

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRANSPLANTE RENAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

Carolina Paula de Freitas¹; João Herminton Pereira Cazario Rodrigues²; Juliana Duarte Horta³; Thamires Muniz Da Anunciação⁴; Flávia Andrade Almeida⁵

1. Enfermeira. Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, 2022. Belo Horizonte, MG. Freitascarolina75@gmail.com
2. Enfermeira. Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, 2022. Belo Horizonte, MG. Jherminton13@gmail.com
3. Enfermeira. Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, 2022. Belo Horizonte, MG. juhduarteh@icloud.com
4. Enfermeira. Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, 2022. Belo Horizonte, MG. thamiresmuniz264@gmail.com
5. Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local. Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. flavia.almeida@prof.unibh.br

autor para correspondência: flavia.almeida@prof.unibh.br

RESUMO: O transplante renal é considerado o melhor tratamento para insuficiência renal em fase terminal, já que o procedimento permite prolongar a vida do paciente, reduzindo os custos associados à terapia de reposição renal. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do transplante renal na qualidade de vida de pacientes com doença renal, e se justifica pela necessidade de se refletir acerca da importância da qualidade de vida do paciente transplantado renal, considerando as mudanças de vida após a efetivação do transplante. Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, de natureza quantitativa e descritiva. Os sujeitos da pesquisa foram os 20 pacientes pós-transplantados no último ano, e que retornaram ao ambulatório para as consultas médicas de acompanhamento periódico. A coleta de dados foi realizada a partir da utilização de questionário autoaplicável (WHOQOL-bref). Os resultados demonstraram que 85% dos entrevistados avaliam sua qualidade de vida pós-transplante como boa ou muito boa. Todos os domínios da qualidade de vida investigados (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais) foram impactados, de alguma maneira, relacionada à realização do transplante renal. Transplante renal. Conclui-se que o transplante impactou diretamente na qualidade de vida dos entrevistados.

DESCRITORES: *Qualidade de Vida. Transplante de Rim. Promoção da Saúde.*

1 INTRODUÇÃO

Insuficiência renal é a condição na qual os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas, sendo uma das manifestações da doença renal crônica (DRC), patologia que consiste principalmente, na redução da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas, acarretando alterações metabólicas e hormonais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN, 2014).

Segundo dados da SBN, a prevalência da doença renal crônica no mundo é de 7,2% para indivíduos acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos. No Brasil, a estimativa é de que mais de dez milhões de pessoas tenham a doença. Desses 90 mil apresentam estágio terminal, com perda de 90% da função renal, número que cresceu mais de 100% nos últimos dez anos (BRASIL, 2019).

O primeiro processo cirúrgico de transplante de órgãos sólidos realizado com sucesso ocorreu em 1954 representando um avanço no tratamento de doenças do pâncreas, fígado, coração, pulmão, intestino e principalmente do rim (INTERNATIONAL TRANSPLANT NURSES SOCIETY, 2011).

O transplante renal é considerado o melhor tratamento para insuficiência renal em fase terminal, já que o procedimento permite prolongar a vida do paciente, reduzindo os custos associados à terapia de reposição renal. Após a realização do transplante novos regimes imunossupressores permitem o bom funcionamento do órgão transplantado por muitos anos (BIERYLO et al., 2017).

Dessa maneira, tanto a utilização de imunossupressões quanto o acompanhamento ambulatorial contribuem para uma melhor qualidade de vida (QV) para o paciente transplantado. A doação de órgãos como rim é um processo delicado que depende da confiança da população no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2018).

No Brasil o transplante de órgãos é uma atividade social, pois é custeado pelo Sistema Único de Saúde- SUS e depende da doação espontânea da população. Com isso, nos últimos anos houve, no Brasil, um crescimento significativo no número de transplantes de órgãos, tornando-o um dos 4 países que mais realizam o procedimento no mundo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO, 2014).

Segundo a ABTO (2019) o Brasil ocupou o segundo lugar em número absoluto de transplantes renais entre 35 países analisados, sendo realizados 6.283 transplantes renais nesse mesmo ano. Mesmo com o grande número de transplantes realizados é percebido que há uma insuficiência no número desse procedimento para atender a demanda real dos pacientes com comprometimento renal. Em dezembro de 2019, 25.163 pacientes adultos e 320 pediátricos ainda estavam na lista de espera para transplante renal (ABTO, 2019).

