 anos	Negra	Não tem	Solteiro	Ensino Fundamental completo	R\$ 3.000,00	Militar reformado	Pelotas	Pelotas	Zona urbana
E16	Masculino	40 anos	Parda	Espírita	Solteiro	Ensino Superior completo	R\$ 1.500,00	Engenheiro agrônomo	Piratini	Canguçu	Zona urbana
E17	Feminino	40 anos	Branca	Católica	Casada	Ensino Fundamental incompleto	R\$ 600,00	Do lar	Canguçu	Canguçu	Zona urbana
E18	Masculino	55 anos	Branca	Católica	Casado	Ensino Médio completo	R\$ 1.600,00	Professor	Canguçu	Canguçu	Zona urbana
E19	Feminino	52 anos	Branca	Evangélica	Solteira	Ensino Fundamental incompleto	R\$ 622,00	Doméstica	Pinheiro Machado	Jaguarão	Zona urbana
E20	Feminino	63 anos	Negra	Espírita	Solteira	Ensino Médio completo	R\$ 1.800,00	Aposentada	Jaguarão	Jaguarão	Zona urbana

Figura 2 - Dados socioeconômicos das pessoas com o transplante renal, que foram entrevistadas no período de maio a julho de 2013

Entrevistado	Tempo da doença renal	Motivo da doença renal	Tratamentos dialíticos anteriores	Número de transplantes realizados	Tempo do transplante atual	Fonte do órgão transplantado
E1	08 anos	Hipertensão	Hemodiálise (por 04 anos)	01	04 anos e 08 meses	Doador cadáver
E2	07 anos	Hipertensão	Hemodiálise (por 07 anos)	01	01 ano e 03 meses	Doador cadáver
E3	06 anos	Hipertensão	Hemodiálise (por 02 anos)	01	03 anos e 07 meses	Doador cadáver
E4	07 anos	Hipertensão	Hemodiálise (por 05 anos)	01	01 ano e 11 meses	Doador cadáver
E5	04 anos	Glomerulonefrite	Hemodiálise (por 01 ano)	01	02 anos e 02 meses	Doador cadáver
E6	22 anos	Causa desconhecida	Hemodiálise (por 05 anos)	01	01 ano e 03 meses	Doador cadáver
E7	06 anos	Diabetes	Hemodiálise (por 01 ano)	01	02 anos e 01 mês	Doador cadáver
E8	11 anos	Hipertensão e Fator hereditário	Hemodiálise (por 08 anos)	01	02 anos e 06 meses	Doador vivo relacionado (filha)
E9	05 anos	Causa desconhecida / atrofia renal	Hemodiálise (por 01 ano)	01	04 anos e 02 meses	Doador vivo relacionado (irmão)
E10	06 anos	Causa desconhecida	Hemodiálise (por 02 anos)	01	01 ano e 09 meses	Doador cadáver
E11	12 anos	Diversos motivos	Hemodiálise (por 07 meses)	01	10 anos e 03 meses	Doador vivo relacionado (irmão)
E12	10 anos	Hipertensão e Fator hereditário	Hemodiálise (por 06 anos)	01	03 anos e 07 meses	Doador cadáver
E13	05 anos	Hipertensão	Diálise peritoneal (por 02 anos)	01	01 ano e 10 meses	Doador cadáver
E14	17 anos	Síndrome nefrótica	Hemodiálise (por 08 anos)	01	05 anos e 11 meses	Doador cadáver
E15	14 anos	Lúpus eritematoso sistêmico	Hemodiálise (por 01 ano)	01	02 anos	Doador vivo relacionado (irmã)
E16	15 anos	Sucessivas infecções de garganta	Hemodiálise (por 13 anos)	01	02 anos e 01 mês	Doador cadáver
E17	15 anos	Hipertensão e atrofia renal	Hemodiálise (por 12 anos)	01	04 anos e 03 meses	Doador cadáver
E18	28 anos	Infecção renal	Hemodiálise (por 02 anos) e diálise peritoneal (por 04 anos)	01	03 anos e 06 meses	Doador cadáver
E19	10 anos	Fator hereditário	Hemodiálise (por 04 anos)	01	02 anos e 05 meses	Doador cadáver
E20	08 anos	Rins policísticos	Hemodiálise (por 01 ano)	01	01 ano e 08 meses	Doador cadáver

Figura 3 - Dados referentes à doença renal e o tratamento realizado, das pessoas com o transplante renal que foram entrevistadas no período de maio a julho de 2013

Em seguida, realizaram-se perguntas para a coleta dos incidentes críticos. Além de fazer as que eram semiestruturadas, surgiam outras no decorrer das entrevistas, de modo, a esclarecer dúvidas ou conhecer mais sobre a vivência da pessoa com o transplante renal. As entrevistas foram gravadas e tiveram uma duração total de 607 minutos, variando de nove a 82 minutos, sendo realizadas somente com o entrevistado.

Em uma entrevista, houve a presença constate do familiar, assim, foi solicitado que esse não interferisse nos questionamentos, pois a finalidade do estudo era conhecer exatamente a vivência da pessoa com o transplante renal, quais eram as facilidades e as dificuldades encontradas com esse tipo de tratamento adotado. Em outra, o entrevistado até chamou a sua esposa para que auxiliasse nas respostas, mas ao esclarecer que ela não poderia interferir, concordou e se retirou do local em que estava.

Alguns entrevistados respondiam aos questionamentos detalhadamente, mostrando conhecimentos adquiridos com o transplante renal. Por momentos fugiam do assunto, fazendo com que a entrevistadora conduzisse a entrevista, de modo a trazer o depoimento fornecido, baseado no objetivo do estudo. Já outros eram sucintos, fornecendo respostas curtas, sendo algumas desconexas com a vivência do transplante renal. Assim, a entrevistadora esforçou-se em colher o máximo de informação que respondesse as questões realizadas.

Durante as entrevistas, além das perguntas semiestruturadas construídas com a finalidade de captar os incidentes críticos, eram perguntados aos entrevistados: como tem sido a rotina diária após o transplante renal e solicitado que fizesse uma comparação de como era na época da diálise; a rotina do uso das medicações utilizadas, principalmente os imunossupressores, averiguando a existência de efeitos colaterais; como ocorriam as frequentes idas a Porto Alegre para a revisão de saúde; a existência de algum medo relacionado ao transplante renal; entre outras, que surgiam de modo particular em cada entrevista.

Às vezes ocorriam interferências, como latidos de cachorro, pessoas passando no local da entrevista, celular tocando. Contudo, esses fatores não levaram a perturbações de concentração, visto que era perceptível o interesse das pessoas em participar do estudo. Em alguns momentos da entrevista, algumas se emocionavam ao falar da história da doença renal, dos tratamentos dialíticos realizados anteriormente e da vivência com o transplante renal.

No final do encontro, explicava-se que as entrevistas poderiam ser divididas em mais dois momentos. Ou seja, o primeiro poderia haver o retorno por parte da entrevistadora para o esclarecimento de dúvidas ou para a realização de perguntas que faltaram, e o segundo, era garantido que se retornaria para a apresentação dos principais resultados encontrados no estudo.

Após atingir um número suficiente de entrevistas, pois havia similaridade dos dados, a coleta foi encerrada no dia 10 de julho de 2013. As transcrições foram iniciadas no dia 25 de maio de 2013 e finalizadas no dia 25 de agosto de 2013. Para essa etapa, solicitou ajuda de três acadêmicas de enfermagem, duas bolsistas e uma voluntária. Todavia, como não possuíam experiência, apesar de terem recebido treinamento prévio, teve-se que revisar e retranscrever a maior parte das entrevistas, demandando tempo para a realização dessa tarefa, o que justificou a demora em iniciar a análise dos dados.

As transcrições eram registradas em meio digital e foram organizadas de acordo com o nome completo do entrevistado, a data, o horário, o local da entrevista e a sua duração. Resultaram em 420 páginas transcritas.

Para realizar a análise e a interpretação dos incidentes críticos obtidos, se adotou os passos, denominado de análise de conteúdo, conforme preconizado pela TIC. Os relatos gravados foram transcritos na íntegra e sofreram sucessivas leituras, de forma a identificar positivamente e/ou negativamente os três elementos que compreendem o incidente crítico, ou seja, as situações, os comportamentos e as consequências. Os relatos foram agrupados, de acordo com as suas semelhanças e se construiu as categorias a partir das situações, dos comportamentos e das consequências encontradas.

Neste estudo, totalizaram-se 683 incidentes críticos. Desses, 450 situações (272 positivas e 178 negativas), 141 comportamentos (108 positivos e 33 negativos) e 92 consequências (19 positivas e 73 negativas).

Salienta-se que a TIC utilizada para responder ao objetivo geral do estudo, introduz a subjetividade por parte do pesquisador, no momento em que ocorre a interpretação e a classificação dos depoimentos transmitidos pelos entrevistados. Durante a realização dessa etapa, nem todos os relatos são identificados claramente a ponto de serem facilmente direcionados para esta ou aquela categoria de incidentes, definidas previamente (FIGUEIREDO et al., 2012). Mesmo assim, afirma-

se que a aplicação da TIC auxiliou na compreensão da vivência da pessoa com o transplante renal, indo ao encontro dos pressupostos estabelecidos.

Quanto à divulgação dos dados, decidiu-se que a mesma seria em forma de artigo científico a partir de cada objetivo específico do projeto do estudo, de modo que os resultados fossem amplamente compartilhados a todos os interessados do meio acadêmico. Já para os entrevistados e para os três serviços de nefrologia, se realizaria pessoalmente, a apresentação dos principais resultados obtidos.

Nesse sentido, desde o início do estudo, buscou-se uma aproximação de confiança entre o pesquisador e os participantes, incluindo os funcionários dos serviços de nefrologia que concederam os dados das pessoas transplantadas e os que foram entrevistados. Portanto, para a construção dos resultados à devolução a esses, almejou a colocação de informações em forma de texto simples, de modo que os objetivos do estudo fossem respondidos, evitando ainda, a presença de um linguajar tecnicamente científico, visando assim, haver uma melhor compreensão, de maneira a não perder o caráter informativo. Os dados obtidos serão organizados, objetivando facilitar o entendimento das situações, dos comportamentos e das consequências, advindos com o transplante renal. Ademais, a devolução dos resultados será coletiva para os três serviços de nefrologia e individualizada para os entrevistados, iniciando e finalizando a apresentação com um agradecimento.

Referências

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação.** Taubaté: Cabral editora e Livraria Universitária, 2004. 130p.

FIGUEIREDO, K. F.; SANTOS, G. G.; CARNEIRO, T. C. J.; ARAUJO, C. A. S. Tecnologias de autoatendimento: satisfação e comportamento futuro do usuário. **Revista Alcance - Eletrônica**, v.19, n.01, p.101-118, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Disponível: <
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431440>> Acesso em:
31 jul 2013.

MIRANDA, V. C.; FÊDE, A. B. S.; LERA, A. T.; UEDA, A.; ANTONANGELO, D. V.; BRUNETTI, K.; RIECHELMANN, R.; DEL GIGLIO, A. Como consentir sem entender? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.3, p.328-334, 2009.

III Artigos com os principais resultados do estudo

Os incidentes críticos das pessoas que vivenciam o transplante renal: situações encontradas*

Critical incidents of people who lives the renal transplantation: found situations

Los incidentes críticos de las personas que vivencian el trasplante renal: situaciones encontradas

Bianca Pozza dos Santos¹

Eda Schwartz²

RESUMO

Objetivo: identificar as situações positivas e negativas vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal. **Método:** estudo com abordagem qualitativa do tipo descritivo, utilizando a Técnica dos Incidentes Críticos. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Após, os dados foram analisados, identificando-se as situações positivas e negativas. **Resultados:** foram identificadas um total de 450 situações, sendo organizadas de acordo com as categorias encontradas: a vivência do período intra e pós-cirúrgico, o retorno à vida cotidiana e o atual estado de saúde. **Conclusão:** ao tomar conhecimento das situações vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal, constatou-se que para algumas, a modalidade terapêutica adotada permitiu o retorno às suas atividades. Enquanto para outras, a falta de orientações sobre como proceder em determinadas ocasiões, a presença de efeitos

* Recorte da Dissertação de Mestrado intitulada “As vivências das pessoas com o transplante renal”, apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 2013. Pelotas/RS, Brasil.

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Bolsista de Demanda Social (CAPES). Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. E-mail: bi.santos@bol.com.br, Pelotas, RS, Brasil.

² Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e Vice-Líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. E-mail: eschwartz@terra.com.br, Pelotas, RS, Brasil.

