



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ADRIANA ALAIDE ALVES MOURA  
LAÍS EVANGELISTA DE OLIVEIRA

**O SER RENAL CRÔNICO: PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E O  
TRANSPLANTE RENAL**

BELÉM-PA

2016

ADRIANA ALAIDE ALVES MOURA  
LAÍS EVANGELISTA DE OLIVEIRA

**O SER RENAL CRÔNICO: PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E O  
TRANSPLANTE RENAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito necessário à obtenção do Título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Msc. Esleane Vilela Vasconcelos.

BELÉM-PA

2016

ADRIANA ALAIDE ALVES MOURA  
LAÍS EVANGELISTA DE OLIVEIRA

**O SER RENAL CRÔNICO: PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E O  
TRANSPLANTE RENAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Msc. Esleane Vilela Vasconcelos  
Docente FAENF UFPA

---

Profª. Dra. Rosineide dos Santos Tavares  
Docente FAENF UFPA

---

Profª. Dra. Irene de Jesus Silva  
Docente FAENF UFPA

MOURA, Adriana Alaide Alves; OLIVEIRA, Laís Evangelista de. **O SER RENAL CRÔNICO: PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E O TRANSPLANTE RENAL**. 67 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Profa. Msc Esleane Vilela Vasconcelos. Universidade Federal do Pará, 2016.

## RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo apresentar as percepções dos pacientes com diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) sobre a doença e o transplante renal, analisando as suas implicações no seu cotidiano. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O cenário do estudo ocorreu no setor de hemodiálise do Hospital Ophir Loyola (HOL) localizado na Região Metropolitana de Belém do Pará. Os participantes da pesquisa foram 11 pacientes renais crônicos em tratamento dialítico cadastrados na lista de espera pelo transplante renal do referido hospital. A seleção dos pacientes ocorreu através do método de amostra por conveniência. Foram excluídos analfabetos, pessoas com dificuldades na comunicação e psiquiátricos. A coleta de dados ocorreu no período de cinco meses no setor de hemodiálise do hospital, utilizando-se a técnica de entrevista semi-estruturada. Dados socioeconômicos também foram disponibilizados pelos pacientes. Como subsídio para análise dos dados coletados a técnica selecionada consistiu na Análise Temática. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o Parecer nº 1.398.096/2016. A partir da análise das respostas dos participantes surgiram quatro unidades temáticas: 1) Sentimentos diante do diagnóstico de DRC: sofrimento e aceitação; 2) O cotidiano de mudanças diante da doença e tratamento; 3) As duas faces do transplante renal e 4) A esperança através da espiritualidade no enfrentamento da doença renal crônica. Durante a discussão foi possível compreender as percepções do portador de DRC enquanto aguarda o transplante renal ao manifestarem sentimentos de sofrimento e aceitação no diagnóstico, o comprometimento significativo das diversas formas de atividades cotidianas refletidas pela doença e tratamento hemodialítico, a expectativa de melhoria da qualidade de vida representada pelo desvínculo da máquina junto ao restabelecimento das funções orgânicas objetivados pelo transplante e a demonstração de esperança manifesta através da espiritualidade para enfrentar a patologia durante à espera do novo tratamento. Nesse contexto é imprescindível o acompanhamento do enfermeiro na assistência humanizada ao portador da DRC para atendê-lo em todos os aspectos que demandam atenção, sejam eles físicos ou psicológicos. Por se tratar de uma doença incurável em que há instabilidade emocional, o paciente precisa ter suas dúvidas esclarecidas, suas inseguranças amenizadas, ser constantemente incentivado a seguir o tratamento hemodialítico e cabe ao enfermeiro junto a equipe multiprofissional traçar estratégias para que todas as etapas da espera que se sucedem até o transplante sejam vivenciadas com maior qualidade.

Descritores: Enfermagem. Doença Renal Crônica. Transplante Renal.

## ABSTRACT

This research has as objective introduced the perceptions of patients with diagnosis of Chronic Kidney Disease (CKD) about the disease and the renal transplantation, analyzing its complications in daily lives. It is a descriptive research with qualitative approach. The study setting occurred in the hemodialysis sector of the Ophir Loyola Hospital (HOL) located at the Metropolitan Region of Belém Pará. The participants of the research were 11 chronic renal patients on dialysis treatment registered on the waiting list for kidney transplantation of the hospital. The selection of the patients occurred through convenience sample method. They were excluded illiterate, people with communication difficulties and psychiatric. The data collection occurred in the period of five months in the hemodialysis sector of the hospital, using a half-structured interview technique. Socioeconomic data were also available to patients. As support for analysis of data collected the technique selected was Thematic Analysis. The present study was approved by the Ethics and Research of the Institute of Health Sciences Federal University of Pará Committee under Opinion nº 1.398.096/2016. From the analysis of the answers of the participants four thematic units emerged: 1) Feelings against the diagnosis of CKD: suffering and acceptance; 2) The change daily on the disease and treatment; 3) The two faces of kidney transplantation and 4) The hope through spirituality in coping with chronic kidney disease. During the discussion it was possible to understand the perception of the CKD patient while waiting for kidney transplantation to express feelings of suffering and acceptance in the diagnosis, the significant commitment of the various forms of daily activities reflected by the disease and hemodialysis, the expectation of improving the quality of life represented by output machine with the restoration of organic functions objectified by transplant and demonstration of hope manifested through spirituality to spirituality to cope with the disease while waiting for a new treatment. In this context it is essential the monitoring by nurse in the humanized assistance to carrier of CKD to assist you in all aspects that require attention are physical or psychological. Because it is an incurable disease where there is emotional instability the patient needs to have their questions answered, their insecurities ameliorated, they are constantly encouraged to follow the hemodialysis treatment and it is for the nurse with the multidisciplinary team strategize for all stages of expected to succeed until the transplant are experienced with higher quality.