Além das dificuldades enfrentadas para a realização do transplante, os pacientes portadores da DRC mesmo após transplante trazem consigo uma série de questões que marcam suas vidas, sendo comuns as manifestações psíquicas, acarretando alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não somente do paciente como também da família que o acompanha (SOUTO; COSTA; MARQUES; FRANÇA, 2016).

A QVRS envolve de um modo geral, a percepção da saúde e do impacto dos aspectos sociais, psicológicos e físicos sobre ela, que incluem aqueles aspectos relacionados à saúde, mas excluem outros mais genéricos como, por exemplo, ganho salarial, liberdade e qualidade do meio ambiente (ZAMBI, 2016).

Dessa maneira, a avaliação da QVRS tem sido utilizada para determinar os aspectos associados às enfermidades ou ligados às intervenções terapêuticas. Esse tipo de avaliação tende a manter um caráter multidimensional, ainda que a ênfase recaia sobre os sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades (SEIDL; ZANNON, 2016).

A temática relacionada aos pacientes DRC revela que o caráter crônico dos tratamentos utilizados e o estresse associado aos mesmos estão frequentemente relacionados ao sofrimento emocional e transtornos mentais, 5 que interferem na adaptação e adesão a terapêuticos e requerem intervenção multidisciplinar (MARTINS; CESARINO, 2011).

Baseando-se no impacto do tratamento e mudanças a estas associadas, têm-se utilizado o conceito de qualidade de vida na comparação da efetividade das diferentes estratégias de intervenção terapêutica, sendo notória a indicação do transplante como a intervenção que fornece maior possibilidade de independência das restrições impostas pelos outros tipos de tratamento (LOBO; BELLO, 2011).

Mesmo com um transplante bem sucedido, após a alta e com o enxerto funcionando o paciente continua a viver com uma doença crônica. Consultas hospitalares com regularidade são necessárias e podem gerar estresse, especialmente nos primeiros seis meses, quando são mais frequentes. Quando o intenso contato com sistema de saúde diminui, o retorno a um estilo de vida normal (diferente, entretanto do estilo de vida anterior à doença renal) traz novas preocupações, como a necessidade de retomar a vida profissional, o convívio com a família e outras responsabilidades (CORREA et al., 2013).

Contudo, mesmo que estudos sobre a qualidade de vida de pacientes renais crônicos sejam frequentes, poucos têm abordado a qualidade de vida de pacientes transplantados, suas preocupações e os novos desafios que surgem após a cirurgia (LOBO; BELLO, 2011). A medição da qualidade de vida perante tal percepção é bastante subjetiva, por causa da dificuldade que o indivíduo tem de relacionar sua disfunção às múltiplas dimensões de sua vida (QUEIROZ, 2009). Desta maneira, este estudo pretende responder as seguintes questões norteadoras: Em que medida a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos é afetada após a

realização do transplante? Qual o impacto do transplante renal na qualidade de vida destes pacientes?

Com o objetivo de avaliar o impacto do transplante renal na qualidade de vida de pacientes com doença renal, e diante dos pressupostos e questões norteadoras, este estudo se baseia na necessidade refletir acerca da importância da qualidade de vida do paciente transplantado renal, considerando as mudanças de vida após a efetivação do transplante.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, prospectiva, de natureza quantitativa, descritiva, exploratória, originada a partir da coleta de dados de entrevista estruturada, desenvolvida como Trabalho de conclusão de curso para obtenção de título de bacharel em Enfermagem, pelo Centro Universitário de Belo Horizonte.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de transplante de serviço ambulatorial pertencente a um hospital em Belo Horizonte, referência em transplantes de Minas Gerais. Neste ambulatório são realizadas consultas para avaliação de pacientes pré-transplantados e pós-transplantados.

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes pós-transplantados no último ano, e que retornaram ao ambulatório para as consultas médica de acompanhamento periódico. Foram excluídos deste estudo os pacientes transplantado no período superior há 1 ano.

A coleta de dados foi realizada a partir da utilização de questionário autoaplicável desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde denominado WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). O documento original é composto por 100 questões WHOQOL -100 compostos pelos domínios físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/ religião e crenças pessoais. Nesse estudo optou-se pela versão WHOQOL-bref (ANEXO A).

O WHOQOL-bref é composto de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas (tabela 1) que compõe o instrumento original (WHOQUOL GROUP,1995) (FIGURA 1).

O WHOQOL utiliza a escala de Likert (tabela 2), que medem percepções e interesses a partir de afirmações mais próximas à realidade do entrevistado. A escala de *Likert* é utilizada principalmente em estudos que medem percepções e interesses. Ela possibilita a obtenção de respostas mais próximas da realidade por meio das afirmações dos respondentes (OMS,2014).