Endereço Para Correspondência:

Bianca Pozza dos Santos
Endereço: Rua Alziro Zarur, nº 354 – Bairro: Arco Íris
CEP: 960878-080, Pelotas, RS, Brasil
E-mail: bi.santos@bol.com.br

colaterais das medicações imunossupressoras e a assistência deficitária do sistema de saúde, podem acarretar limitações na vida, bem como prejuízos na manutenção da saúde.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Transplante de Rim; Análise e Desempenho de Tarefas; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the positive and negative situations lived by people with kidney transplantation. **Method:** study with qualitative approach, descriptive, using the Technique of Critical Incidents. Data collection occurred through semi structured interview. After this, data was analyzed, identifying the positive and negative situations. **Results:** it was identified 450 situations, being organized according to found categories: the living of period intra and postoperative, the return to daily life and the actual health condition. **Conclusion:** when it is knew the lived situations by people with kidney transplantation, it was highlighted that for some of them, the therapeutic modality adopted allowed the return to their activities. At the same time, other ones, the lack of guidance about how to conduce in certain occasions, the occurrence of collateral effects of immunosuppressant drugs and the deficient assistance of the health system, can bring out life limitations, as losses in the health maintenance.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Kidney Transplantation; Task Performance And Analysis; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar las situaciones positivas y negativas vivenciadas por las personas con trasplante de riñón. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, usando la Técnica de los Incidentes Críticos. La recolecta de datos fue llevada a cabo por medio de la entrevista semi estructurada. Después, los datos fueran analizados, identificando las situaciones positivas y

negativas. **Resultados:** fueron identificadas 450 situaciones, siendo organizadas conforme las categorías encontradas: la vivencia del periodo intra y postoperatoria, el retorno a la vida cotidiana y el actual estado de salud. **Conclusión:** al tomar el conocimiento de las situaciones vivenciadas por las personas con trasplante de riñón, se constató que para algunas personas, la modalidad terapéutica adoptada permitió el retorno a sus actividades. Mientras para otras, la falta de orientaciones sobre cómo proceder en determinadas ocasiones, la presencia de efectos colaterales de las medicaciones inmunosupresoras y la asistencia deficiente del sistema de salud, pueden provocar limitaciones en la vida, bien como prejuicios en la manutención de la salud.

Descriptores: Insuficiencia renal crónica; Trasplante de riñón; Análisis y Desempeño de Tareas; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O transplante renal é considerado uma das terapias de substituição dos rins⁽¹⁾, sendo indicado para pessoas portadoras de insuficiência renal crônica (IRC), que se encontram na fase avançada da doença. Esse tipo de terapêutica pode ser a melhor e a mais recomendada, uma vez que envolve um menor custo econômico aos cofres públicos e garante uma excelente qualidade de vida à pessoa⁽²⁻³⁾. Entretanto, não se trata de um tratamento curativo da IRC⁽¹⁾.

Destarte, o transplante renal possui um caráter paliativo, uma vez que não recupera integralmente a saúde da pessoa com IRC. Essa, por sua vez, após ser transplantada apresentará algumas limitações, relacionadas à necessidade do uso constante de medicações, aos cuidados com a higiene e o acompanhamento regular nos serviços de saúde⁽⁴⁾.

A pessoa acometida pela IRC em tratamento dialítico, ainda possui algumas restrições, devido às sessões de hemodiálise ou de diálise peritoneal, com horários fixos. Privando-a de levar uma vida com liberdade de escolhas e de participar de atividades, como viagens,

passeios e trabalho. Ao ser transplantada, a mesma recupera a autonomia, retoma o poder de decisão de ir e vir, alimentar-se e ingerir líquidos. Essa sensação de independência poderá refletir positivamente na qualidade de vida⁽⁵⁾.

Conforme dados divulgados do primeiro trimestre de 2013, pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), foram realizados durante esse período no Brasil, 1.235 transplantes renais, sendo 937 órgãos de cadáveres e 298 de vivos. O Estado que ocupou a primeira posição, apresentando, portanto, o maior número de transplantes renais realizados foi o Espírito Santo, seguido pelo Rio Grande do Sul⁽⁶⁾.

Por ser considerado a melhor forma de tratamento, por promover a redução na morbimortalidade e um funcionamento psicossocial satisfatório⁽⁷⁾, observa-se que apesar do grande avanço ocorrido no processo de transplantação renal, há uma baixa produção de estudos publicados⁽⁸⁾.

Evidenciando-se a necessidade de conhecer a vivência das pessoas com o transplante renal, aliada a escassez na literatura, decidiu-se desenvolver este estudo aplicando a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC). Tal método deve ser compreendido como um procedimento flexível, que pode adaptar-se para captar a informação necessária sobre a situação envolvida⁽⁹⁾.

Acredita-se que a utilização da TIC permite visibilidade das situações vividas pelas pessoas com o transplante renal, identificando-as como positivas ou negativas. Espera-se que ao ressaltar os eventos positivos e negativos vivenciados, estes auxiliem na formulação de estratégias eficazes na atenção aos transplantados, visando melhorar a promoção do cuidado e a assistência oferecida. Assim, a questão que norteou este estudo foi: Quais as situações positivas e negativas vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal, por meio da Técnica dos Incidentes Críticos? Enquanto o objetivo visou identificar as situações positivas e negativas vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal, utilizando a Técnica dos Incidentes Críticos.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo, utilizando como método, a TIC. O período da coleta de dados foi de maio a julho de 2013, sendo entrevistados adultos de ambos os sexos, com: idade igual ou superior a 18 anos; disposição em participar do estudo, permitindo a gravação da entrevista e a divulgação dos dados nos meios científicos; estar com as faculdades mentais preservadas, além de não apresentar dificuldades de comunicação verbal; estar vinculado ao serviço de nefrologia; possuir, no mínimo, um ano de realização do transplante renal, tendo sido previamente submetido a algum tratamento dialítico.

A primeira abordagem à pessoa com o transplante renal foi por meio do contato telefônico, após o recebimento da relação de transplantados, cedida pelos três serviços de nefrologia de um município localizado na região Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Nesse momento, se realizou a identificação da entrevistadora, a apresentação dos objetivos do estudo e a operacionalização da coleta de dados com o auxílio de um gravador. Logo, foi realizado o convite para a participação no estudo.

Após o aceite, a data, o horário e o local das entrevistas foram acordados, conforme a disponibilidade de cada participante. Alguns solicitaram para que essas fossem realizadas no domicílio e em outros locais específicos, preservando a privacidade do local durante a realização da entrevista.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Antes de iniciá-la, foi apresentado por escrito, em forma de documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi solicitada a assinatura do TCLE em duas vias, uma via ficou com o entrevistado e a outra permaneceu com a entrevistadora.

Os conteúdos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo preconizada pela TIC, por meio de uma leitura, almejando isolar as situações ocorridas, sendo essas,

referenciadas como positivas ou negativas. A seguir, foram construídas categorias, envolvendo situações similares entre si, contendo a denominação e a definição, o mais operacional possível, do que ela significou ou representou para a pessoa com o transplante renal⁽¹⁰⁾.

O projeto deste estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº 192/2013. Foram respeitados os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾ e os princípios éticos da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem⁽¹²⁾. Com o intuito de preservar o anonimato das informações, cada entrevistado foi identificado pela letra E, seguido do número arábico, conforme a sequência das entrevistas, acrescidos da idade (por exemplo, E1, 43 anos).

RESULTADOS

Os relatos de 450 situações vivenciadas, pelas 20 pessoas com o transplante renal que foram entrevistadas, classificaram-se em três categorias: 1) a vivência do período intra e pós-cirúrgico, relacionando os primeiros momentos vivenciados com o transplante; 2) o retorno à vida cotidiana, juntamente com a adoção dos novos cuidados de saúde; 3) o atual estado de saúde, compreendendo a condição psicológica e clínica. Esses foram agrupados, conforme as referências positivas e negativas.

A vivência do período intra e pós-cirúrgico

Nesta categoria, os períodos cirúrgicos vivenciados foram divididos em três etapas, as quais compreenderam a realização da cirurgia, o pós-cirúrgico e a alta-hospitalar, havendo as seguintes referências expostas na Figura 1.

Situação Vivenciada	Referência positiva	Referência negativa
Cirurgia	10	01
Pós-cirúrgico	12	13
Alta-hospitalar	13	14

Figura 1 - Situações vivenciadas, relacionadas ao período intra e pós-cirúrgico

Sobre a referência positiva da cirurgia do transplante renal, a maioria dos entrevistados alegou que a realização foi satisfatória: *[...] foi tudo bem. Não senti dor, nem judiaria, nem nada. Eu só senti quando me acordei, que eu tinha sido transplantado. [...] Deu tudo certo* (E12, 45 anos).

O motivo da única referência negativa ao período cirúrgico, foi a demora na sua realização, em virtude da diferença anatômica encontrada entre o órgão do doador e o sistema urinário do receptor. *A minha cirurgia foi um pouco mais demorada porque eles [equipe médica] tiraram o rim do meu irmão e eu sei que deu um problema lá, que [...] o rim do meu irmão tinha dois canos [...] e o meu só tinha uma entrada. Então tiveram que consertar [...], ligar esses dois canos num só [...] e acabaram botando o rim dele no lado esquerdo, que geralmente botam [...] na barriga aqui no lado direito. Aí botaram no lado esquerdo e giraram para dar certo e acabou durando mais que o previsto a minha cirurgia* (E11, 54 anos).

No período pós-cirúrgico, como referências positivas destacaram-se a estadia vivenciada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a assistência profissional prestada e a recuperação pós-operatória com sucesso. *A gente vai para a UTI. Tem que ficar de três a cinco dias na UTI [...], porque o tratamento é melhor, têm os médicos tudo ali [...]. Mesmo estando bem, a gente fica na UTI. [...] eu fiquei só dois dias. Como foi tudo muito bom o transplante assim, em seguida eu já saí da UTI* (E10, 46 anos). *Depois, os médicos já na minha volta, explicando tudo e com medicamento [...]. Depois eu tive que fazer mais umas quatro ou cinco [...] hemodiálises ainda, para ajudar o rim a funcionar* (E12, 45 anos). *A minha recuperação foi muito boa. Eu estive 12 dias no hospital e o meu organismo reagiu muito bem* (E13, 53 anos).

Algumas referências negativas apresentadas, relacionadas ao período pós-cirúrgico, estiveram vinculadas à presença de complicações, levando ao risco da rejeição do órgão transplantado, a demora do rim para funcionar, abalando o estado psicológico, além da

debilitação física, como observado nos depoimentos: *Eu fiquei 30 dias no quarto, depois eu tive que fazer uma plasmaferese. [...] É um tratamento tipo hemodiálise, só que tira o plasma do sangue. Aí eu tive que fazer, porque estava dando rejeição. Meu organismo estava rejeitando o rim, [...]. Eu tive que ficar mais 30 dias fazendo esse tratamento (E10, 46 anos). Olha, em seguida da cirurgia [...], eu fiquei 15 dias no hospital. Aí teve toda aquela função, eu tive que usar sonda para urinar [...]. Nos primeiros dias assim, o rim não funcionou, aí tu fica naquela expectativa, porque tu não sabe o que vai acontecer (E5, 30 anos). Me senti fraco, fraquíssimo e me deu tudo o que foi coisa, prisão de ventre, depois me deu disenteria, muita dor de cabeça. Foi bem assim, [...] a recuperação é bem difícil, bem difícil mesmo, é muito complicado (E16, 40 anos).*

Em relação à alta-hospitalar, as referências positivas foram atribuídas à rapidez no recebimento da mesma e as orientações conferidas pelos profissionais da saúde, condizente aos depoimentos prestados: *Graças a Deus foi rápido. [...] Eu fiquei 15 dias para tudo na verdade. [...] Aí, duas semanas eu vim embora para casa (E11, 54 anos). Então quando tu vai dar alta amanhã, hoje vem a turma deles [profissionais da saúde] explicando tudo. Eles te explicam o que pode comer, o que pode beber, o que pode fazer. [...] Claro, tem que saber, antes de te liberar, te explicam tudo (E12, 45 anos).*

As situações negativas vivenciadas após o recebimento da alta-hospitalar foram as reinternações advindas por diversos motivos. Alguns foram após a primeira consulta de revisão, havendo reintervenções cirúrgicas, como constatado no depoimento: *Nuns 15 dias depois que eu dei alta do hospital, numa das consultas que eu tive, o meu médico descobriu uma linfocele. Ele disse que é devido ao lugar onde é feito a cirurgia do transplante, que pode acontecer de cortar alguns vasos linfáticos e começa a formar [...] umas bolsas de líquidos. Nisso, eles tentaram resolver, colocando um dreno. Daí o dreno não resolveu, eu tive que fazer uma nova cirurgia para corrigir o problema da linfocele (E5, 30 anos).*

O retorno à vida cotidiana

Ao elencar as situações vivenciadas nesta categoria, as mesmas foram agrupadas em dois grupos, estando representados na Figura 2. O primeiro concernente às atividades realizadas, incluindo a rotina diária e o cumprimento de tarefas sociais, laborais e intelectuais. O segundo diz respeito aos requisitos adotados para a manutenção da saúde, tais como, os

cuidados com a alimentação, a ingesta hídrica, a utilização de medicações, as revisões clínicas e laboratoriais, além de outros que surgiram no decorrer das entrevistas.