Keywords: Nursing. Renal Chronic Disease. Renal Transplantation.

*“O que fazemos para nós mesmos morre conosco. O que fazemos pelos outros e pelo mundo permanece e é imortal”.*

*(Albert Pine)*

## AGRADECIMENTOS

**Adriana Alaide Alves Moura**

As lutas foram muitas e com certeza não foi fácil chegar até aqui. Este passo para a realização deste sonho que se concretiza com o presente estudo foi fruto de uma intensa e linda caminhada e de um amor que desde pequena esteve presente seja nas brincadeiras de criança, seja quando tive que escolher a profissão que ia seguir.

Encontrei na enfermagem esse amor que está presente em cuidar das pessoas nos seus momentos mais frágeis, difíceis e felizes das suas vidas. Foi a partir de todo empenho desde o colegial que estou me tornando Enfermeira. Porém, como toda caminhada, não poderia ter conseguido chegar até aqui sozinha...

Primeiramente agradeço a Deus por toda sua misericórdia e bondade comigo e minha família. Sei que o Senhor me ajudou em todos os dias da minha vida, me guiando pelos caminhos certos e dando forças nos momentos de fraqueza. “Quando te chamei, tu me respondeste e, com o teu poder, aumentaste as minhas forças” (Salmos 138:3). A cada momento Deus esteve presente e mostrou que estava ao meu lado. Seu infinito amor me fez ser o que sou hoje e me faz ser melhor a cada dia, pois sei que sem o Senhor nada disso teria sido possível.

Abaixo de Deus, agradeço a minha família que sempre foi e é a minha fortaleza. Dedico essa vitória a minha mãe Maria do Socorro Alves Moura, meu pai Francisco Batista Moura (mais conhecido como Assis) e meu irmão Gabriel Alves Moura que sempre estiveram do meu lado. Agradeço por toda educação, amor e proteção que recebo todos os dias. Com certeza vocês foram essenciais para a minha conquista e espero retribuir todo esse empenho dia após dia. A vocês meus pais que são os dois maiores exemplos que tenho de vida, o meu muito obrigada. Obrigada por confiar e acreditar no meu potencial e me apoiar com tanto amor e cuidado. O meu amor por vocês é imensurável!

À minha tia Eliziete e primos Luciana e Rafael, que sempre torceram pelo meu sucesso e felicidade e por se manterem próximos sempre que precisei. Que nossas famílias continuem sempre unidas e abençoadas por Deus, amo tê-los perto de mim. Agradeço também ao meu primo Ronne Castro, que esteve disposto e solidário a me ajudar a partir do seu conhecimento profissional com a revisão deste trabalho, assim colaborando para a qualidade deste.

Ao Tayson Santiago, que se tornou uma pessoa muito especial em minha vida e conquistou o meu amor, agradeço por todo apoio, compreender minhas ausências e se manter na torcida pela minha vitória. Que ainda possamos compartilhar muitos dias felizes juntos.

Agradeço também aos meus amigos de sala por todos os momentos que compartilhamos juntos rumo a mais essa conquista. Em especial, à Laís Oliveira que além de uma grande amiga é também minha parceira deste trabalho. Obrigada por toda dedicação juntamente comigo para a construção dessa pesquisa que marca a nossa formação profissional. Além disso, agradeço por todos os seus conselhos e apoio. Admiro o quanto Deus se faz presente em sua vida, continue assim.

À minha querida orientadora Msc. Esleane Vasconcelos Vilela, por todo seu apoio, palavras de fé e dedicação para a construção deste trabalho e pela grande professora que é possibilitando meu crescimento acadêmico e profissional.

Ao Dr. Silvio Éder Dias da Silva, orientador da minha iniciação científica, pela oportunidade de ser sua bolsista, me proporcionando uma experiência enriquecedora e compartilhando comigo seus profundos conhecimentos no universo das produções científicas e no meu crescimento acadêmico.

À todos os professores da faculdade de enfermagem da UFPA, que fizeram parte da minha formação e crescimento, agradeço por todo carinho, atenção e conhecimentos compartilhados com tanta responsabilidade e amizade.

Ao HOL, por ter cedido o espaço para o desenvolvimento da pesquisa e por demonstrar a forma amistosa que cuida dos pacientes que fazem diálise.