Tabela 1: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	FACETAS
FÍSICO	Dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento, capacidade para o trabalho.
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/ religião e crenças pessoais.
RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção; ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação de lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito/clima) e transporte.

FONTE: OMS,1994

Nota: Tabela elaborada a partir das informações da aplicação do WHOQOL

Tabela 2: Escala de LIKERT - WHOQOL

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

FONTE: OMS,1994

O universo de transplantes renais realizado na unidade cenário da pesquisa corresponde a uma média de 140 transplantes / ano, considerando os anos de 2019, e início de 2020. Após a realização do transplante os pacientes são monitorados, habitualmente, a partir do comparecimento às consultas médicas quinzenais, e posteriormente mensais, no primeiro ano do transplante.

Para o cálculo amostral considerado N, o tamanho da população total de pacientes transplantados/ ano, Z o nível da confiança da pesquisa, onde 1,96 equivale a 95% de confiança e 3% de margem de erro. Estimou-se para p e q o valor de 50%. Mediante os valores do cálculo amostral, o número de entrevistas a serem realizadas deveriam corresponder a uma amostra de 117 questionários.

No entanto, em função do contexto de pandemia o número de consultas presenciais foi reduzido consideravelmente, já que a população transplantada é considerada uma população de risco potencial. A média atendimentos realizados na unidade de transplante foi de 100 consultas/mês incluindo pacientes dentro dos critérios de inclusão desse estudo (transplantados até 1 ano), bem como aqueles que não estavam incluídos (transplantados há mais de um ano). Dessa maneira, foram entrevistados todos os pacientes que compareceram às consultas de rotina durante o período de 01 de fevereiro de 2021 a 31 de abril de 2021, que se inseriam no perfil do estudo, sendo alcançado um total 20 entrevistados.

A aplicação do questionário se deu na sala de espera do ambulatório da unidade de transplante do referido hospital. Os participantes foram abordados corpo a corpo antes da realização da consulta de rotina. Diante do aceite para participar da pesquisa, os participantes recebiam as instruções para o preenchimento do questionário, bem como orientações quanto ao objetivo e a natureza da pesquisa. Para formalizar a participação na pesquisa os sujeitos foram encorajados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos descritos na Portaria 466/2012 e Portaria 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde referente à realização da pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados ocorreu após avaliação do Comitê de Ética do Centro Universitário de Belo Horizonte UNIBH, bem como o Comitê de Ética do Hospital Felício Rocho por meio da emissão no parecer de aprovação número 4.529.082

Os dados coletados foram organizados em categorias respeitando os domínios e facetas do WHOQOL. Para cada faceta foi realizada a média dos valores da codificação das questões baseada nos escores de 1 a 5. A OMS (2014) recomenda o cálculo e as análises dos através do programa estatístico.

No entanto, neste estudo utilizou-se a estratégia descrita por Pedroso, Pilatt e Reis (2010) que substitui a utilização software estatístico *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) pelo Software Microsoft Office Excel 2010. Foi realizada o cálculo dos escores e estatística de porcentagem simples, média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo, coeficiente de variância, respeitando os valores de entrada e recodificação das questões Q3, Q4, Q26 do questionário, nas quais ocorrem a inversão pontuação das demais questões do instrumento.

A análise dos resultados foi realizada a partir da literatura disponível.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o levantamento do perfil de população estudada considerou-se as seguintes variáveis: tempo de transplante (tabela 3), faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade (tabela 4) e profissão.

O tempo de transplante é um fator relevante a ser considerado na avaliação da qualidade de vida, uma vez que no primeiro ano de transplante existem desafios a serem superados tais como: rejeição do órgão transplantado, utilização de medicações e seus efeitos colaterais, adaptação da condição paciente às limitações na realização das atividades de vida diária, relações pessoais e conjugais; mesmo sabendo que adaptações podem permanecer após um ano de transplante. Considerando um universo de 20 questionários respondidos e avaliados foi evidenciado que 45% (9) dos entrevistados variavam a idade ente 9 a 12 meses de transplante, 30% (6) variam entre 5 a 8 meses e 25% (5) entre 1 a 4 meses.

Tabela 3. Perfil dos pacientes transplantados referente ao tempo de transplante, 2021.