Situação Vivenciada	Referência positiva	Referência negativa
Atividades realizadas	81	24
Manutenção da saúde	145	108

Figura 2 - Situações vivenciadas, relacionadas ao retorno à vida cotidiana

Dentre as atividades que foram referenciadas positivamente, destacaram-se aquelas em que os entrevistados voltaram a fazer após a interrupção ocasionada, a partir da instalação da IRC e do tratamento dialítico, além de poder realizar novas. Assim, muitos referiram que com o transplante, a vida voltou a ser como era antes da doença. [...] *a minha vida está quase como eu tinha antes [...]. Estou começando a trabalhar, a vida social também voltou total, até esporte, academia. Eu posso dizer que a minha vida é totalmente normal hoje [...]. Voltei a jogar bola, voltei a fazer musculação, [...] festas, sair. [...] A começar a trabalhar também, tem uma vida que eu estou estudando de novo, estou fazendo Direito, voltei a estudar. Essas coisas assim, praticamente tudo o que eu tinha parado, eu voltei a fazer* (E16, 40 anos).

As referências negativas destacaram à vivência de dificuldade em conseguir emprego, uma vez que os cuidados com o transplante renal devem ser zelados: [...] *quem vai dar serviço para quem tem que estar toda hora em [nome do serviço de saúde], que está aberto a pegar uma infecção e daqui a pouco ter que baixar, ficar lá quanto tempo baixado, porque não tem outra alternativa. Acontece alguma coisa, eu tenho que ir para lá [serviço de saúde], porque eles que transplantaram* (E3, 40 anos).

Outro fator negativo para a realização de atividades, incluiu a falta de orientações pós-alta hospitalar, que causa sentimentos de insegurança para cumprir determinadas tarefas. [...] *a gente fica sem orientação em certas coisas, então eu ficava me perguntando, academia, eu posso ou não posso fazer? Que tipo de exercício? Porque eu só sei uma coisa, que eu não posso ter um contato físico no meu corpo assim, uma luta de boxe, isso aí eu não posso, é a única coisa que eu sei. Outro tipo de exercício eu não sei [...]* (E13, 53 anos).

Grande parte das situações positivas citadas para a manutenção da saúde esteve vinculada à adesão aos medicamentos, seguindo as recomendações transmitidas, consoante ao depoimento prestado: [...] *Vem o cuidado com a medicação no horário certo. Oito da manhã, nove e dez, depois de noite, às oito, às nove e às dez. Então assim, aquilo é [...] uma coisa permanente que vem desde o dia que eu fiz o transplante, [...] e vai seguir sendo assim, que o remédio não para nunca. O remédio ainda são três qualidades de medicação que eu tomo e essa medicação é certinha. Eu tomo elas, até hoje eu não costumo atrasar mais que cinco minutos, para mais ou para menos do horário* (E18, 55 anos).

Os fatores encontrados que possam interferir negativamente na manutenção da saúde das pessoas com o transplante renal, envolveram os transtornos relacionados ao atraso na entrega, ou até mesmo, à ausência das medicações imunossupressoras. A presença de efeitos colaterais e a dificuldade no acompanhamento de saúde também foram citadas. [...] *hoje, o custo da minha medicação passa de três mil reais, não teria condições de fazer o transplante, então o governo tem obrigação por lei de nos passar essa medicação. Só que o governo atrasa, falta, por falta de gestão, por falta de organização, por falta de [...] um trabalho maior do Município com o Estado e as consequências acabam no usuário. [...] E depois essa questão da medicação [imunossupressora] que se usa, essa medicação mexe com o metabolismo e tu acabas adquirindo outros problemas que tu não tinhas. [...] O diabete, triglicérido, colesterol, isso tudo sobe, então são medicamentos que tu começa a usar para isso também* (E11, 54 anos).

[...] *Eu acho assim, o governo gasta um monte com o transplante, paga um monte para o médico, paga um monte para uma equipe médica, eu sei, eu vi, eu assinei os boletos lá, e aí depois para te dar manutenção não tem [...]. Aí tu vais perder um órgão que o governo investe um monte, gasta e investe e paga, e depois tu é tratado como qualquer um e a tua vida está ali [...]. Quando eu fiz o transplante, achei que era diferente. Achei que quando eu precisasse de um atendimento médico, eu teria prioridade. [...] Não, tu fica no meio de todo mundo e de qualquer jeito, esteja bem, esteja mal. Tu tens que ir para uma emergência [...] como qualquer pessoa. [...] O atendimento do transplantado, a manutenção do transplantado está péssima e a gente já falou com os médicos e eles “A culpa não é nossa, isso é doutor fulano de tal”, e tu quer falar com o doutor fulano de tal, nunca está* (E16, 40 anos).

O atual estado de saúde

Almejando conhecer a condição atual de saúde que o transplante renal proporcionou às pessoas, foram identificadas 29 situações, estando apresentadas na Figura 3.

Situação Vivenciada	Referência positiva	Referência negativa
Estado psicológico	07	08
Estado clínico	04	10

Figura 3 - Situações vivenciadas, relacionadas ao atual estado de saúde

As causas que influenciaram o estado psicológico dos entrevistados envolveram a presença de sentimentos, tanto positivos, gerando tranquilidade em viver, quanto negativos, tais como posse do órgão e medo: *[mudou] para melhor, assim, até pelo psicológico. Porque com a hemodiálise, às vezes aquele sofrimento que tu passa, tu acaba descontando em quem está próximo de ti [...]. E agora não, agora é aquela sensação de tu respirar aliviado. [...] Tu age com mais naturalidade, [...], faz aquelas coisas que tu tem vontade de fazer, sem precisar está contando com horários [...]* (E14, 41 anos).

Inclusive, ele [médico] me disse que agora eu tenho deixar, esquecer do meu rim [...]. Depois de dois anos, que o rim é meu e que eu vá viver um pouco [...] (E7, 58 anos). *Eu tenho medo de perder o transplante. Muito medo. [...] O único medo que eu tenho na vida mesmo, hoje, [...] é o transplante, é a minha saúde. Não só o transplante, tu tem outra doença grave, porque quando tu faz o transplante, a tua imunidade fica baixa, tu pode ter algum outro problema grave. Meu medo na minha vida, o único medo que eu tenho hoje é saúde. Não tem outro medo [...], porque eu sei o que é ficar sem saúde, eu já tive. Eu nunca tive dinheiro na minha vida, sempre fui um cara bem pobre até, só que eu descobri que se tu não tiveres saúde, não adianta, tu não vais conseguir nada na tua vida [...]* (E16, 40 anos).

Com relação ao estado clínico, as situações incluíram melhora e piora na taxa da creatinina. Todavia, um entrevistado afirmou que apesar dos valores da sua se manter em um nível acima do desejado, outros elementos permaneceram normais. Fato esse, que acabou sendo classificado como positivo. *[...] Eu não tenho anemia, a minha hemoglobina é boa, eu tenho potássio, fósforo, são todos exames normais, são tudo coisas que dependem do rim. É sinal que, mesmo com uma creatina acima do normal, ele trabalha bem, porque eu não tenho nenhuma outra coisa que diga assim,*

não a tua creatina está alta e o teu rim não está trabalhando bem, porque o teu potássio é alto ou porque teu hematócrito é baixo, está com risco de pegar anemia. Eu não tenho isso, mesmo ela [creatinina] sendo nesse padrão, sempre de dois e pouco, o meu hemograma sempre segue a mesma linha, ele dificilmente tem alteração (E3, 40 anos).

DISCUSSÃO

O transplante renal, um dos tratamentos indicados para a IRC, é um procedimento que visa à implantação de um rim sadio em uma pessoa que perdeu a função renal. Quando a mesma experimenta um momento tão aguardado como a cirurgia, iniciam as primeiras vivências com o novo órgão, que podem possuir fatores positivos e negativos.

Após os primeiros momentos vivenciados com o transplante renal, a pessoa inicia um processo de adaptação com a nova modalidade terapêutica. Assim, ocorrem mudanças em suas atividades, uma vez que o tratamento possibilita reconquistar a liberdade que foi tolhida a partir da instalação da IRC. Destarte, ela volta a experimentar a sensação de poder ir e vir sem horário pré-determinado⁽¹³⁾.

O significado do transplante renal na vida da pessoa, está no entendimento de que após a sua realização, poderá realizar atividades interrompidas, bem como disporá de mais tempo para os afazeres cotidianos⁽⁵⁾. Desse modo, notou-se neste estudo, que esse tratamento permitiu a pessoa recuperar a vida social, podendo voltar a trabalhar, a participar de atividades de lazer e a retomar os estudos.

Entretanto, podem enfrentar alguns obstáculos, como foi observado a partir dos depoimentos prestados por alguns entrevistados. Entre esses, está à reinserção no mercado de trabalho, sendo um desafio a ser superado, em virtude de algumas limitações atribuídas ao transplante renal. Apesar de esse proporcionar independência, quando comparado à rotina da diálise, a pessoa transplantada ainda necessita realizar acompanhamento clínico, por meio das

frequentes revisões de saúde, evitando exposições que possam baixar sua imunidade. Por isso, o exercício profissional, muitas vezes, pode se tornar inviável.

Outro aspecto negativo relatado após o transplante renal, foi a insegurança advinda da falta de informações sobre certas atividades. Apesar dos grandes avanços na área da saúde, as orientações ainda constituem uma ferramenta fundamental à obtenção de bons resultados da assistência. Quando há carência, pode comprometer significativamente a qualidade de vida das pessoas transplantadas⁽¹⁾.

Salienta-se que o transplante renal, liberta a pessoa da rotina imposta pela diálise e, conseqüentemente, das reações negativas que essa modalidade terapêutica possa ocasionar⁽⁴⁾. Todavia, novos cuidados de saúde requerem ser adotados.

Dentre esses, está à utilização das medicações imunossupressoras, estando incorporadas nas atividades cotidianas, como se fossem mais um dos compromissos a serem assumidos. Nesse processo, percebe-se que desde o momento imediato após a cirurgia até o atual, fazer uso dos medicamentos, em determinados esquemas posológicos, é uma prática realizada com naturalidade⁽¹⁴⁾. Em contrapartida, a pessoa está suscetível aos efeitos colaterais⁽⁴⁾, levando à geração de novos problemas na sua saúde, bem como, uma assistência clínica regular e sistemática.

Ademais, observou-se em um dos depoimentos negativos prestados sobre a manutenção da saúde, que a ausência das medicações necessárias para o transplante renal pode ser um fator presente na vida das pessoas transplantadas. Questão essa preocupante, já que no Brasil, diferentemente de outros países, o acesso aos medicamentos imunossupressores é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁴⁾. Assim, salienta-se que o seu uso, é a base para o sucesso do tratamento, sendo necessário seguir rigorosamente, o esquema prescrito pelo profissional médico, uma vez que o sistema imunológico identifica o órgão transplantado como algo estranho, passando então, a tentar destruí-lo, por mais que haja compatibilidade.

Outro fator alarmante vivenciado pelos brasileiros é o descaso na assistência à saúde, independente do problema existente. Surpreendentemente, esse ocorrido também é comum aos transplantados, quando necessitam procurar atendimento no serviço de saúde para resolver determinada situação. Destaca-se que o tratamento destinado às pessoas com IRC, tem implicações econômicas significativas, em virtude dos elevados gastos nos transplantes renais e no tratamento dialítico. Nesse contexto, a assistência médica ofertada é dispendiosa para o SUS⁽¹⁵⁾. Apesar do alto investimento, as pessoas ainda recebem uma assistência deficitária, levando muitas vezes, a riscos à saúde.

Referente ao descaso com a saúde, faz-se necessário compreender que as pessoas desejam a garantia na manutenção da saúde, pois uma função renal saudável é essencial para o mantimento da homeostase fisiológica⁽¹⁶⁾. Outrora, o transplante renal se configura como o maior objetivo a ser alcançado pela pessoa com IRC, por poder proporcionar o retorno a uma vida que foi interrompida com a instalação da doença. Mesmo assim, quando transplantada, ela poderá ficar suscetível à existência do medo, em decorrência da possibilidade de haver rejeição do rim, tendo, portanto, que retornar para a diálise⁽¹⁵⁾.

Como foi observado neste estudo, o transplante renal apesar de ser considerado o tratamento ideal, comparando com a diálise, em que essa permite prolongar a vida, mas a longo prazo, desgasta a pessoa com IRC⁽¹⁷⁾, é comum a existência de situações negativas provindas com o transplante renal, podendo ocorrer um impacto significativo na vida⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu identificar diferentes situações vivenciadas pelos transplantados renais, em que por meio da TIC, pode-se distinguir as que se classificavam positivamente e negativamente. Nesse sentido, identificaram-se 272 situações positivas e 178

negativas, compreendidas no período intra e pós-cirúrgico, na vida cotidiana e no atual estado de saúde.

Levando-se em consideração que o transplante renal proporciona à pessoa com IRC, melhores condições em viver com qualidade, e que ao mesmo tempo, inicia-se uma série de cuidados que durarão enquanto o órgão transplantado estiver funcionando, os dados mostraram situações vivenciadas que podem desencadear sucesso ou insucesso do transplante renal. Por exemplo, permitir para algumas pessoas, o retorno às suas atividades, enquanto para outras, a falta de orientações sobre como proceder em determinadas ocasiões, suscita limitações na vida, podendo comprometer a sua saúde. Ainda, estar exposta à presença de efeitos colaterais das medicações imunossupressoras e de uma assistência deficitária do sistema de saúde.