Dentre outras formas, sinto o cuidado de Deus quando tenho pessoas que me fazem sorrir nos momentos em que mais preciso. A todos que mesmo sem o nome citado acima, mas que participam da minha vida e a vocês que estiveram diretamente ligados a mim e a essa conquista... Muito obrigada!

## AGRADECIMENTOS

### **Laís Evangelista de Oliveira**

Desde o princípio o Deus esteve comigo, sustentando e iluminando minhas decisões. A Ele direciono meu primeiro agradecimento, por me conduzir em todos os momentos de dificuldades, pelas oportunidades e vitórias que me foram concedidas e por Sua fidelidade para comigo. Assim o Senhor disse. Assim o Senhor fez. Rendo graças a Ti, querido Pai, por me permitir concluir a graduação e tornar-me Enfermeira. “De Deus mui firme são as promessas. Falhando tudo, não falharão. Se das estrelas o brilho cessa, mas suas promessas brilharão” (Hino 459 – Harpa Cristã). E assim brilharam em minha vida.

Aos meus amados pais Iranilda e Fernando por toda dedicação, por estarem sempre ao meu lado crendo que eu conseguiria, pelos esforços para que minha educação fosse a melhor possível e, principalmente, pelo carinho e amor que vocês me doaram. Que bom olhar para trás e perceber que estiveram sempre presente em todas as fases da minha caminhada até aqui. Agora posso dizer com enorme gratidão e alegria: “Mãe! Pai! Nós vencemos! Amo vocês”.

À minha querida irmã Lia por me acompanhar em minhas longas horas de estudo a noite, por torcer por mim desde sempre e pela solidariedade quando me permitiu compartilhar consigo, minhas angústias e alegrias. Obrigada por todo incentivo que você me transmitiu ao longo desses cinco anos, com certeza foi imensamente valioso para mim. Dedico esta vitória a você.

Agradeço a minha família por ser a base sólida e forte na qual estou fundamentada. Por todo suporte emocional e financeiro proporcionado a mim. Aos meus avós: Fernando (*in memoriam*), Maria Assunção, Heitor e Rosarita pela enorme força transmitida. A todos os meus tios (paternos e maternos) pelas palavras de incentivo, em especial: minha querida tia Lêda pelos preciosos ensinamentos e cuidados dispensados a mim desde a infância, a senhora também é responsável por essa conquista; ao prestativo tio Liésio por ajudar de todas as formas possíveis e aos tios Léa, Lionai e Lívio pelas preocupações com meu bem-estar e os mais diversos auxílios. A todos os meus adoráveis primos por celebrarem junto comigo e permanecerem torcendo por mim durante a graduação. Muito obrigada! Vocês foram essenciais.

Pelas inúmeras dificuldades que me ajudou a transpor, pela imensa dedicação e paciência demonstrada ao me auxiliar nos trabalhos e apresentações da universidade, por me ouvir sempre que aprendia algo novo da Enfermagem, pela compreensão nas vezes em que

precisava estudar e por estar presente de forma tão linda e agradável em mais uma conquista alcançada. À você amor, Rennyson Bastos meus sinceros agradecimentos. Você tornou essa jornada mais leve e me ajudou a superar os meus limites.

Aos amigos de infância e da adolescência agradeço por compreenderem minha ausência nos períodos mais trabalhosos da faculdade. Que bom receber palavras positivas de vocês. Obrigada. Aos companheiros de prática pela oportunidade de crescermos juntos profissionalmente e pelos conhecimentos compartilhados. Em especial agradeço a parceria da amiga Adriana Alves por me acompanhar em todos os semestres da graduação, transmitindo forças e solidariedade em diversos momentos.

E não poderia deixar de ser grata aos docentes da universidade, especialmente a querida orientadora Msc. Esleane Vasconcelos por nos receber e direcionar no decorrer de todo o projeto de conclusão de curso. Agradeço pela preocupação conosco e por todas as mensagens de perseverança e fé nessa caminhada acadêmica. Ganhamos uma orientadora e amiga. Obrigada professora!

A vitória não é exclusiva de uma só pessoa, mas é proveniente do conjunto de auxílios, grandes ou pequenos, que ela recebeu a vida inteira. Portanto a todos: muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1 Fisiologia Renal</b> .....	17
<b>2.2 Doença Renal Crônica</b> .....	18
2.2.1 Possibilidades de tratamento .....	22
<b>2.3 Representatividades do diagnóstico de doença crônica</b> .....	26
<b>2.4 Cuidados de enfermagem à pessoa com DRC</b> .....	27
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	29
<b>3.1 Tipo de Estudo</b> .....	29
<b>3.2 Cenário da Pesquisa</b> .....	29
<b>3.3 Participantes da pesquisa</b> .....	30
<b>3.4 Instrumento da Coleta de Dados</b> .....	31
<b>3.5 Análise das informações coletadas</b> .....	31
<b>3.6 Aspectos Éticos</b> .....	33
<b>3.7 Riscos e Benefícios</b> .....	33
<b>4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS SUJEITOS DO ESTUDO</b> .....	34
<b>5 PERCEPÇÕES DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM DIÁLISE AGUARDANDO O TRANSPLANTE RENAL</b> .....	36
<b>5.1 Sentimentos diante do diagnóstico de DRC: sofrimento e aceitação</b> .....	36
<b>5.2 O cotidiano de mudanças diante da doença e tratamento</b> .....	39
<b>5.3 As duas faces do transplante renal</b> .....	45
<b>5.4 A esperança por meio da fé no enfrentamento da doença renal crônica</b> .....	51
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	54
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>APÊNDICES</b> .....	62
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	63
<b>APÊNDICE B - Roteiro De Entrevista</b> .....	64
<b>ANEXOS</b> .....	65
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de ética</b> .....	66
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de ética</b> .....	67
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de ética</b> .....	68