Tempo de Transplante	n	%
1 mês a 4 meses	5	25%
5 meses a 8 meses	6	30%
9 meses a 12 meses	9	45 %
TOTAL	20	100%

FONTE: Dados do estudo,2021

Na análise foi evidenciada uma predominância da população masculina (n = 14 / 70%), sendo em sua maioria a faixa etária entre 40 a 50 anos 65% (13), 62 ou mais 15% (3), 29 a 39 anos 15% (3) e 51 a 61 anos 5% (1). Referente ao estado civil da população 65% (13) são casados(a), 20% (4) são divorciados(a) e 15% (3) são solteiros(a).

Quanto à escolaridade 35% (7) dos entrevistados relataram ter cursado o ensino médio completo, seguido de 30% (6) no ensino fundamental incompleto com 30% (6) e 20% (4) cursaram até o ensino superior completo.

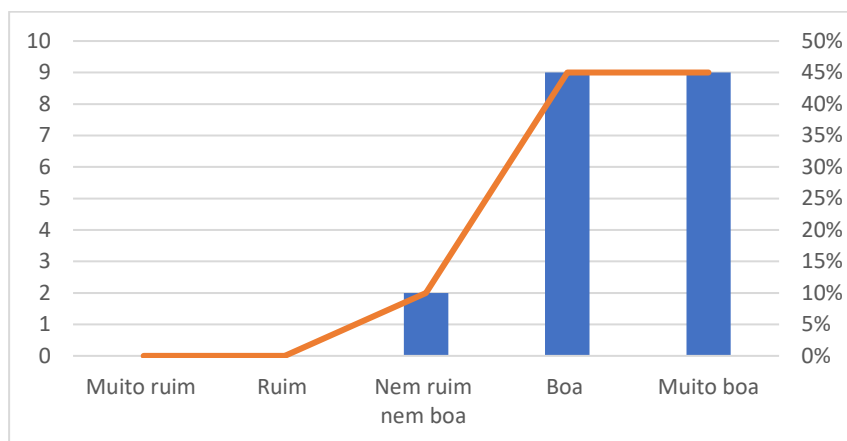
Já em relação ao perfil profissional há uma variação da ocupação dos entrevistados. Considerando um universo de 20 entrevistados, 20% relataram estar aposentados. Referente aos demais não ocorreu uma homogeneidade no perfil profissional. Os entrevistados relataram as seguintes profissões: Bioquímico, Cabeleireiro, Porteiro, Instrutor, Operador de Máquina, Psicólogo, Contador, Lavrador, Auxiliador Geral, Do lar, Comerciante, Agente dos Correios, Agricultor, Auxiliar de dentista.

3- QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES TRANSPLANTADOS

A qualidade vida foi analisada a partir dois tópicos: Tópico 1: Avaliação de vida de uma maneira global. Tópico 2: Domínio da qualidade segundo o WHOQOL (domínio físico, relações sociais, domínio psicológico, domínio do meio ambiente).

Durante a coleta de dados os entrevistados foram encorajados a responder a seguinte questão: Como você avalia sua qualidade de vida? Dentre as variáveis descritas o entrevistado deveria assinalar entre as opções: “Muito boa”; “Boa”; “Nem ruim, nem boa”; “Ruim ou Muito Ruim”. Das opções apresentadas as respostas como “Muito Boa” e “Boa” correspondeu a 90% dos entrevistados. Assim, desse modo pode-se notar que após a realização do transplante renal a maioria dos entrevistados avaliaram a qualidade de vida como positiva, apesar das necessidades de ajustes na vida cotidiana e continuidade do tratamento pós-transplante (FIG.1).

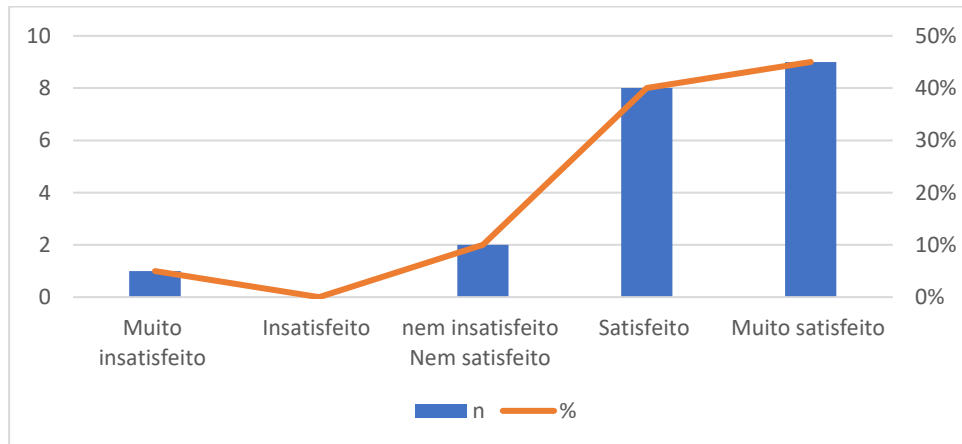
Figura 1: Avaliação da qualidade de vida sob a perspectiva do paciente transplantado.