Ao tomar conhecimento das situações vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal, aliado a baixa produção de estudos nacionais e internacionais que corroborem ou confrontem com os dados encontrados, salienta-se a necessidade de novas investigações, de modo a promover meios para uma atenção qualificada. Assim, se buscará uma política de saúde que promova uma atenção, para que as necessidades dos transplantados possam ser atendidas satisfatoriamente.

Nessa premissa, os profissionais da saúde devem garantir uma assistência qualificada ao transplantado renal e avaliar a maneira como esse está enfrentando os novos desafios trazidos pelo tratamento. Nesse sentido, a enfermagem por ser uma profissão que possui como objeto de trabalho, o cuidado, tornando-a, portanto, próxima a pessoa e ao contexto vivenciado, precisa sensibilizar-se e lançar um olhar frente as situações negativas vivenciadas pelas pessoas com o transplante renal, assim como respaldar as positivas, promovendo orientações tanto no pré, quanto no pós-transplante.

REFERÊNCIAS

1. Furtado AMO, Souza, SROS, Oliveira BL, Garcia CN. O enfermeiro assistencial e educador em uma unidade de transplante renal: uma questão desafiadora. *Enfermería Global*. 2012;(27):351-5.
2. Hazzan M. Le transplante renal en reanimation. *Réanimation*. 2012;21:440-6.
3. Persch O, Dani DM. Transplante renal intervivos: um olhar psicológico. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde*. 2013;(01):1-15.
4. Lira ALBC, Lopes MVO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gauch Enferm*. 2010;31(1):108-14.
5. Fontoura FAP. A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida [dissertação mestrado]. Campo Grande (RJ): Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco; 2012. 117 p.
6. Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Ano XIX, nº 1. São Paulo; 2013. 19 p.
7. Ratcliff MB, Blount RL, Mee LL. The relationship between adolescent renal transplant recipients' perceived adversity, coping, and medical adherence. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010;17:116-24.
8. Lucena AF, Echer IC, Assis MCS, Ferreira SAL, Teixeira CC, Steinmetz QL. Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line [internet]*. 2013 [acesso em: 19 set 2013];7(esp):953-9. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3112>
9. Silva Y, Del Cerro A. Liderazgo del formador en el área de recursos humanos: Comparativa entre formadores internos y externos. *Psicoperspectivas*. 2012;11(2):124-42.

10. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação. Taubaté: Cabral editora e Livraria Universitária; 2004. 130 p.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. [acesso em 13 ago 2012]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
13. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. Rev Gauch Enferm. 2010;31(3):428-34.
14. Arruda GO, Renovato RD. Uso de medicamentos em transplantados renais: práticas de medicação e representações. Rev Gauch Enferm. 2012;33(4):157-64.
15. Medeiros AJS, Medeiros EMD. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. REBES. 2013;3(1):1-10.
16. Dalton RN. Creatinina sérica e taxa de filtração glomerular: percepção e realidade. J Bras Patol Med Lab. 2011;47(1):8-11.
17. Cantú-Quintanilla G, Orta-Sibu N, Romero-Navarro B, Luque-Coqui M, Rodríguez-Ortega HG, Reyes-López A, et al. Acceso a trasplante renal de donante fallecido en pacientes pediátricos de América Latina y el Caribe. Persona y Bioética. 2010;14(2):151-62.
18. Roberts L, Ramsaroop K, Seemungal T. Survival Outcomes in Renal Transplantation in Trinidad and Tobago - Sorttt Study. West Indian Med J. 2012;61(4):422-8.

Transplante renal: análise comportamental a partir da Técnica dos Incidentes Críticos
Kidney transplantation: behavioral analysis from the Technique of Critical Incidents
Trasplante de riñon: análisis comportamental a partir de la Técnica de los Incidentes Críticos

Bianca Pozza dos Santos¹, Eda Schwartz²

Resumo

Estudo com abordagem qualitativa do tipo descritivo, utilizando a Técnica dos Incidentes Críticos, que teve como objetivo apontar os comportamentos das pessoas com o transplante renal. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, relacionando o perfil socioeconômico dos entrevistados e a coleta dos incidentes críticos. Fizeram parte do estudo, 20 pessoas, sendo dez homens e dez mulheres. Os resultados apontaram à ocorrência de 141 comportamentos, 108 positivos e 33 negativos, relacionados ao cuidado adotado com a saúde, às atividades cotidianas e à vida com o transplante renal. A aplicação da Técnica dos Incidentes Críticos permitiu obter dados sobre o modo como o transplante renal, influencia determinados comportamentos, positivamente e negativamente, na vida da pessoa.

Descritores: Insuficiência renal crônica; Transplante de rim; Comportamento; Enfermagem.

Abstract

This is a study with a qualitative approach, a descriptive one, which used the Technique of Critical Incidents, which had as objective indicate the behavior of people with kidney transplantation. Data collection occurred through semi structured interview, relating the

* Recorte da Dissertação de Mestrado intitulada “As vivências das pessoas com o transplante renal”, apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 2013. Pelotas/RS, Brasil.

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Bolsista de Demanda Social (CAPES). Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. E-mail: bi.santos@bol.com.br

² Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e Vice-Líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. E-mail: eschwartz@terra.com.br

Endereço Para Correspondência:

Bianca Pozza dos Santos
 Endereço: Rua Alziro Zarur, nº 354 – Bairro: Arco Íris
 CEP: 960878-080, Pelotas, RS, Brasil
 E-mail: bi.santos@bol.com.br

socioeconomic profile of interviewees and the collection of critical incidents. Twenty people participated of the study, being ten men and ten women. The results pointed to the event of 141 behaviors, 108 positives and 33 negatives, related to the adopted care with health, to daily activities and to life with kidney transplantation. The enforcement of the Technique of Critical Incidents allowed obtaining data about the way how kidney transplantation induces certain behaviors, positively and negatively in the person's life.

Descriptors: Renal insufficiency, chronic; Kidney transplantation; Behavior; Nursing.

Resumen

Estudio con abordaje cualitativo, descriptivo, usando la Técnica de Incidentes Críticos, que tuve como objetivo apuntar los comportamientos de las personas con trasplante renal. Los datos fueron llevados a cabo por medio de la entrevista semi estructurada, relacionando el perfil socioeconómico de los entrevistados y la recolecta de incidentes críticos. Hicieran parte del estudio 20 personas, siendo 10 hombres y 10 mujeres. Los resultados apuntaran a la ocurrencia de 141 comportamientos, 108 positivos y 33 negativos, relacionados al cuidado adoptado con la salud, a las actividades cotidianas y a la vida con el trasplante renal. La aplicación de la Técnica de los Incidentes Críticos permitió obtener datos sobre el modo como el trasplante renal influencia determinados comportamientos, positivamente y negativamente en la vida de la persona.

Descriptor: Insuficiencia renal crónica; Trasplante de riñón; Conducta; Enfermería.

Introdução

Com o estabelecimento da insuficiência renal crônica (IRC), a pessoa acometida passa por mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, podendo levar a alterações na sua integridade física e emocional. A doença renal, quando estabelecida, representa prejuízo corporal e limitações, já que, de forma geral, ocorre o afastamento da pessoa de seu grupo social, de seu lazer e, às vezes, da própria família. Ela sente-se ameaçada, insegura, por saber que sua vida vai ser modificada por causa do tratamento. Por conseguinte, há desorganização no seu senso de identidade (valores, ideais e crenças), além da imagem corporal em decorrência das alterações orgânicas, podendo gerar prejuízos para a qualidade de vida⁽¹⁾.

Na IRC, a hemodiálise e a diálise peritoneal são terapias renais substitutivas, que geram repercussões nos contextos físico, emocional e social das pessoas⁽²⁾. Além do mais, na maioria das vezes, há alteração na rotina cotidiana, em decorrência das frequentes consultas

de saúde, do cumprimento no tratamento, da restrição alimentar e da limitação na execução de determinadas tarefas, em especial, aquelas que exigem esforços físicos, pois as pessoas podem se sentir fracas e cansadas⁽³⁾.

Já o transplante renal é outro tratamento de escolha para as pessoas com IRC⁽⁴⁾, uma vez que melhora o funcionamento fisiológico do corpo humano, por normalizar a função renal⁽⁵⁾. Ao contrário da hemodiálise e da diálise peritoneal, ele pode proporcionar uma melhor qualidade de vida. Entretanto, está sujeito a ser compreendido, erroneamente, como a cura definitiva da doença. Assim, a pessoa poderá negligenciar condutas que são essenciais para os bons resultados dessa modalidade terapêutica, levando inclusive, ao comprometimento do órgão transplantado⁽⁶⁾. Destaca-se que o comportamento adotado pelas pessoas, após a realização do transplante renal, está de acordo com o contexto vivenciado.

Neste estudo, entende-se como comportamento, o conjunto de eventos realizados pelas pessoas transplantadas. Ao definir essa palavra, observa-se a sua complexidade semântica, pois é usada de diversas maneiras no meio científico e na linguagem cotidiana⁽⁷⁾. As definições apresentadas podem compreender o conjunto de ações de um indivíduo, observáveis objetivamente⁽⁸⁾. Nesse contexto, a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC) trata-se de um procedimento importante para a obtenção de dados sobre o comportamento de uma pessoa que vivencia determinada situação⁽⁹⁾. Sua aparição foi atribuída a John C. Flanagan, após publicar em 1954, um artigo no periódico científico *Psychological Bulletin*, detalhando a utilização desse método. Flanagan era um psicólogo que trabalhava no Instituto Americano de Pesquisa e na Universidade de Pittsburgh, durante a década de 1940⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A TIC ganhou repercussão por ter iniciado na área da psicologia, em que visava estudar o comportamento humano, passando a conquistar outros campos de atuação profissional⁽¹²⁾. Dentre esses, situa-se a área da saúde, a qual se pode afirmar que a instalação de uma doença crônica acarreta mudanças no modo de viver da pessoa. Principalmente se for dado, como exemplo, a IRC, que pela sua fisiopatologia e pelo tratamento imposto, ocorrem importantes e significativas adaptações à vida⁽¹³⁾, causando limitações e alterações de amplo impacto⁽³⁾.

A utilização da TIC, neste estudo, visou ao conhecimento dos comportamentos das pessoas com IRC, em relação ao transplante renal. Salienta-se que tal metodologia, auxilia na obtenção do conhecimento dessas atitudes específicas, no intuito de fazer observações e avaliações necessárias⁽¹⁴⁾, que possam levar à adoção de medidas para assessorar, profissionalmente, aquelas que se mostrarem negativas e ressaltar as que forem positivas, de modo a ajudar outras pessoas que vivenciam o transplante renal.

Na enfermagem, a TIC poderá contribuir no processo metodológico de pesquisas que possuem caráter qualitativo, pela sua capacidade em compreender a subjetividade das pessoas⁽¹⁵⁾ que vivenciam o transplante renal. Dessa maneira, permitirá conhecer o comportamento humano, a fim de facilitar a tomada de estratégias para a solução de problemas práticos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Nesse sentido, tem-se como questão norteadora: Quais os comportamentos manifestados pelas pessoas com o transplante renal, por meio da Técnica dos Incidentes Críticos? O objetivo deste estudo será apontar os comportamentos das pessoas com o transplante renal, utilizando a Técnica dos Incidentes Críticos.

Método

Este estudo possui uma abordagem qualitativa do tipo descritivo. O método utilizado foi a TIC, que propõe análise do conteúdo das entrevistas⁽¹⁸⁾. Para a sua aplicação, cinco passos importantes devem ser seguidos: o estabelecimento do objetivo geral do estudo; o desenvolvimento de um plano para a coleta das informações; a coleta dos dados (incidentes críticos); o agrupamento, a categorização e o levantamento das frequências dos comportamentos positivos e negativos (interpretação dos dados)⁽¹⁶⁾.

O período da coleta de dados foi de 20 maio a 10 julho de 2013. Foram entrevistadas 20 pessoas, que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar disposta a participar do estudo; concordar com a gravação da entrevista; aceitar a divulgação dos dados nos meios científicos; estar com suas faculdades mentais preservadas; não apresentar dificuldades de comunicação verbal; estar vinculada ao serviço de nefrologia; ter, no mínimo, um ano de realização do transplante renal e ter sido submetida a algum tratamento dialítico anterior.

A primeira abordagem à pessoa com o transplante renal foi por meio do contato telefônico, após o recebimento da relação de transplantados, cedida pelos três serviços de nefrologia de um município localizado na região Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Nesse momento, lançou-se o convite para participar do estudo e ao receber o aceite, a data, o horário e o local das entrevistas foram agendados.

Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse foi lido juntamente com o entrevistado, de modo a esclarecer as dúvidas e os procedimentos utilizados para o desenvolvimento do estudo. Em seguida, foi solicitada a assinatura em duas vias do TCLE, a qual uma ficou com o entrevistado e a outra com a entrevistadora.