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Considerado grave problema de saúde pública a Doença Renal Crônica (DRC) vem alterando, negativamente, a qualidade e expectativa de vida de indivíduos acometidos por ela (CRESTANI FILHO; RODRIGUES, 2013). De acordo com Romão Júnior (2004) a DRC é caracterizada através da lesão, perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais.

Os rins são órgãos responsáveis pela manutenção da homeostase do corpo com a ação de filtrar o sangue e eliminar os produtos restantes do metabolismo proteico, preservando solutos específicos, proteínas (albumina) e componentes celulares (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010), ainda relatam que sua função é avaliada observando a taxa de filtração glomerular que na DRC apresenta-se diminuída com associação a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do órgão alvo.

A incidência e prevalência nacional de DRC estão elevando e permanece com prognóstico insatisfatório, ressaltando que o tratamento da doença é altamente dispendioso. O número estipulado de pacientes em tratamento dialítico somado com transplante renal é aproximadamente 120.000, com o custo de 1,4 bilhões de reais (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Segundo Stevens et al. (2010), estima-se que 10 % da população adulta estadunidense, apresenta a DRC, alcançando 38% à 44 % dos idosos. A terapia renal substitutiva no Brasil, durante a última década, cresceu de 42.000 pacientes em 2000 para mais de 92.091 em 2010, traduzido na prevalência de 483 pacientes por milhão da população (CRESTANI FILHO; RODRIGUES, 2013).

Os fatores relacionados com maior suscetibilidade para o desenvolvimento da DRC são:

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada, proteinúria, uso de drogas nefrotóxicas, obstrução do trato urinário, diabetes mellitus, refluxo urinário, dieta com alto teor de proteínas, tabagismo, infecção urinária, obesidade, dislipidemia, anemia crônica, acidose metabólica, deficiência de vitamina D, hiperfosfatemia e doença de base ativa (CRESTANI FILHO; RODRIGUES, 2013, p. 100).

Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010) apontam também como participantes do grupo de risco: idosos, pacientes com doenças cardiovasculares e familiares de pacientes acometidos por DRC.

Como alternativas para o tratamento da patologia em questão são mencionadas a diálise e o transplante renal. Sendo este último a alternativa que oferece melhor qualidade de

vida aos pacientes, assim como possibilita a redução do risco de mortalidade (CUNHA et al., 2007).

Os processos dialíticos consistem na hemodiálise e a diálise peritoneal. A hemodiálise é o processo de depuração artificial do sangue através de uma máquina onde os pacientes são submetidos a três sessões semanais, em média, com duração de quatro horas a depender de suas necessidades (CRAVO et al., 2011). Com a mesma finalidade a diálise peritoneal consiste na “introdução de um a três litros de solução salina contendo dextrose na cavidade peritoneal”, onde as toxinas movem-se para a solução de diálise que serão removidas por drenagem (BRASIL, 2012).

O avanço tecnológico, relacionado a essas terapias renais substitutivas propicia maior sobrevida aos pacientes. Entretanto, com o decorrer do tratamento, maiores são as chances de desenvolver desgaste físico e emocional provocado pela doença resultando em expressivo impacto sobre a qualidade de vida (ALVARES et al., 2013).

Este fato está relacionado com as alterações de aspectos básicos do dia-a-dia causadas pela doença, como destacam outros autores:

O significado da doença, para a pessoa, envolve estar ciente dos efeitos potencialmente causadores de limitações, como as atividades de cuidados pessoais e outras formas da vida cotidiana, sejam em casa ou no trabalho (MATTOS; MARUYAMA, 2010, p. 431).

Como parte da modificação cotidiana as práticas terapêuticas hemodialíticas, na maioria das vezes, são caracterizadas por diversas horas semanais de sessões do paciente ligado a uma máquina, sendo este processo associado ao desconforto físico, mal-estar, dores e mesmo intercorrências de maior gravidade (KNIHS et al., 2013). “Aliado ao tempo gasto neste processo ocorre também, as manifestações no corpo físico, às funções psicológicas que se alteram, as relações sociais e familiares que se estremecem” (MATTOS; MARUYAMA, 2010).