FONTE: Dados do estudo, 2021

Sob a mesma perspectiva da avaliação da qualidade de vida, os entrevistados também foram encorajados a responder sobre a satisfação quanto à sua saúde. Assim, como na questão anterior o transplante renal foi considerado como um pano de fundo para o questionamento. A partir do questionamento “O quão você está satisfeito com sua saúde?”, 85% dos entrevistados responderam estar “muito satisfeitos” ou “satisfeitos” com a sua saúde (FIG.2).

Figura 2: Satisfação do paciente transplantado quanto à sua saúde



FONTE: Dados do estudo, 2021

Na busca em compreender as causas e razões que levaram os entrevistados a responder de forma positiva as indagações realizadas, pode-se inferir que ocorreu influência de alguns fatores relacionados ao quadro clínico do paciente transplantado renal, tais como: o sucesso da adaptação após o transplante, o encerramento da rotina do tratamento dialítico, menos rigidez no controle hídrico e dietético, possibilidade de interações sociais no trabalho e na família, disposição para a prática de atividade física e melhor condicionamento do corpo, dentre outros.

A insatisfação dos entrevistados com a sua saúde, mesmo que em menor número (15%), pode ter relação com as condições de saúde anteriores à ocorrência do transplante, e as sequelas que não puderam ser revertidas mesmo após a realização do enxerto. Entende-se que os enfrentamentos para o controle das doenças de base, que desencadearam o quadro de insuficiência renal, como por exemplo a Hipertensão Arterial Sistêmica, a Diabetes, doenças autoimunes e outras; irão permanecer mesmo após a realização do transplante, exigindo do paciente novas adaptações.

A má-adaptação do transplantado, e não adesão ao tratamento pós-transplante, a partir do uso de imunossuppressores e outras medicações necessárias, também podem ter influenciado nos resultados na qualidade de vida insatisfatória. O medo da rejeição do órgão doado, e o possível retorno ao tratamento dialítico podem refletir no anseio pela retomada todo o processo já vivido anteriormente, ou seja, reviver a espera de outro doador compatível.

3.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DOS ANÁLISE DOS DOMÍNIOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS, RELAÇÕES SOCIAIS E MEIO AMBIENTE

A avaliação da qualidade de vida dos entrevistados foi realizada considerando a estratificação dos domínios do WHOQOL: domínio psicológico, domínio físico, domínio das relações sociais

e domínio do meio ambiente. Para análise realizou-se um comparativo das médias dos resultados dos domínios, considerando as facetas.

Observa-se que os escores dos domínios analisados seguiram uma média padrão, apesar dos valores das variáveis: desvio padrão e coeficiente de variância. No domínio das relações sociais e domínio físico observa-se um maior desvio padrão e variância nas respostas dos entrevistados (TAB.3).

Tabela 3 – Escores médios, mínimos, máximos dos domínios da qualidade de vida do WHOQL -bref para o universo de pacientes transplantados (n=20), 2021.

Domínios	Média	DP	Variância	Valor	Valor
				Mínimo	Máximo
Físico	3,50	0,83	0,69	1,43	4,71
Psicológico	3,87	0,39	0,62	2,5	4,66
Relações Sociais	3,68	0,87	0,77	2,0	5,0
Meio ambiente	3,66	0,51	0,25	2,87	5,0

Fonte: Dados do estudo, 2021

Ao considerar as médias por domínios obteve-se uma variação de 3,50% a 3,87%. O domínio físico apresentou o menor resultado (3,50%), e a maior média se refere ao domínio psicológico com 3,87%.

O domínio físico considerou as facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento, capacidade para o trabalho. Já o domínio psicológico foi analisado a partir das facetas relacionadas aos sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/ religião e crenças pessoais.

No domínio das relações sociais considerou as facetas das relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual. E por fim o domínio do meio ambiente que considerou facetas atreladas à segurança física e proteção; ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação de lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito/clima) e transporte.