Para a coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada. No primeiro roteiro, havia perguntas para caracterizar o perfil dos entrevistados, quanto à idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda individual, religião, procedência, serviço de nefrologia, tempo da doença renal, motivo da doença renal, tipo(s) de tratamento(s) dialítico(s) realizado(s), tempo do atual transplante renal, local de realização do transplante renal, fonte do órgão transplantado. Enquanto no segundo, continha questões que auxiliassem na obtenção dos incidentes críticos.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e foi realizada a análise de conteúdo preconizada pela TIC, por meio de uma leitura minuciosa e contínua, almejando a identificação do comportamento. A seguir, foram construídas categorias, envolvendo similaridades entre si, contendo a denominação e a definição, o mais operacional possível, do que ela significou ou representou para a pessoa com o transplante renal. Importante frisar, que as categorias formuladas precisam ser exaustivas (devendo incluir todos os casos obtidos), reciprocamente exclusivas (cada caso deverá pertencer a uma só categoria), definidas operacionalmente, guardando elevado grau de homogeneidade e coerência entre elas⁽¹⁸⁾.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, emitindo o parecer de aprovação sob o nº 192/2013. Foram respeitados os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos⁽¹⁹⁾, além dos princípios éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem⁽²⁰⁾. Para preservar o anonimato dos participantes, esses foram identificados por um código, ou seja, E de entrevistado, seguido do número arábico, conforme a sequência em que ocorreram as entrevistas, acrescidos da idade (por exemplo, E1, 43 anos).

Resultados

Fizeram parte do estudo dez homens e dez mulheres. A idade variou entre 30 a 66 anos, com predomínio da quinta década de vida.

De acordo com a posição socioeconômica, a maioria dos transplantados renais se considerou da raça branca, compondo-se de 15 pessoas, enquanto quatro referiram ser negro e um pardo. Quanto à religião, nove eram católicos, quatro espíritas, quatro evangélicos, um umbandista e dois alegaram não possuir. Referente ao estado civil, dez afirmaram serem casados, oitos solteiros, um divorciado e um viúvo.

Com relação à escolaridade, cinco possuíam o ensino fundamental incompleto, dois o ensino fundamental completo, quatro o ensino médio incompleto, quatro o ensino médio

completo, um o ensino técnico, dois o ensino superior incompleto e dois o ensino superior completo. A renda individual variou de nenhum a cinco salários mínimos. Sobre a situação ocupacional, grande parte mencionou ser aposentada, em seguida, destacou a realização de atividades domésticas. Além disso, 19 pessoas residiam na zona urbana e uma na zona rural.

A respeito dos dados referentes à IRC, o tempo da doença variou de quatro a 28 anos. As causas foram hipertensão, diabetes, rins policísticos, glomerulonefrite, atrofia renal, síndrome nefrótica, lúpus eritematoso sistêmico, sucessivas infecções renais e de garganta, fator hereditário e causa desconhecida.

Os tratamentos dialíticos realizados antes do transplante incluíram hemodiálise, em que essa modalidade terapêutica foi utilizada por 18 pessoas, e diálise peritoneal, somente por uma pessoa. Ainda, houve um entrevistado que teve a oportunidade de vivenciar as duas formas de terapia renal substitutiva.

Todos realizaram o transplante uma única vez. Os órgãos foram provenientes de doadores cadáveres (16 transplantados) e de doadores vivos relacionados (quatro transplantados). O tempo do transplante compreendeu entre um ano e nove meses até dez anos e três meses.

Houve a ocorrência de 141 comportamentos, sendo 108 positivos e 33 negativos. Esses foram subdivididos em três categorias, o cuidado adotado com a saúde, as atividades cotidianas e a vida com o transplante renal, descritos a seguir.

Cuidados adotados com a saúde

Ao relatar sobre os cuidados destinados à manutenção do transplante renal, os entrevistados manifestaram 61 comportamentos positivos e 14 negativos, estando relacionados à alimentação, à ingestão hídrica, o uso das medicações, às revisões de saúde, o seguimento das orientações médicas, dentre outros. A seguir, apresentam-se alguns dos depoimentos que foram mencionados positivamente:

“Cuido o sal, principalmente é uma coisa que eu cuido muito. [...] A minha dieta é uma dieta bem equilibrada. [...] Tomate é uma coisa que eu custo a comer, porque me lembro da quantidade de potássio. [...] As frutas eu sempre selecionei se tivesse menos potássio ou não. [...] Como carne branca só, proteína é uma quantidade não muito grande. Aliás, eu como menos do que me manda, porque não me faz falta e eu não faço questão [...]. Carne vermelha, se eu for a um jantar e tiver carne vermelha eu como, senão não” (E7, 58 anos).

“[...] eu pego as minhas frutas, eu despejo tudo na pia, lavo tudo com sabão, com detergente, bastante água para botar de molho com gotinhas de vinagre, deixo escorrer, eu

embalo uma a uma. Tipo a maçã, principalmente, eu embalo uma a uma num papel insulfilme e guardo na geladeira. [...] Eu me cuido, por causa de uma bactéria” (E9, 55 anos).

“Eu tomo no mínimo, dois litro d’água por dia [...]. É como se fosse um remédio, eu já tenho aquelas garrafinhas d’água e aonde eu vou, eu procuro levar elas” (E16, 40 anos).

“[...] No celular estão gravados todos os horários [das medicações], que ele chega na hora, toca, eu vou lá e tomo [...]. Mas se passar e eu esquecer de tomar, eu tomo na hora que eu lembrar, eu vou lá e tomo, eu não fico sem [...]” (E9, 55 anos).

“Dizem que não precisaria ser tão rígido, mas eu me sinto muito melhor indo [consultas médicas], porque o meu médico [...] é uma maravilha, dez. Eu vou lá, recarrego minhas baterias, converso com ele. [...] que claro, a gente fica naquela tensão de manter, de fazer tudo direito para não ter perigo de rejeição [...]. Eu faço exatamente o que ele me manda, se ele mandar eu comer pedra, eu vou comer pedra” (E7, 58 anos).

“Os cuidados que eu tenho são os mínimos e é o necessário. Agora, como eu sempre falo, se eu sinto alguma coisa, eu já procuro o auxílio, já procuro o médico e nunca faltei a uma consulta, nunca faltei a um exame, é isso que eu faço” (E16, 40 anos).

Além do cuidado alimentar e hídrico, do uso de medicamentos e do acompanhamento profissional de saúde, os entrevistados expuseram outros, relacionados a evitar exposição à chuva, a lugares fechados e a aglomerações de pessoas.

“Claro, dia de chuva eu já não posso sair, tenho que me cuidar, fico em casa, mas são cuidados meus [...]. Também, mesmo que não estivesse com o transplante, não iria me molhar de propósito” (E9, 55 anos).

“[...] a gente evita de estar em lugares fechados [...]. Eu não ando no ônibus, eu não ando porque é muita gente. São esses cuidados que deve ter” (E10, 46 anos).

“[...] tem vários cuidados, pó, principalmente, animais, várias coisas. Tem que usar luva, máscara, quase sempre que eu vou fazer alguma coisa diferente ou eu estou em algum lugar diferente” (E15, 39 anos).

A maioria dos comportamentos proferidos negativamente esteve vinculada a questão alimentar, havendo muitas vezes, semelhanças entre os depoimentos. Procurou-se neste estudo, os que demonstrassem a deficiência de outros cuidados adotados com a saúde, como a limitação em ingerir a quantidade de água indicada e a ausência nas consultas indicadas.

“Eu sei que um [litro d’água] eu tomo, mas dois [litros d’água], eu acho que não consigo” (E8, 50 anos).

“Mas eu nunca fui muito de respeitar alimentação, [...] eu sempre fui meio guloso. [...] eu nunca fui a uma consulta com a nutricionista. Eles marcavam e eu não ia, porque eu

sei que ela [nutricionista] vai: “Deve comer isso e isso. Não pode comer isso”, e eu não vou seguir, então eu não vou” (E11, 54 anos).

Atividades cotidianas

Em relação às atividades cotidianas realizadas pelas pessoas após o transplante renal, houve 25 comportamentos positivos e seis negativos. Os depoimentos fornecidos pelos entrevistados estiveram associados, de modo geral, aos afazeres diários, incluído aqueles que são realizados no dia da consulta de revisão clínica, além da possibilidade no planejamento de futuras ações. Assim, os que foram citados positivamente, destacaram-se:

“A lida da casa parece que a gente [...] se anima mais para fazer as coisas. Antes, quando eu não era transplantada, não tinha vontade de fazer nada. Agora eu faço tudo normal” (E2, 53 anos).

“[...] a gente pode fazer o que quer, dentro das restrições normais que a gente tem, por ser transplantado” (E3, 40 anos).

“É que veio o ânimo, veio tudo. Caminho para qualquer lugar, não sinto nada mais, falta de ar que sentia, não podia subir uma escada, não podia fazer nada. [...] Depois disso, [...] caminho, ando por tudo” (E4, 55 anos).

“Eu ocupo o meu tempo, porque eu vou para o calçadão, eu faço as minhas compras, eu faço um monte de coisa, já chego quase na hora da consulta” (E9, 55 anos).

“Fez eu voltar a fazer planos, voltar a querer fazer certas coisas que eu fazia antes do transplante [...]. Acho que tu pensa muito no que vai ser o teu futuro e eu acho que depois do transplante, eu comecei a pensar num futuro mais distante. Coisas que eu já me preocupava bastante com o hoje, mas eu não pensava muito no daqui a dois, três anos, que eu nem sabia o que iria acontecer até lá. E hoje não, hoje eu já tenho uma perspectiva bem melhor das coisas. [...] acho que o transplante voltou a me dar essa perspectiva de futuro” (E5, 30 anos).

Os comportamentos que foram negativos, classificaram-se naqueles que levam à limitação das pessoas transplantadas, em desenvolver algo dentro das atividades cotidianas. Seja ele, o não cumprimento em virtude da insegurança, seja o cuidado para a manutenção do transplante renal.

“Tem certas coisas que tu quer fazer, mas tu fica com medo de fazer” (E11, 54 anos).

“Eu não me animava, eu achava assim, que eu ia fazer alguma coisa que [...] eu vou ficar cansada [...]. Então, eu tinha receio de fazer as coisas e me dar algum problema” (E13, 53 anos).

“Não é que doa alguma coisa, mas eu evito de fazer isso aí [carregar peso] para não acarretar problema, até para o transplante em si” (E14, 41 anos).

A vida com o transplante renal

Esta categoria procurou abranger os comportamentos, em que o transplante renal acarretou na vida da pessoa com IRC. Nos relatos, identificaram-se 22 abordagens positivas e 13, negativas.

Os comportamentos citados positivamente, evidenciaram sentimentos de gratidão, o lidar com o medo da possibilidade de perder o órgão transplantado, o aproveitar cada dia vivido com o transplante renal, além de outros. Os seguintes depoimentos apresentaram tais referências:

“Agradeço muito a Deus por ter feito esse transplante e hoje eu estou feliz da vida” (E19, 52 anos).

“Eu procuro focar no meu tratamento, procuro fazer tudo aquilo que o médico me disse que é o certo. [...] Mesmo antes do transplante, eu já não bebia mais, não fumava. [...] não uso nenhum tipo de droga, procuro cuidar alimentação, procuro tomar os remédios direitinho, procuro seguir a orientação do médico, é o meu jeito de lidar com esse medo. Que eu penso assim, se por um motivo ou outro, se eu vir a perder o meu transplante [...], eu não quero me sentir culpado de pensar assim: “Se eu tivesse me cuidado. Se eu tivesse feito a medicação do jeito certo, se eu tivesse me alimentado da forma correta, se eu não tivesse feito os excessos, se eu não tivesse bebido, se eu não tivesse fumado”. Enfim, eu não quero ter esse tipo de pensamento. Se acontecer, vai ser porque realmente tem que acontecer. Agora, eu não quero que seja por negligência minha, não quero que seja por uma falha minha” (E5, 30 anos).

“Eu procuro aproveitar o tempo da melhor forma possível [...]. Até pela religião da gente, é como se tu tem um presente, cada dia que tu tem, são 24 horas que tu ganhou de presente [...], cabe a nós aproveitar da melhor forma possível e aí a gente procura fazer o melhor possível para aproveitar” (E14, 41 anos).

“Sabe que eu não procuro pensar nisso [no medo]. [...] Não sei, acho que é de mim mesmo. [...] eu vivo um dia após o outro. Um dia, claro, eu sei, eu estou ciente que eu tenho uma doença que não tem cura [referindo-se ao Lúpus Eritematoso Sistêmico], eu estou ciente que a minha doença, talvez, possa afetar o meu rim novo do transplante. Eu estou ciente que, amanhã ou depois, eu posso estar no hospital, precisando de outro rim, mas eu procuro não pensar nisso. [...] Se tu vai começar a pensar nas coisas ruins, tu não vive” (E15, 39 anos).

“Eu me sinto como uma pessoa que não fosse transplantada, normal” (E18, 55 anos).

Nos comportamentos negativos atribuídos à vida com o transplante renal, observaram-se a presença de sentimentos relacionados à posse do órgão transplantado, à tristeza, à preocupação constante e ao aumento da ansiedade.

“A única coisa que eu tenho muito medo, que eu cuido muito, que eu sempre digo “o meu rim”. Ninguém toca nesse meu lado direito aqui. Não deixo ninguém tocar! [...] Eu faço massagem, não sei o que, mas esse meu lado aqui, na barriga, pode ter a barriga que tiver, a estria que tiver, não me interessa, o meu rim é o meu rim” (E7, 58 anos).