Além disso, destaca-se como melhor opção terapêutica do ponto de vista médico, social e econômico está o transplante renal (KNIHS et al., 2013). Esta forma de tratamento, ao compararem-se com as dificuldades sentidas pelos pacientes submetidos aos processos dialíticos apresenta-se como melhor alternativa, porque reduzem as restrições, a dor, melhora a qualidade de vida e o estado de saúde em geral. Podem ser realizados entre seres humanos vivos ou provenientes de doadores cadáveres que tenham sido diagnosticados com morte encefálica anteriormente (KOHLSDORF, 2012).

O transplante renal é a modalidade mais efetuada no país, com média de 4.240 transplantes realizados entre os anos de 2009 a 2011. Porém, mesmo com o volume desses transplantes a espera por um rim ainda permanece longa (KNIHS et al., 2013).

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e Tecidos (2010) o Brasil apresenta um crescente aumento no tempo de espera pelo transplante renal pelo fato do país possuir uma das maiores listas para essa modalidade de tratamento. Na atualidade, é insuficiente a oferta de órgãos para suprir à demanda de milhares de pacientes que estão na espera pelo transplante, o que resulta em um enorme desgaste emocional neles.

No estudo de Machado et al. (2012) é observado que no âmbito internacional as desigualdades de acesso ao transplante renal têm ocorrido para os diferentes níveis socioeconômicos do país. Variáveis socioculturais, socioeconômicas, clínicas (considerando as comorbidades, tempo de tratamento dialítico, histocompatibilidade, tipagem sanguínea e acesso aos cuidados da atenção básica de saúde) e geográficas estão provavelmente relacionadas a essas disparidades de acesso.

Devido às condições supracitadas, quanto maior o tempo que o paciente é submetido à diálise, maior é a possibilidade de agravar suas condições clínicas e conseqüentemente a realização do transplante pode tornar-se contraindicada. Outra importante condição que pode aumentar o tempo na lista de espera é a compatibilidade do tipo sanguíneo, requisito essencial para a realização do transplante renal (MACHADO et al., 2012).

O trajeto percorrido para ingressar na lista de espera pelo o transplante, assim como o tempo de permanência nesta, revela sentimentos distintos na forma de pensar e de agir das pessoas submetidas a esse processo (KNIHS et al., 2013). Uma das formas de pensar é destacada por Knihis et al. (2013) como a inexistência do doador compatível, mas simultaneamente o paciente demonstra intenso anseio pelo órgão.

“A cronicidade da doença, o medo de morrer e a mudança da imagem corporal desencadeiam uma série de fatores estressantes no transcorrer dessa espera, o que pode influenciar significativamente o sucesso do tratamento que está em andamento” (KNIHS et al., 2013). Não somente o portador da DRC passa pelas mudanças de rotina, seus familiares também necessitam ajustar suas atividades para ofertar assistência ao paciente (SILVA et al., 2011).

Essa trajetória de tratamento e expectativa, por tempo indeterminado, é marcada pela perspectiva de liberdade e esperança de que a qualquer momento surja a notícia da identificação de um doador compatível e assim a realização do transplante. Nessas

circunstâncias o paciente prosseguiu idealizando uma nova realidade, por estar convivendo com limitadas condições de saúde e menor qualidade de vida (KNIHS et al., 2013).

Neste cenário, o conhecimento minucioso a respeito das percepções dos pacientes em diálise aguardando o transplante renal torna-se de suma importância, pois permite que o profissional compreenda melhor o universo do indivíduo e seus dilemas, para desenvolver de forma satisfatória a devida assistência.

Os sentimentos dos portadores da doença no momento em que estão presentes na fila de espera pelo transplante renal são vivenciados de forma distinta envolvendo ansiedade, angústia e medo. Este, principalmente por acompanharem a morte de outros pacientes em terapia dialítica ou através das relações interpessoais (KNIHS et al., 2013). Nesse aspecto, o trabalho tem grande relevância para enfermeiros, permitindo-os ampliar a visão a respeito das percepções do paciente quanto à espera pelo transplante renal e como potencializar seus cuidados; para as comunidades acadêmicas, pois acrescenta novos conhecimentos à literatura a respeito do assunto e também para a equipe multiprofissional que atua em conjunto visando o restabelecimento do paciente.

Partindo da situação problema para o desenvolvimento da temática, surgiu o seguinte questionamento: como as pessoas portadoras de insuficiência renal crônica percebem a doença e o transplante renal?

Para responder a esta questão foi traçado como **objetivo da pesquisa**: compreender como as pessoas portadoras de insuficiência renal crônica percebem a doença e o transplante renal e como **objetivo específico**: analisar as implicações dessas percepções para o seu cotidiano.

Em virtude disto, a contribuição deste estudo para a enfermagem consistiu em conhecer melhor o paciente renal crônico do âmbito da espera por um transplante, de forma a prestar uma melhor assistência no seu aspecto biopsicossocial. Nesse contexto, entende-se que é essencial que o profissional enfermeiro, como membro de uma equipe de saúde, perceba a importância de estar conhecendo os sentimentos, anseios e as angústias do paciente renal que vivencia esse processo de espera por um órgão. Para a enfermagem, este será um acervo relevante no processo de construção de estratégias, uma vez que se conhecerá o problema retratado por quem o vivencia.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste tópico serão abordados a fisiologia renal caracterizando o órgão, os aspectos da doença renal crônica (conceito, estadiamento da doença, epidemiologia, fatores relacionados, diagnóstico e possibilidades de tratamento) e, além disso, as representatividades do diagnóstico de doença crônica.