Ao analisar a média de variação, observa-se que o domínio relações sociais e domínio físico tiveram uma variação de 0,69% e 0,77% respectivamente. O domínio do meio ambiente foi o que apresentou um coeficiente de variação menos expressivos, ou seja, e 0,25%.

3.2.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sabe-se que a qualidade de vida se refere à percepção do paciente sobre a condição de bem estar geral de sua vida, perante as enfermidades que o acometem, bem como as consequências dos tratamentos referentes, portanto, como a doença ou terapia afeta sua condição de vida útil (QUEIROZ, 2009).

Faz-se necessário considerar a qualidade de vida como algo subjetivo e abrangente, definido de acordo com a compreensão de que o indivíduo possui acerca do processo de adoecimento e saúde, a sua cultura suas experiências vivenciadas no decorrer da vida (SANTOS et al.,2018).

Os resultados deste estudo revelaram que, a partir da avaliação dos domínios, os resultados ficaram concentrados nos escores entre 3 e 4 da escala de *Likert*. O escore 3 corresponde a variável “nem ruim, nem boa”, e o escore 4 corresponde a variável “boa”, o que nos leva a inferir que a realização do transplante pode ter influenciado de alguma forma a qualidade de vida dos entrevistados. Os resultados das variáveis dos domínios, atrelada à avaliação global de saúde (90% satisfeitos com a qualidade de vida e 85% de satisfação com sua saúde) demonstrou que o transplante impactou positivamente na qualidade de vida dos pacientes.

Os achados destes estudos confirmam a premissa de que a qualidade de vida do paciente melhora significativamente com um transplante de sucesso, na medida em que a função renal é restabelecida pelo novo órgão, e o paciente não necessita mais de tratamento dialítico (SIQUEIRA et al., 2016). Os resultados do estudo de Siqueira et al (2016) também identificou a melhora expressiva da qualidade de vida, quando foi levado em conta a percepção do paciente após o enxerto. Considerando que o transplante prolonga a vida do paciente, reduz os custos associados à terapia de reposição renal, e permite a inclusão de novos regimes imunossupressores para o bom funcionamento do órgão transplantado por muitos anos (BIERYLO et al.,2017), fica evidente que a realização do transplante pode contribuir, significativamente, para a melhoria da qualidade de vida dos que o realizam.

De uma maneira geral acredita-se que as mudanças na vida após o transplante apresentam-se de forma positiva, pelo o fato do paciente pode realizar ingestão hídrica, fato bastante marcante no contexto da doença renal, principalmente durante o tratamento dialítico (SANTOS et al.,2018). A realidade do paciente é alterada ao não ser obrigado a restringir o volume da sua ingestão hídrica, não ter que passar os dias dosando o volume e de líquido que irá consumir.

Entretanto, a ideia de que tudo será como antes não se prorroga, pois o pensamento de que a vida voltará ao normal após o procedimento não se mantém estabelecido, já que por sua vez o sujeito irá se deparar com as questões relacionadas à manutenção do tratamento, afinal é

necessário manter as restrições alimentares e físicas, além da dependência da medicação (QUINTANA; WEISSHEIMER; HERMANN, 2011).

É necessário levar em conta uma série de fatores que interferem no conceito saúde, não apenas a situação física, mas também a saúde em suas relações pessoais, em seu ambiente de convívio e o impacto psicológico; refletindo na satisfação que o paciente possui acerca da saúde de sua vida social, sexual, profissional. Apesar de 5% dos pacientes relatarem estar “muito insatisfeitos” com sua saúde após a realização do transplante, outros 45% no outro extremo, relatam que estar “muito satisfeitos”.

O excesso de medicamentos imunossupressores que estes pacientes precisam ingerir todos os dias provocam por consequência, alterações em seu organismo a fim de realizar a manutenção da saúde, podendo gerar outros problemas como a disfunção sexual (CUKER E FRAGNANI, 2010).

Fica evidente que os pacientes transplantados necessitam de um tipo de intervenção psicológica e que tal apoio à saúde mental fosse iniciado já no período do diagnóstico da doença crônica, e até antes do transplante, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, e sua família, prevenindo futuros problemas psicológicos decorrentes dessa experiência (CASTRO, MORENO-JIMENEZ, 2010).

A cicatriz psicológica que o paciente carrega após o transplante, mesmo levando em conta a melhora considerável de sua função física, conceitos como a saúde mental e social nem sempre acompanham essa melhora. Isso talvez se expresse nos 10% dos entrevistados neste estudo que afirmam estarem “nem satisfeito, “nem insatisfeito” com sua saúde. Dessa forma, entende-se que apesar da melhora física, a melhora psicológica ainda precisa de auxílio.