“É assim, eu fico calada. Eu me fecho muito, aí eu choro, choro as escondida às vezes. Às vezes choro até quando os meus filhos estão junto [...]. Eu não chorava por qualquer coisa, hoje, qualquer palavra que tu me disser eu já choro [...]” (E8, 50 anos).

“É que assim, tu tens aquela preocupação constante com o cuidado, que os teus exames estejam sempre bons, que não precise ficar preocupado” (E11, 54 anos).

“Eu fiquei muito ansiosa, eu já era um pouco, fiquei mais ainda. Então, se eu estou esperando uma coisa que aconteça, eu fico naquela expectativa, [...] naquela ansiedade” (E13, 53 anos).

Discussão

O transplante renal, talvez seja a única terapia substitutiva capaz de devolver, completamente, a função renal⁽²¹⁾. Quando a sua realização é bem sucedida, a pessoa com IRC vive uma nova realidade, o que lhe acarretará em novos comportamentos, diferentes daqueles que eram comuns no período do tratamento dialítico⁽²²⁾. No presente estudo, foram identificados diversos comportamentos positivos e negativos, relacionados aos cuidados com a saúde, com as atividades cotidianas e, de forma geral, com a vida após o transplante renal.

A pessoa transplantada pode ter voz ativa no seu processo de cuidado, apresentando condições de fazer opções frente ao seu tratamento⁽²³⁾. Contudo, observou-se neste estudo, que alguns entrevistados seguem um cuidado prescritivo, orientado pelo profissional de saúde, de modo a garantir a sobrevida do órgão transplantado.

Fato esse encontrado nos depoimentos referentes à categoria cuidados adotados com a saúde, em que após o transplante renal, inicia-se uma série deles que poderão durar enquanto o rim estiver funcionando adequadamente. Dentre esses, incluem principalmente os cuidados alimentares, a rotina medicamentosa e a realização de revisões clínicas, seguindo dessa forma, a orientação do profissional de saúde. Pelo fato do transplante renal ser um tratamento, o seguimento de cuidados é indispensável para que a pessoa usufrua os benefícios adquiridos com essa modalidade terapêutica⁽²⁴⁾.

As literaturas apontam a responsabilidade da equipe multiprofissional, sobre os bons resultados que levam ao sucesso do transplante. Todavia, é válido ressaltar que a pessoa é um ser ativo, a qual deve participar em conjunto no tratamento da doença renal, pois os resultados satisfatórios da modalidade terapêutica adotada, também dependem dela. Como cada um é um ser singular, o papel da enfermagem nesse contexto, se torna fundamental, principalmente quando atua como educadora/orientadora das ações, que permeiam a vida da pessoa com o transplante renal⁽⁶⁾.

Nessa conjuntura, ao ser realizado o transplante renal, é importante informar à pessoa com IRC, sobre a necessidade em seguir o tratamento, mantendo controle e atenção profissional permanente. Assim, essa precisará adquirir conhecimentos e seguir uma rotina de cuidados com a alimentação de forma adequada, o uso das medicações, o reconhecimento sintomatológico que possa levar a um agravamento, além de outros fatores que permitem um cuidado à saúde com qualidade. Um adequado cumprimento no tratamento pode diminuir o risco de complicações, de reingressos hospitalares e, conseqüentemente, a perda do órgão transplantado⁽²¹⁾.

Dessa forma, é preciso compreender como a pessoa transplantada interpreta a sua doença, pois é ela quem lida diariamente e aprende o nível dos seus sintomas. Os profissionais da saúde devem buscar formas para que a pessoa se sinta produtiva e cooperativa durante a manutenção da sua saúde. Isso facilitará a adequação às atividades diárias⁽²⁵⁾.

Fator esse, destacado neste estudo, em que mesmo havendo manifestações de comportamentos positivos pelas pessoas com o transplante renal, não é raro haver relatos de insegurança e de infelicidade, como o que fez os entrevistados revelarem as ocorrências em suas vidas, aos quais gerassem comportamentos negativos. Perante essa conjuntura, é necessário que os profissionais da saúde avaliem de que forma as pessoas transplantadas estão se comportando com tais mudanças na sua vida. Ademais, devem estabelecer apoio necessário para esse momento, agindo assim, como bons ouvintes, de modo a contribuir na definição de estratégias para a superação dos possíveis obstáculos advindos⁽²⁶⁾ após o transplante renal.

Acredita-se que a vida das pessoas com IRC, quando transplantadas, possa melhorar completamente⁽²⁷⁾, principalmente àquelas que haviam sido submetidas previamente ao tratamento dialítico. Neste estudo, os comportamentos emitidos revelaram a convivência de fatores que podem levar a gratidão em ter conquistado o transplante renal, o lidar com a convivência do medo, o desejo em aproveitar cada dia, assim como, à presença de sentimentos de posse do órgão, de tristeza, de preocupação e de ansiedade.

Com base nos fatores que permeiam a vida com o transplante renal, alguns achados dessa categoria vão ao encontro com os resultados de uma pesquisa com caráter qualitativo realizado em 2005, na Irlanda, a qual uma participante revelou que após o transplante renal, desenvolveu nela uma ação de proteção, tanto que tinha medo dos médicos chegarem perto, acreditando que poderiam danificar o rim transplantado. Fato esse, que acarretou na presença do sentimento de posse do órgão transplantado. Outro participante afirmou que ficou deprimido, isolado e solitário⁽²⁸⁾, assemelhando-se a manifestações de tristeza por um entrevistado neste estudo.

Quanto ao sentimento de preocupação constata-se, explanado por um entrevistado, enfatiza-se que a doença renal promove na pessoa, uma mudança de vida. De tal modo, que a manutenção da sua saúde, após ser transplantada, faz necessitar de cuidados para dar conta da complexidade vivida, assim, geralmente elas demonstram-se preocupadas com o rumo de suas vidas⁽²⁹⁾.

Além do mais, o fato de muitas vezes a pessoa não ter informações suficientes sobre o transplante, leva a ansiedade. Logo, pode-se concluir que os aspectos psicológicos da mesma, estão intimamente envolvidos com essa questão, podendo desestabilizá-la⁽³⁰⁾. Portanto, com esse e os demais fatores apresentados na vida da pessoa com o transplante renal, faz-se necessária uma atenção psicológica, almejando promover o desenvolvimento de estratégias comportamentais de enfrentamento, no intuito de amenizar aqueles que levam à presença de sentimentos negativos.

Conclusão

Conhecer os comportamentos das pessoas transplantadas, estando relacionados ao cuidado com a saúde, às atividades cotidianas e à vida com o transplante renal, possibilitou, neste estudo, a compreensão da realidade vivenciada com essa modalidade terapêutica. Assim, a aplicação da TIC facilitou na obtenção de dados comportamentais e como esses influenciam, positivamente e negativamente, a vida da pessoa.

A questão dos transplantes tem uma das representações mais relevantes para a pessoa com IRC. Ela mexe com a identidade da mesma, a qual poderá gerar mudanças comportamentais. Embora, esses poderão estar relacionados com a personalidade de cada ser que vivencia tal condição, repercutindo em comportamentos positivos e/ou negativos, como foi evidenciado nos achados deste estudo.

Como o transplante renal pode ser considerado o tratamento desejado pela maioria das pessoas que vivenciam a IRC, cabe aos profissionais de saúde, manter atenção aos fatores

comportamentais, que poderão implicar maleficamente na manutenção da terapêutica adotada. Além de respaldar os comportamentos positivos, de modo a auxiliar na continuação dos mesmos, visando benefícios para as pessoas com o transplante renal.

Referências

1. Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge SMB, et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci Health Sci*. 2008;30(1):73-9.
2. Ferreira R, Filho C. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília. *J Bras Nefrol*. 2011;33(2):129-35.
3. Centenaro GA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(Supl.1):1881-5.
4. Freiberg M, Chiurciu C, Capra R, et al. Factores asociados y consecuencias clínicas de la anemia post trasplante renal. *Medicina*. 2013; 73(2):136-40.
5. Canché-Arenas AP, Reza-Orozco M, Rodríguez-Weber FL. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal. *Medicina Interna de México*. 2011;27(5):446-54.
6. Furtado AMO, Souza SROS, Oliveira BL, et al. O enfermeiro assistencial e educador em uma unidade de transplante renal: uma questão desafiadora. *Enfermería Global*. 2012;(27):351-5.
7. Todorov JC. Sobre uma definição de comportamento. *Revista Perspectivas*. 2012;3(1):32-37.
8. Ferreira ABH. Mini Aurélio. O dicionário da língua portuguesa. Brasil: Positivo; 2010.
9. Silva Y, Del Cerro A. Liderazgo del formador en el área de recursos humanos: Comparativa entre formadores internos y externos. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2012 [citado 2013 set 01];11(2):124-42. Disponível em: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/190/214>
10. Fischer JK, Schroeder, JB, Tontini G. Análise de incidentes críticos: uso prático desta metodologia numa pesquisa de satisfação dos usuários de serviços bancários. *Revista PMKT*. 2009;5(19):38-46.
11. Yanez G R, Lopez-Mena L, Reyes R F. La técnica de incidentes críticos: una herramienta clásica y vigente en enfermería. *Cienc Enferm*. 2011;17(2):27-36.
12. Almeida LR. O incidente crítico na formação e pesquisa em educação. *Educ Ling*. 2009;12(19):181-200.

13. Cardoso LB, Sade PMC. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná [Internet]. 2012 [citado 2013 set 15];2(1):2-10. Disponível em: <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/download/35/45>
14. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. Arq Bras Psicol Apl. 1973;25(2):99-141.
15. Ribeiro LCM, Souza ACS, Barreto RASS, et al. Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):162-71.
16. Flanagan JC. The critical incident technique. Psychological Bulletin. 1954;(51):327-58.
17. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. American Psychologist 1978;33:138-47.
18. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação. Taubaté: Cabral editora e Livraria Universitária; 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
20. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. [acesso em 13 ago 2012]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
21. Vives MJA, Jarque MR, Molto MV, et al. Proyecto de implantación de un programa de educacion para la salud en el proceso asistencial del paciente trasplantado renal. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2005;8(3):7-10.
22. Barbosa KFS. A experiência em família frente à doença renal terminal e o transplante bem sucedido [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2013.
23. Mantovani MF, Mendes FRP. The quality of life of elderly's chronic disease sufferers: qualitative-quantitative research. Online Braz J Nurs [Internet]. 2010 [citado 2013 out 15];9(1). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2835/html_109
24. Brahm MMT. Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
25. Santos FK. O enfrentamento do cliente portador de doença renal crônica mediante o início da diálise peritoneal: reflexões para o cuidado de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

26. Silva MSJ, Teixeira JB, Nóbrega MFB, et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [citado em 2013 ago 13];11(2):309-17. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a11.htm>
27. Magalhães ACL, Coelho GD, Azevedo MA, et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica – da hemodiálise ao transplante renal. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [citado 2013 out 12];7(9):5442-52. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4820/7087>
28. Kierans C. Narrating kidney disease: the significance of sensation and time in the emplotment of patient experience. Cult Med Psychiatry. 2005;29(3):341-59.
29. Sousa FA. Do encontro ao sentido: o cuidado aos sujeitos adoecidos de câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
30. Camargo VP, Quintana AM, Weissheimer TKS, et al. Transplante renal: Um caminho para a vida ou um passo para a morte? Rev Contexto Saude. 2011;10(20):515-24.

CONSEQUÊNCIAS ATRIBUÍDAS AO TRANSPLANTE RENAL: TÉCNICA DOS INCIDENTES CRÍTICOS

CONSEQUENCES ATTRIBUTED TO KIDNEY TRANSPLANTATION: TECHNIQUE OF CRITICAL INCIDENTS

CONSECUENCIAS ATRIBUIDAS AL TRASPLANTE DE RIÑÓN: TÉCNICA DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS

Bianca Pozza dos Santos¹, Eda Schwartz²

Resumo

Este estudo objetivou descrever as consequências acarretadas na vida da pessoa com o transplante renal. Possui abordagem qualitativa, do tipo descritivo, utilizando-se a Técnica dos Incidentes Críticos. Foram entrevistadas 20 pessoas. Logo, analisou-se o conteúdo das entrevistas, almejando isolar as consequências advindas após o transplante renal, destacando referências positivas e/ou negativas. Diante do que o transplante renal proporcionou na vida das pessoas, destacaram a independência da máquina hemodialítica, a existência de uma vida tranquila e normal, a sensação de bem-estar e a possibilidade na realização de atividades. Em compensação, o transplante promoveu cuidados com a saúde, à restrição em algumas atividades, à constatação de que não origina a cura, tampouco é eterno, além da desinformação e o descaso com a saúde. Embora tenham acontecido mudanças na vida da pessoa, o processo de transplantação não representou alterações significativas que levassem ao sofrimento.

Descritores: Insuficiência renal crônica. Transplante de rim. Análise de consequências. Enfermagem.