### **2.1 Fisiologia Renal**

Os rins são órgãos essenciais para o bom funcionamento fisiológico do corpo humano no atendimento das necessidades humanas básicas. Este é caracterizado pela existência em par que se assemelham a forma de um grão de feijão, possuem coloração marrom-avermelhada no qual estão inseridos no espaço retroperitoneal, localizados um em cada lado da coluna vertebral, de tal maneira que o seu eixo longitudinal perpassa paralelamente ao músculo maior (RIELLA, 2010).

Habitualmente, o rim direito possui a diferença de 1 cm menor e localiza-se ligeiramente mais caudal no que se compara com o esquerdo. O órgão de uma pessoa na faixa etária adulta mede em torno de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3 cm de espessura, além disso seu peso varia em média de 125 e 170 g no homem e 115 a 155 g para o sexo feminino. Com o decorrer do tempo e o advento do envelhecimento, ocorre uma diminuição do peso dos rins (RIELLA, 2010).

Como ressalta o estudo de Riella (2010), o rim é coberto em toda sua superfície por uma membrana fibroelástica de espessura fina e brilhante, chamada de cápsula renal. A cápsula renal está inserida aderindo à pelve e vasos sanguíneos que fazem parte da região do hilo. Vale ressaltar que ao avaliar um rim sadio, consegue-se identificar facilmente essa estrutura, contudo o rim doente não apresenta a mesma facilidade.

Segundo Riella (2010), as funções preservadas para a boa manutenção do organismo são essenciais. Dentro dos limites e composição físico-química do corpo, os rins têm funções de: manter constante o Volume Extracelular (VEC), concentração e manutenção do equilíbrio eletrolítico, regulação do pH e da pressão osmótica e, possivelmente, a pressão arterial, bem como desempenhar funções características de uma glândula endócrina, com a produção eritropoietina e a forma ativa da vitamina D.

Para a boa manutenção da homeostase no corpo humano é necessário que os rins estejam com suas funções fisiológicas preservadas. Em consequência de uma diminuição

progressiva da função renal, os outros órgãos também são comprometidos. Pode-se avaliar a função renal através da Filtração Glomerular (FG) e evidencia-se sua diminuição na DRC (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

## **2.2 Doença Renal Crônica**

Atualmente, a doença renal crônica se tornou um grave problema de saúde pública. O aumento no número de casos de Falência Funcional Renal (FFR), bem como o prognóstico ruim, faz parte do cenário Brasileiro (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

A DRC é entendida a partir de uma ou várias lesões e perda progressiva e irreparável do funcionamento dos rins. O autor afirma que na fase terminal da insuficiência renal crônica, o órgão já não tem capacidade de exercer a sua condição normal no bom funcionamento fisiológico do corpo (QUINTANA, WEISSHEIMER; HERMANN, 2011). O ritmo da perda estabelecida pela doença segue uma variável de acordo com alguns agravantes que podem ser conhecidos ou não pelo paciente como a diabetes, hipertensão arterial, nefropatia diabética, entre outros. Dessa forma, quando é estabelecida a doença renal crônica, faz-se necessário uma terapêutica contínua a fim de suprir as funções dos rins – diálise peritoneal ou hemodiálise – ou o transplante renal (CAMARGO et al., 2011).

O agravo da doença se estabelece com as complicações advindas em consequência da perda da função renal, como por exemplo: anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral e desnutrição. Vale ressaltar que essas manifestações não dependem da doença de base para a DRC (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Uma característica preocupante da patologia se dá por no início ter uma forma assintomática e silenciosa. Em virtude disso, o paciente que possui a doença pode não perceber o adoecimento e apenas procurar auxílio médico quando a doença renal já está em um quadro avançado, quando os rins já estão muito prejudicados (QUINTANA, WEISSHEIMER; HERMANN, 2011).

O estadiamento da doença renal crônica, segundo Romão Junior (2004), está dividido em seis estágios funcionais, estas estão relacionadas ao grau de função renal que o paciente se encontra. Tais estágios são:

- 1) Fase de função renal normal sem lesão renal: neste estágio estão presentes as pessoas pertencentes a grupos de risco para desencadear o adoecimento, fazem parte os pacientes hipertensos, diabéticos, histórico familiar com hipertensos, diabéticos e portadores da doença renal. Sendo estes que ainda não desenvolveram a lesão nos rins.