Silva e Simpson (2013) reforçam que as mudanças ocorridas na vida dos transplantados renais, após o diagnóstico da doença e tratamento, provocam reflexões acerca do cuidado individualizado, visto que, o modo de enfrentamento dos pacientes em interação às mudanças de vida impostas ao serem acometidas pela DRC, ou quando se submetem ao transplante, são específicos e característicos do indivíduo. Contudo, os autores também chamam a atenção para a ocorrência do estigma e preconceito como fatores da exclusão social.

O próprio tratamento dialítico já deixa marcas físicas e psicológicas como as cicatrizes de anos de punção ou cicatrização após procedimento cirúrgico. A constante necessidade de controle médico acerca da saúde são fatores que podem contribuir para a exclusão social e estigma conforme descrito na reflexão de Silva e Simpson (2013). O valor da média do domínio das relações sociais (3,68%) identificadas no resultado deste estudo pode ter contribuído para o resultado desta faceta.

O transplante renal pode ajudar o receptor em diversos aspectos com o clínico e o psicológico, contudo não necessariamente irão sanar todas suas necessidades, mas não deve ser considerada

a única solução para obtenção da melhora completa da qualidade de vida, uma vez que, mesmo após o transplante os pacientes ainda são superados pela subjetividade de suas memórias, dores, hospitalizações (ROTELLA et al., 2019).

Para que a aceitação da condição patológica e terapêutica possa ocorrer é necessário o apoio familiar e a crença divina (SILVA, SIMPSON, 2013). Assim, o meio ambiente que o paciente vive deve estar em uma boa sincronia com suas necessidades, assim, a satisfação acerca dessa perspectiva poderá contribuir para melhoria na qualidade de vida. O auxílio multidisciplinar para o paciente e a família precisa existir com o intuito de acolhê-los nas suas necessidades psicológicas, biológicas, físicas, sociais e espirituais que são afetadas pelas imposições da doença e o tratamento que refletem na sua qualidade e condição de vida.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu avaliar o impacto do transplante renal na qualidade de vida de pacientes acometidos por uma doença renal. Os resultados das variáveis dos domínios, atrelada à avaliação global de saúde, demonstrou que a qualidade de vida dos pacientes foi impactada positivamente após a realização do transplante, apesar dos desafios e mudanças da vida cotidiana após a realização do transplante.

Cientes de que o transplante, mesmo que de sucesso, ainda não é capaz restabelecer a saúde do indivíduo em todas as suas necessidades, faz-se necessário que a abordagem aos pacientes seja trabalhada de maneira individual e integral durante o processo, uma vez que as experiências vivenciadas antes ou após o transplante podem impactar diretamente na qualidade de vida dos mesmos.

Dessa maneira, a assistência de profissionais como enfermeiros, psicólogos, médicos e assistente social são imprescindíveis para que os pacientes e suas famílias possam enfrentar os desafios do cotidiano pós-transplante. Compreender que o transplante é uma alternativa possível para obtenção da qualidade de vida para os pacientes com doença renal crônica deverá ser um ponto de partida para a realização de novos estudos que apontem os desafios na vida pós-transplante e a maneira como os pacientes e as famílias precisam ser assistidos.

REFERÊNCIAS

ABTO. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014)**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2020.

ABTO. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2012-2019)**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2020.

BIERYLO, A. et al. Skin Cancer uns kidney transplant recipients. **WiadLek**, v. 70, n. 1, p.68-73. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343197>>. Acesso em: 23 mar. 2020

BRASIL. Lei Nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que “Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. **Diário Oficial da União** 24 Mar 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 14 Abr. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. “Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes”. **Diário Oficial da União** 21 Out 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 25 Abr. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde dos Rins para Todos. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2913-14-3-dia-mundial-do-rim-2019-saude-dos-rins-para-todos>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

CASTRO, E. K. de; MORENO-JIMENEZ, B. Indicadores emocionais no desenho da figura humana de crianças transplantadas de órgãos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 64-72, Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Abr. 2020.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.480/1997. Critérios para diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial da união**. Brasília (DF) 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm>. Acesso em 14 Abr. de 2020.

CORREA, A. P. A. et al. Complicações durante a internação de receptores de transplante renal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 46-54, Set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2020.

DE SOUSA, D. P.; GUIMARÃES, C. M. Doação de órgãos Intervivos: atuação do enfermeiro. **Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, Goiânia, v. 41, p. 165-181, fev. 2015. ISSN 1983-781X. Disponível em:

FLECK MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon

V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de saúde pública**, 2000, v.34,n.2,p.178-183. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 Jun. 2020.