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Bolsista de Demanda Social (CAPES). Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. E-mail: bi.santos@bol.com.br

² Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e Vice-Líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. E-mail: eschwartz@terra.com.br

Endereço Para Correspondência:

Bianca Pozza dos Santos
Endereço: Rua Alziro Zarur, nº 354 – Bairro: Arco Íris
CEP: 960878-080, Pelotas, RS, Brasil
E-mail: bi.santos@bol.com.br

Abstract

This study aimed to describe the consequences resulted in the life of the person with kidney transplantation. It has a qualitative approach, descriptive, using the Technique of Critical Incidents. Twenty people were interviewed. Presently, it was analyzed the interview content, craving to isolate the arising consequences after the kidney transplantation, highlighting positives and/or negatives references. In front of what kidney transplantation provided to people's life, it was highlighted the independence from the machine of hemodialysis, the existence of a quiet and normal life, the sensation of well-being and the possibility of performing activities. In compensation, the transplantation provided care with health, restriction to some activities, the finding that it doesn't originate the cure, that neither is eternal, further the misinformation and the neglect with health. Although some changes in these people's life had occurred, the process of transplantation didn't represent significant change which could bring suffering.

Descriptors: Renal insufficiency, chronic. Kidney transplantation. Consequence analysis. Nursing.

Resumen

Este estudio objetivó describir las consecuencias acarreadas en la vida de la persona con trasplante de riñón. Tiene abordaje cualitativo, descriptivo, usando la Técnica de los Incidentes Críticos. Fueron entrevistadas 20 personas. Luego, se analizó el contenido de las entrevistas, ansiando aislar las consecuencias que surgieran después del trasplante de riñón, destacando referencias positivas y negativas. Delante de lo que el trasplante de riñón proporcionó a la vida de estas personas, destacaron la independencia de la máquina de hemodiálisis, la existencia de una vida tranquila y normal, la sensación de bien-estar y la posibilidad en la realización de actividades. En compensación, el trasplante promovió cuidados con la salud, la restricción en algunas actividades, la constatación de que no origina la cura, tampoco es eterno, a pesar de la desinformación y del descaso con la salud. Aunque tengan acontecido mudanzas en la vida de la persona, el proceso de trasplante no representó alteraciones significativas que llevasen al sufrimiento.

Descriptores: Insuficiencia renal crónica. Trasplante de riñón. Análisis de las consecuencias. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) eram consideradas um problema de saúde em países desenvolvidos, que possuíam uma população expressiva de idosos.¹ Já nos últimos anos, as mesmas vêm ocupando proporções cada vez maiores, incluindo os países em desenvolvimento.²

Dentre os distintos tipos de doenças, as DCNTs são as que mais podem acarretar grandes mudanças na vida de uma pessoa.³ Conviver com uma, pode gerar sentimentos de impotência, perplexidade e angústia, além da perda do bem-estar físico e mental, dos papéis sociais, da rotina e do medo de morrer. Esses são algumas das vivências que envolvem a pessoa adoecida.⁴ Principalmente se for tomado, como exemplo, a insuficiência renal crônica (IRC).³

A manifestação da IRC ocorre de forma lenta, progressiva e irreversível, que apesar de possuir tratamento não há cura.⁵⁻⁶ Ademais, possui como causa, o excesso de produtos hidrogenados (uréia sanguínea e creatinina) no sangue, tornando os rins incapazes de manter o equilíbrio do corpo humano.⁵ Nesse contexto, a pessoa acometida por essa doença, passa a ter uma mudança significativa em sua vida cotidiana, sem falar no tratamento doloroso que é instituído, como a hemodiálise, para que não haja precocemente, a sua morte.⁶

Assim, a pessoa em tratamento hemodialítico tem impostos na sua rotina, novos hábitos. Por passar mais de 40 horas mensais em uma unidade de hemodiálise, dependente de uma máquina para garantir a manutenção da sua vida, há perdas biopsicossociais, que podem gerar transtornos psicológicos, como medo da morte, dependência de alguém, desfiguração da autoimagem, além de perdas no seu contexto social.³

Com a obrigatoriedade da hemodiálise, o transplante renal passa a ser muito desejado pelas pessoas com IRC, uma vez que é considerado como uma maneira de se libertar da rotina do tratamento hemodialítico. Ainda podendo permitir, o retorno à vida cotidiana⁷, de modo a retomar uma rotina afetiva, familiar e psicossocial próximo da normalidade.⁸

Nessa perspectiva, o transplante renal tem sido considerado na escolha preferencial, pois trata-se de um procedimento que permite a reintegração da pessoa no convívio social, a maior adesão às práticas laborais, além de melhorar a condição física e mental.⁹

Embora o transplante renal seja uma modalidade terapêutica importante, a cirurgia não representa a cura da IRC. Mas sim, a possibilidade de uma nova perspectiva de vida e de tratamento, o qual incluirá o acompanhamento médico contínuo, o uso de medicação imunossupressora e a adesão a um plano de cuidados que objetiva a manutenção da saúde.¹⁰

Ademais, a efetivação do transplante implica em mudanças, bem como adaptações. Se por um lado a pessoa se vê longe da hemodiálise, por outro, ela precisa se adequar a rotina dos medicamentos e a conviver com o medo da rejeição do órgão transplantado.¹¹

Em meio aos inúmeros fatores, tanto positivos, quanto negativos, que permeiam o transplante renal, neste estudo utilizou-se a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC), a qual acredita-se que permitirá visibilidade das consequências advindas na vida da pessoa com IRC, quando submetidas ao transplante renal. Assim, a questão norteadora lançada foi: Quais as consequências acarretadas na vida da pessoa com o transplante renal, por meio da Técnica dos Incidentes Críticos? Tendo como objetivo, descrever as consequências acarretadas na vida da pessoa com o transplante renal, utilizando a Técnica dos Incidentes Críticos.

MÉTODOS

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo, utilizando como método de análise, a TIC. O período da coleta de dados foi de maio a julho de 2013. Foram entrevistadas 20 pessoas, que atenderam os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; disposição em participar do estudo, permitir a gravação da entrevista e aceitar a divulgação dos dados nos meios científicos; estar com as faculdades mentais preservadas, além de não apresentar dificuldades de comunicação verbal; estar vinculada a um serviço de nefrologia; possuir, no mínimo, um ano de realização do transplante renal, tendo sido submetida, previamente, a algum tratamento dialítico.

Para contatar as pessoas com o transplante renal, foi consultada uma relação cedida pelos três serviços de nefrologia, de um município localizado na região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, logo. Logo, foram abordadas por meio de contato telefônico e convidadas a participar do estudo, salientando a não obrigatoriedade e o anonimato das informações obtidas. Ao receber o aceite, a data, o horário e o local das entrevistas foram acordados.

Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), objetivando esclarecer as dúvidas e os procedimentos a serem utilizados para o desenvolvimento do estudo, garantindo que a participação seria voluntária e que haveria o direito de desistir em qualquer momento. Posteriormente, foi solicitada a assinatura em duas vias do TCLE, a qual uma ficou com o entrevistado e a outra permaneceu com a entrevistadora.

Durante a coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, havendo, portanto, dois roteiros. O primeiro com perguntas para identificar o perfil socioeconômico dos entrevistados, enquanto o segundo, para a obtenção dos incidentes críticos. Após a coleta de

dados, foi realizada a análise de conteúdo preconizado pela TIC, por meio de uma leitura detalhada, almejando isolar a consequência atribuída após o transplante renal, destacando-se referências positivas e/ou negativas.¹²

A seguir, foram construídas categorias, envolvendo as consequências similares entre si, contendo a denominação e a definição, o mais operacional possível, do que ela significou ou representou para a pessoa com o transplante renal. Para a análise por meio da TIC, as categorias foram formuladas de forma exaustivas (devendo incluir todos os casos obtidos), reciprocamente exclusivas (cada caso deverá pertencer a uma só categoria), definidas operacionalmente, guardando elevado grau de homogeneidade e coerência entre elas.¹²

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº 192/2013, respeitando-se os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹³ e os princípios da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem.¹⁴ A identificação dos entrevistados foi apresentada pela letra E de entrevistado, seguido do número arábico, conforme a sequência das entrevistas, acrescidos da idade (por exemplo, E1, 43 anos).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez homens e dez mulheres, cuja idade variou entre 30 a 66 anos. De acordo com os depoimentos prestados, foram identificadas 92 consequências advindas com o transplante renal, 18 eram positivas e 74 negativas. Essas foram distribuídas em duas categorias, a primeira relacionada aos fatores que a modalidade terapêutica proporciona e a segunda, aos fatores promovidos.

Fatores proporcionados pelo transplante renal na vida da pessoa com IRC

Em relação às consequências que a modalidade terapêutica proporcionou, houve 19. Dessas, 15 foram citadas positivamente e quatro, negativamente, estando apontadas na Figura 1.

Consequências	Referência positiva	Referência negativa
Independência da máquina hemodialítica	02	00
Vida tranquila e normal	05	01
Sensação de bem-estar	03	00
Realização de atividades	05	03

Figura 1 – Consequências positivas e negativas que o transplante renal proporcionou

Quanto à independência da máquina hemodialítica, apenas houve referências positivas, em que a pessoa transplantada não possui mais o dever de cumprir à rotina da

diálise. [...] *Sim, a libertação da máquina, que termina aquela rotina de três vezes por semana ter que ir ao hospital para dialisar. Quatro horas por sessão. Isso é uma das principais coisas* [...] (E3, 40 anos). [...] *Só não ter aquele compromisso com a máquina, já vale muito a pena* [...] (E15, 39 anos).

O transplante renal traz a independência da máquina de hemodiálise e a retomada da rotina cotidiana¹⁵, que foi rompida após a instalação da IRC. Em virtude de o tratamento hemodialítico atender a necessidade da filtração renal, ele afeta a autonomia da pessoa, em decorrência do seu cumprimento rígido e obrigatório. Assim, o transplante renal passa a ser uma terapêutica desejada, uma vez que proporcionaria o retorno a uma vida normal.¹⁶

No entanto, destaca-se que por ser um tratamento paliativo, não recupera integralmente a saúde da pessoa com IRC¹⁷, passando essa a vivenciar possíveis transtornos. Consecutivamente, pode apresentar limitações cotidianas, vivenciar inúmeras perdas e mudanças psicológicas, com a possibilidade de interferência direta no modo de viver.⁴

Relacionado à vida tranquila e normal, um dos entrevistados manifestou como consequência positiva, a sua vivência, apesar das preocupações existentes, estando representada no seguinte depoimento: [...] *apesar de todas as preocupações, eu tenho a minha vida tranquila, então eu devo isso ao transplante* [...] (E11, 54 anos). Por outro lado, um entrevistado referiu que apesar da vida com o transplante ser normal, ocorreram algumas mudanças, por exemplo, se tornou uma pessoa egoísta, acarretando na sua separação matrimonial. [...] *Normal, só que com algumas mudanças, que eu fiquei muito egoísta comigo mesmo. Eu estava casada há sete anos, eu me separei. [...] eu tava carregando uma criança e eu já carreguei os meus três filhos no colo, já criei e eu acho que, eu transplantada, eu tenho que cuidar mais de mim* [...]. *Não estou mais a fim de carregar ninguém pela mão. Deus que me perdoe que eu nunca fui assim, mas eu estou assim* [...] (E13, 53 anos).

Um aspecto a ser salientado na vida das pessoas que passam por essa circunstância, é que o processo da doença crônica pode acarretar em mudanças nas relações interpessoais, sendo o meio familiar, o local mais frequente para os ajustamentos.⁵ Essa ocorrência relatada pela entrevistada E13, 53 anos, faz tornar a atenção consigo, uma prioridade.

Sobre a sensação de bem-estar, dois entrevistados explanaram somente consequências positivas. O primeiro enfatiza se sentir realizado, e o segundo, não possuir motivos para reclamar. [...] *eu me sinto muito bem, me sinto realizada agora* [...] (E10, 46 anos). [...] *Eu estou bem, me sentindo bem. Não tenho porque reclamar do meu transplante, estou me sentindo bem* (E12, 45 anos).

A respeito das atividades realizadas que o transplante renal proporcionou, teve como consequências positivas, a repercussão da liberdade adquirida por meio do rompimento do tratamento hemodialítico e o fato de conseguir programar melhor a sua vida. Tais depoimentos encontram-se nestas falas: [...] *O efeito de poder fazer coisas que eu não fazia, de poder, assim, não ter horário, não ter essas coisas assim, a rotina da máquina e poder fazer as coisas melhores* [...] (E3, 40 anos). [...] *Eu acho que tu consegue programar melhor a tua vida, porque o fato de tu precisar tomar os remédios é uma coisa que não leva nem um minuto para fazer. Agora, tu ter que encaixar na tua rotina uma coisa que te toma quatro horas, três vezes por semana, é complicado* (E5, 30 anos).

Em compensação, a próxima fala remete a consequência negativa, uma vez que, após o transplante renal, os sonhos foram trocados por outros. Frente às grandes expectativas, a pessoa se sente obrigada a adequar seus sonhos ao que é possível, uma vez que viver com o transplante, também trará a necessidade de alguns cuidados. [...] *Mas assim, mudou, porque tu tinhas alguns sonhos que tiveram que ser trocados por outros, aí tu acaba vivendo mais dentro da realidade* [...]. *Os teus objetivos sim, não dá para desistir dos objetivos, mas tu tens que moderar um pouco no sonho, cair um pouco mais na realidade, que tu sabe que tu tens os teus limites.* [...] *Eu, antes tinha alguns sonhos assim que seria possível, mantendo o trabalho, aquela coisa toda, então tu já tem que repensar tudo de novo* [...] (E11, 54 anos).