- 2) Fase de lesão com função renal normal: compreende as fases iniciais da lesão renal com presença de filtração glomerular preservada (acima de 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).
- 3) Fase de insuficiência renal funcional ou leve: evidencia-se por se manifestar no início da perda das funções do órgão. Neste momento, os índices de uréia e creatinina plasmáticos permanecem normais, não possui uma sintomatologia importante característica de insuficiência renal e somente processos acurados de avaliação da sua função irão detectar tais anomalias. Dessa forma, o ritmo de filtração glomerular varia em torno de 60 e 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- 4) Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: o paciente nesta fase ainda se mantém clinicamente bem e estável, entretanto os sinais e sintomas advindos dos níveis de uremia estão presentes de maneira discreta. Geralmente, manifestam-se apenas sinais e sintomas ligados à causa básica (lúpus, hipertensão arterial, diabetes, infecções urinárias, entre outros). Na maioria, possui níveis altos de uréia e creatinina plasmáticos. Ritmos de filtração entre 30 e 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- 5) Fase de insuficiência renal crônica ou severa: nesta fase o paciente já apresenta a disfunção renal. Além disso, encontram-se sinais e sintomas de uremia. No qual podem ser citados a anemia, hipertensão, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas relacionados à digestão, sendo estes os mais precoces e recorrentes. Filtração glomerular em torno de 15 e 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- 6) Fase terminal de insuficiência renal crônica: é caracterizada pela perda do controle do meio interno exercido pelos rins. Nesse momento, o portador da doença se encontra com fortes sintomatologias. As alternativas para o tratamento se baseiam em métodos de depuração artificial do sangue como a diálise peritoneal ou hemodiálise e transplante renal. A taxa do ritmo de filtração glomerular é inferior a 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Pode-se observar na tabela 1 o resumo dos estágios segundo o estadiamento e classificação da DRC através da taxa de filtração glomerular e o grau de IR.

*Tabela 1 - Estadiamento e Classificação da Doença Renal Crônica*

<b>Estágio</b>	<b>Filtração Glomerular (ml/min)</b>	<b>Grau de Insuficiência Renal</b>
<b>0</b>	>90	Grupos de Risco para DCR Ausência de Lesão Renal
<b>1</b>	>90	Lesão Renal com Função Renal Normal
<b>2</b>	60 – 89	IR Leve ou Funcional
<b>3</b>	30 – 59	IR Moderada ou Laboratorial
<b>4</b>	15 – 29	IR Severa ou Clínica
<b>5</b>	<15	IR Terminal ou Dialítica

IR = insuficiência renal; DRC=doença renal crônica.

Fonte: Junior Romão (2004)

O conhecimento dos índices da prevalência de casos da DRC nos seus estágios iniciais é essencial para ações que venham desenvolver uma efetiva prevenção, particularmente no que diz respeito à preocupante elevação no número de pessoas com quadros de obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial (RIELLA, 2010).

De acordo com as informações obtidas através do censo de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia no período de março de 2008, o quantitativo estimado de portadores de falência funcional renal (FFR) submetidos a tratamento dialítico se deu em 87.044, tendo a estimativa dos que iniciaram a terapêutica esse ano de 26.177 pacientes ou o equivalente a uma progressão anual de 18,3%. Estima-se que o número de prevalência e incidência da DRC que faziam diálise foram de 468 e 141 usuários por milhão da população, respectivamente. No que se refere aos pacientes prevalentes, faziam parte dos que possuíam idade  $\geq 60$  anos a taxa de 36,3%, os que realizavam hemodiálise com 89,4% e 10,6% em diálise peritoneal, 42,6% que compreendiam 37.573 estavam aguardando na fila de espera para o transplante renal e 25,7% eram portadores de diabetes mellitus (RIELLA, 2010).

Em consequência da DRC, o transplante renal como tratamento e alternativa para se obter a qualidade de vida dos pacientes elevou com o passar dos anos. Segundo um estudo referente à Terapia Renal Substitutiva (TRS) fundamentado em dados no ano de 2009 revelou que haviam 77.589 pacientes em diálise no Brasil e que a prevalência e incidência de Doença Renal Crônica em Estágio Terminal (DRET) correspondiam cerca de 405 e 144 por milhão na população, respectivamente (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Segundo Crestani, Filho e Rodrigues (2013), em 2010 o número de casos de TRS elevou para 92.091 pacientes, dessa forma, representando uma prevalência de 483 pessoas com perda da função renal por milhão da população. Observou-se que essas taxas se diferem

quanto as regiões, sendo na região Norte os menores números (265) e maiores na região Sudeste com 591. Além disso, como fator principal para o acometimento da DRC em TRS estão a nefrosclerose hipertensiva, seguida de Doença Renal Diabética (DRC).

De acordo com Cunha et al. (2010), no contexto das doenças crônicas com tratamento de custo elevado para o Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se elencar principalmente a DRC. Esta encontra-se intimamente relacionada com pacientes portadores de hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus.