ITNS - International Transplant Nurses Society. Introduction to transplant nursing: core competencies. Pittsburg: International Transplant Nurses Society, ITNS; 2011.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G.C.; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n.

3, supl. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2020.

KNIHS, N. da S. et al . A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 1160-1168,Dec.2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Mai.2020.

KOSTRO J. Z., HELLMANN A., KOBIELA J., et al. Quality of Life After Kidney Transplantation: A Prospective Study. **Transplant Proc.** 2016; v.48, n.1,p. 50–

54. doi:10.1016/j.transproceed.2015.10.058. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26915842/#>>. Acesso em: 28 Abr. 2020.

LÔBO, M. C. S. G.; BELLO, V. A. O. Reabilitação profissional pós-transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 29-32, 2007. Disponível em:

<http://www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=194&nomeArquivo=29-0107.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

MARINHO A, CARDOSO S. S., DE ALMEIDA V.V.. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros.

Cad Saúde Pública. 2011 ago. 27(8):1560-68 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/11.pdf>. Acesso em: 07 Mai. 2020.

MENDONÇA, A. E. O. de et al . Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.27, n.3, p.287-292, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300287&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MERCADO-MARTINEZ, F. J. et al. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** 2015, v. 25, n. 1, pp. 59-74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100005>>. Acesso em: 07 Mai. de 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Divisão de saúde mental, grupo WHOQOL 1994. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). 1998.

QUINTANA, A. M., WEISSHEIMER, T. K. S., & HERMANN, C. (2011). Atribuições de significados ao transplante renal. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 1, pp. 23-30, jan./mar. 2011.

QUEIROZ, F. A., PACE, A. M., SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): Versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 – Fase. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 708-715, Out. 2009.

RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado** (2018).

RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado** (2019). Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>>. Acesso em: 25 de Mar. de 2020.

ROTELLA, A. A. F. et al.. Repercussões Emocionais e Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes em Hemodiálise ou Após o Transplante Renal. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, e2018221, 2020.

SANTOS, L. F. et al . Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico- USF**, Campinas , v. 23, n. 1, p. 163-172, Mar.2018.

SBN. **Sociedade Brasileira de Nefrologia**. Dia Mundial do Rim. São Paulo, 2014. Disponível em: < https://arquivos.sbn.org.br/pdf/texto_dmr_2014.pdf> Acesso em: 23 mar. 2020.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C.. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588,Abr. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SILVA, F. DE S.; SIMPSON, C. A. Trajetória de vida de transplantados renais: apreendendo as mudanças ocorridas na vida dos pacientes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 469 - 476,11 nov. 2013. Disponível

em:< <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.16259>>. Acesso em: 28 Abr. 2020

SILVEIRA, C. B. et al . Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 39-44, Mar. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Mai. 2020.

SIQUEIRA, D. S. et al. Perfil de enfrentamento (coping) e qualidade de vida dos pacientes pré e pós-transplante renal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n. supl. 1, p. :371-4, Jan. 2016. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10964/12290>> Acesso em 28 mar. 2020.

SOUTO, F. C. O.; COSTA, R. M. A.; MARQUES, T. M. M.; FRANÇA, A. M. B.

Qualidade de vida em pacientes submetidos transplante renal. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceio, v. 3, n. 3, p. 119-132, Nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/3396>> Acesso em: 25 mar. 2020.

TEIXEIRA, F. I. R. et al . Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 64- 71, Mar.2015.Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 07 Mai. 2020.

The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. **Soc. Sci. Med**, 1995, v.41,n.10,p.1403-1409. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>>. Acesso em: 23 Mai. 2020.

WATSON, C.J.E., DARK J.H. Transplante de órgãos: perspectiva histórica e prática atual. **BJA: British Journal of Anesthesia**, v.108, n°.1, p. i29 – i42, Janeiro de 2012. Disponível em:<<https://doi.org/10.1093/bja/aer384>>. Acesso em 14 de Abr. 2020.

ZANEI, Suely Sueko Viski. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21032006-154203/pt-br.php>>. Acesso em: 14 de Abr. 2020.

PEDROSO, B., PILATTI, L. A., GUTIERREZ, G. L., PICININ, C.T. Cálculo dos escores e estatísticas descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 02, n. 01, p. 31-36, jan./jun. 2010. Disponível em:<<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687/505>>. Acesso em: 14 de jun. 2021.