No depoimento de E5, 30 anos, nota-se que o transplante renal pode ser percebido pelas pessoas com IRC, como uma maneira de se libertar da obrigatoriedade da terapia hemodialítica, sinalizando, dessa forma, a possibilidade de resgate no cotidiano vivido.⁷ Dessa forma, as oportunidades reconquistadas, permitem-lhes desenvolver segurança no planejamento de vida, podendo inclusive, incluir escolhas e pensar no futuro, recuperando, portanto, a autonomia perdida a partir da doença.⁵

Ademais, o processo de transplantação proporciona uma maior liberdade em relação à hemodiálise, o que pode acentuar a autopercepção da pessoa, quanto para a melhoria da sua vida.¹⁸ Tornando viável, até mesmo, a elaboração de planos concretos¹⁹, mas que não fujam da realidade vivida, como destacou o depoimento prestado por E11, 54 anos.

Fatores promovidos pelo transplante renal na vida da pessoa com IRC

Em relação às consequências atribuídas à compensação da realização do transplante renal, houve 73, quatro citadas positivamente e 69, negativamente, estando apontadas na Figura 2. Nota-se, que há mais referências negativas do que positivas, possuindo uma diferença acentuada em cada ocorrência.

Consequências	Referência positiva	Referência negativa
Necessidades de cuidados com a saúde	02	38
Restrição em algumas atividades	01	16
Não origina a cura, tampouco é eterno	01	12
Desinformação, descaso com a saúde	00	03

Figura 2 – Consequências positivas e negativas que o transplante renal promoveu

Assim, ao referir os cuidados com a saúde, um dos entrevistados referiu à importância da ingestão hídrica, pois contribui para o funcionamento do órgão transplantado. [...] *É para manter [a ingestão hídrica], porque o rim, ele faz a limpeza, passa o sangue e faz a limpeza. Porque o que não é bom para o organismo, despeja na urina. E sem tomar água, o que tu urina? Nada. Então eu tenho que tomar bastante água para estar sempre limpando o rim [...]* (E8, 50 anos). Em relação à consequência negativa, destacou-se o uso da medicação imunossupressora, pois se a pessoa transplantada não tomá-la, haverá a possibilidade na perda da função renal. [...] *Sem tomar [a medicação imunossupressora], o rim pára, porque ele depende daquilo para seguir funcionando, depende dessa medicação [...]* (E3, 40 anos).

Embora, os entrevistados deste estudo demonstrem consciência quanto aos cuidados a serem tomados após o transplante renal, salienta-se que a não realização, pode ocorrer o risco de ser interpretado pela falsa ideia de cura da IRC. Nessa conjuntura, cabe aos profissionais da saúde, sobretudo, os que são envolvidos com o processo de transplantação, promover estratégias relacionadas à educação e à orientação para as pessoas, quanto ao novo estilo de vida que essa deverá tomar. Atentando, como por exemplo, para a adesão a terapia imunossupressora.¹⁸

Os riscos de rejeição envolvidos após o transplante renal tornam essencial, a realização do acompanhamento ambulatorial, com a finalidade de prevenir complicações que possam comprometer a sobrevivência da pessoa e do órgão transplantado. Fomentar orientações sobre dieta, medicações, exercícios, prevenção de infecções e identificação de sinais e sintomas que possam levar à rejeição, são importantes para o sucesso do tratamento.²⁰ Nesse sentido, a enfermagem precisa estar envolvida na atenção à pessoa com o transplante renal, compreendendo todo o aspecto biopsicossocial do indivíduo.

Em se tratando da restrição em algumas atividades após o transplante renal, o único entrevistado que apontou como consequência positiva, mencionou o fato dessa não existir, salientando ainda, que a ação de se cuidar é benéfica, de modo a evitar o retorno à hemodiálise. [...] *Não tem [restrição]. Mas é bom a gente se cuidar [...], para não voltar a*

fazer hemodiálise de novo (E17, 40 anos). Por outro lado, uma das consequências negativas, remete-se a pessoa não poder voltar ao ofício que era desempenhado antes da instalação da doença renal, uma vez que a função exercida não será permitida, mesmo após o transplante. [...] *O meu único problema, a minha única diferença da minha vida normal é que eu não trabalho mais. Eu trabalhava numa escola, estou encostada [...] e o serviço que eu fazia na escola, não vai ser permitido que eu faça agora, que era carregar peso. [...]. Nem ir no supermercado, eu ir lá fazer as minhas compras e trazer, não, que eu não posso carregar peso [...]* (E13, 53 anos).

Uma das concepções advindas com o transplante renal, é a ideia de que a pessoa com IRC, poderá retornar às atividades cotidianas.⁵ Com base nessa crença, destaca-se no depoimento de E13, 53 anos que, mesmo o considerando a sua vida atual, como normal, há o rompimento de certas atividades, em virtude das limitações físicas que necessitarão ser respeitadas, visando assim, a manutenção da sua saúde. Frisa-se que, independente do tratamento renal adotado, a IRC ocasiona consequências físicas, que podem gerar transtornos psicológicos em seu cotidiano, uma vez que a pessoa poderá deixar as atividades que lhe eram comuns.²¹

Em virtude do transplante não promover a cura da IRC, tampouco ser eterno, um entrevistado alegou como consequência positiva, o fato de procurar viver a sua vida da melhor forma possível. [...] *Viver da melhor forma possível, se tu vai viver com medo, tu deixa de fazer muitas coisas que em outra situação tu faria normal [...]. Mas é aquela coisa assim, se tiver que acontecer, vai fazer o que?* [...] (E14, 41 anos). Em contrapartida, o seguinte depoimento ilustra como consequência negativa, a constatação de que não é eterno, existindo a possibilidade de perder o rim, tendo que voltar para a máquina de hemodiálise. [...] *o transplante melhora a vida, mas ele pode não ser eterno. A gente pode ter ele durante um tempo e ter que voltar para a máquina. Não adianta eu deixar isso de lado, se eu sei que existe essa possibilidade de vir a perder o rim transplantado [...]* (E3, 40 anos).

A partir do depoimento de E3, 40 anos, destaca-se que, apesar do transplante renal ter sido bem sucedido, após a alta-hospitalar, a pessoa continua a portar uma doença crônica, como a IRC. Ainda, corre o risco de sofrer rejeição, que pode ocorrer de forma aguda e crônica, já que o enxerto atua como um corpo estranho no organismo.⁵

Dentre as consequências negativas observadas no item que caracterizou a desinformação ou o descaso com a saúde, como o desconhecimento dos direitos e a maneira como deve agir, notou-se que as pessoas transplantadas adotam estratégias a fim de sanarem tais fragilidades. Consequências essas, que poderiam ser evitadas. [...] *Esses direitos se o*

doutor não fala para mim, lá na [nome do serviço de saúde], eu não sabia. Ele falou para mim e [...] me mandou para a Secretaria da Saúde [...]. Nós temos direitos de qualquer coisa, [...] se não der duro em cima deles, eles te passam por cima (E4, 55 anos). [...] E que não é muito fácil sabe, é um mundo assim, onde tu tem que interagir com as pessoas [profissionais da saúde] lá de dentro. Se tu não demonstrar que tu realmente se sente bem, que tu quer buscar, que tu está feliz, que tu está interessado na tua vida e que tu faz tudo pelo transplante, tu vai ter essa reciprocidade da tua equipe médica. Se tu for um cara obsoleto, que não se compromete com a causa, tu não vai ter. Tu tens que buscar as coisas, como tudo na vida, mas principalmente na tua saúde, tu tens que buscar sempre. Sempre buscar e demonstrar interesse, demonstrar que tu quer realmente ficar transplantado, que tu quer viver bem, que tu quer que as coisas deem certo, aí tu vai ter toda a reciprocidade dos médicos [...] (E16, 40 anos).

Tais consequências advindas na vida da pessoa com o transplante renal poderiam ser evitadas, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior responsável, não somente pela realização, mas pela manutenção do mesmo. Assim, há a garantia no fornecimento gratuito de medicamentos imunossupressores, diálises, acompanhamentos clínicos, exames diagnósticos, bem como hospitalizações necessárias²², não necessitando a pessoa ter de adotar estratégias que levam a garantir os seus direitos. Perante esse contexto, é preciso reforçar que o Brasil possui um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo, no qual o processo de transplantação e a sua manutenção estão garantidos por lei a toda sociedade.

Por fim, os dados encontrados neste estudo, permitem inferir que, apesar das inúmeras limitações na vida da pessoa com IRC, os quais poderão advir com o transplante renal, esse continua sendo considerado a melhor opção de tratamento para a doença renal, uma vez que oferece uma melhora na qualidade de vida. Outrora, é importante sempre lembrar que mesmo reduzindo os estressores gerados pela hemodiálise na rotina diária, as pessoas com IRC ainda convivem com uma doença crônica, necessitando, portanto, de medicações contínuas e de acompanhamentos regulares.²³

CONCLUSÃO

Considerando, muitas vezes, que o transplante renal possui a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida às pessoas com IRC, este estudo procurou apresentar as consequências atribuídas a essa modalidade terapêutica. Assim, constatou-se que a independência da máquina hemodialítica, a existência de uma vida tranquila e normal, a sensação de bem-estar e a possibilidade na realização de atividades, contrabalancearam com

fatores relacionados à necessidade de cuidados com a saúde, à restrição em algumas atividades, à constatação de que não promove a cura, tampouco é eterno, além da desinformação e o descaso com a saúde.

Notou-se nos depoimentos prestados que, embora tenham acontecido mudanças na vida da pessoa, o processo de transplantação não representou alterações significativas que levassem ao sofrimento ou ao desespero. Pelo contrário, algumas consequências atribuídas almejavam um novo viver.

Ao refletir sobre esses dados encontrados, aliado a busca na literatura, de estudos que tenham sido realizados na mesma área, constatou-se um número insuficiente de publicações que amparassem a discussão. Limitando, dessa forma, uma sustentação teórica que proporcionasse um melhor entendimento das consequências trazidas pelo transplante renal, na vida das pessoas com IRC. Com base nas limitações encontradas, faz necessário o conhecimento de vivências pouco exploradas no pós-transplante renal, de modo a contribuir, tanto para o meio científico, quanto para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr gerontol*. 2011; 14 (4): 779- 86.
2. Moura EC, Silva AS, Malta DC, Moraes Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 (3): 486- 96.
3. Cardoso LB, Sade PMC. **O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico.** *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*. 2012; 02 (1): [online] [acesso em 2013 Set 23]. Disponível em: <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/download/35/45>
4. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.
5. Fontoura FAP. A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida [dissertação]. Campo Grande: Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco; 2012.
6. Santana SS, Fontenelle T, Magalhães LM. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista Científica do ITPAC*. 2013; 6 (3): 1- 11.

7. Pereira LP, Guedes MVC. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enferm.* 2009 Out- Dez; 14 (4): 689- 95.
8. Persch O, Dani DM. Transplante renal intervivos: um olhar psicológico. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde.* 2013; (01): 1- 15.
9. Silva FS. História oral de vida de pacientes transplantados renais: novos caminhos a trilhar [dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
10. Silva JM, Fialho AVM, Borges MCLA, Silva LMS. Perfil epidemiológico dos pacientes transplantados renais em hospital universitário e o conhecimento sobre uso de drogas imunossupressoras. *JBT: J Bras Transpl.* 2011; 14 (1): 1449- 94.
11. Quintana AM, Weissheimer TKS, Hermann C. Atribuições de significados ao transplante renal. *Rev Psico.* 2011; 42 (1): 23- 30.
12. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação. Taubaté: Cabral editora e Livraria Universitária; 2004.
13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
14. Conselho Federal de Enfermagem [página da Internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. [acesso em 2012 Ago 13]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
15. Gonçalves CS, Mantovani MF. As representações sociais sobre a doença renal crônica [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2012.
16. Medeiros AJS, Medeiros EMD. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. *REBES.* 2013 Jan- Mar; 3 (1): 1- 10.
17. Lira ALBC, Lopes MVO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gauch Enferm.* 2010 Mar; 31 (1): 108- 14.
18. Santos LVA, Santos AB, Costa CMA. Qualidade de vida relacionada ao domínio relação social em transplantados renais: estudo preliminar. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2011; 10 (Supl.1): 64- 72.
19. Barbosa KFS. A experiência em família frente à doença renal terminal e o transplante bem sucedido [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2013.

20. Albuquerque JG, Lira ALBC, Lopes MVO. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63 (1): 98-103.
21. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica.* 2005; 21 (1): 200- 6.
22. Guerra Junior AA, Acúrcio FA, Andrade EIG, Cherchiglia ML, Cesar CC, Queiroz OV, et al. Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. *Cad Saude Publica.* 2010; 26 (1): 163- 74.
23. Carvalho MTV, Batista APL, Almeida PP, Machado DM, Amaral EO. Qualidade de vida dos pacientes transplantados renais do Hospital do Rim. *Motricidade.* 2012; 8 (S2): 49- 57.