Por contas das suas características, é imprescindível a identificação dos fatores que podem desencadear a doença. A identificação de grupos que fazem parte do risco de acometimento da doença, bem como o diagnóstico no estágio inicial e imediato da doença, a direção precoce para um acompanhamento nefrológico e a implementação de métodos e técnicas que irão retardar a progressividade da patologia, aliadas a análise do estado de saúde e devido tratamento das suas complicações e comorbidades, se tornam fortes estratégias que fomentam os princípios estabelecidos para uma prevenção efetiva e abrangente da doença renal (RIELLA, 2010).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença são categorizados em quatro grupos distintos: fatores de susceptibilidade, fatores desencadeantes, fatores de progressão e fatores de doença avançada. Compreende-se inseridos dos fatores de susceptibilidade o histórico familiar, obesidade e idade, sendo estes aspectos questões relevantes para o surgimento de uma lesão nos rins. Dentre os fatores desencadeadores tem-se: diabetes, paciente hipertenso, infecções que acometem o trato urinário, doenças autoimunes e a toxicidade de drogas, no qual tais fatores se relacionam para o desenvolvimento da lesão (SANCHO; DAIN, 2008).

Além disso, os fatores de progressão estão relacionados às características que abrangem o declínio da função dos rins com o nível de proteinúria aumentado, quadros de hipertensão e diabetes descontrolados. Por fim, os fatores de doença avançada que condizem o encaminhamento tardio com conseqüente morbidade e morbimortalidade elevados, além disso, direciona-se também ao acesso vascular temporário, albumina sérica em valores diminuídos, quadro de anemia e dose suprimida de diálise (SANCHO; DAIN, 2008).

Como parte das manifestações clínicas da DRC entre seus principais sintomas expostos por Terra et al. (2010) estão a fraqueza, fadiga relacionada a anemia, prurido, edema, pele escoriável, anorexia, náuseas e vômitos. No entanto os métodos utilizados para diagnosticar a DRC consistem em:

**Avaliação da filtração glomerular:** quando a filtração glomerular está no valor inferior a  $< 15 \text{ mL/min/ } 1,73\text{m}^2$  é o indicativo de sério comprometimento dos rins e denomina-se falência da função renal, ou seja, a partir desse momento torna-se indispensável iniciar a terapia substitutiva da função renal, seja diálise ou o transplante (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2013).

A avaliação da filtração glomerular pode ser realizada tanto a partir da dosagem de creatinina sérica quanto pela depuração desta pelos rins. Porém, resultados obtidos através da depuração de creatinina em exame de urina de vinte e quatro horas podem ser interpretados erroneamente devido a coleta inadequada feita pelo paciente (SESSO et al., 2008). Por isso o método que proporciona maior segurança para o diagnóstico é a dosagem sérica de creatinina considerando características como idade, sexo, raça e tamanho corporal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2013).

**Lesão no parênquima renal:** as alterações no parênquima renal são evidenciadas por marcadores de lesão ao invés de biópsia renal. Os marcadores empregados são proteinúria (especificamente a albuminúria), alterações de sedimentos urinários (hematúria, leucocitúria), de componentes do sangue e da urina, bem como modificações nos exames de imagem (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

O estudo de Bastos, Bregman e Kirsztajn (2013) refere que a DRC ainda é um evento subdiagnosticado e recebe tratamento inadequadamente, distanciando a possibilidade de implementar a prevenção em todos os níveis de atenção. Tal evento pode estar relacionado com a falta de conhecimento a respeito da definição e nível progressão da patologia junto a ausência da realização de testes simples como método diagnóstico e avaliação da doença.

### 2.2.1 Possibilidades de tratamento

A DRC torna incapaz a manutenção da homeostasia corporal interna do ser humano e como opções de tratamento para esta patologia estão os processos dialíticos (hemodiálise e diálise peritoneal), afim de exercerem a função renal e ofertar melhor qualidade de vida ao paciente, ou transplante renal (REIS; GUIRARDELLO; CAMPOS, 2008). Porém, é importante ressaltar que para a escolha de uma alternativa, deve-se considerar as características individuais dos pacientes agregadas a aspectos demográficos e de comorbidade (CUNHA et al., 2007).

É importante destacar que os métodos supracitados aliviam os sintomas da patologia e auxiliam na manutenção da vida do paciente, porém nenhum deles é processo curativo (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

### 1) Hemodiálise

Outrora a hemodiálise objetivava somente evitar a morte causada por hipervolemia ou hiperpotassemia. Na atualidade sua função é mais abrangente, pois permite a reversão de sintomas urêmicos, busca a reduzir as complicações, minimizar o risco de mortalidade, intervém na melhoria da qualidade de vida e na reintegração social do paciente renal crônico (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A hemodiálise é um tratamento em que a circulação é extracorpórea, penetra numa membrana semipermeável artificial, imersa em uma solução eletrolítica que permite a filtração das toxinas do sangue por diferença de concentração e a perda de líquidos por pressão exercida no sistema. Entre as terapias substitutivas renais, a hemodiálise constitui-se em uma modalidade de alta complexidade, substituindo parcialmente a função renal (ABREU; SANTOS, 2013, p. 96).

Entre os tratamentos dialíticos a hemodiálise é o mais utilizado atualmente (KUSUMOTO et al., 2008). Sua prescrição consiste em três sessões semanais, em média, por um período de quatro horas de acordo com as necessidades de cada indivíduo (CRAVO et al., 2011). O vínculo do paciente à máquina e a progressão da patologia resultam em prejuízos para saúde em âmbito físico, mental, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação própria, como afirmam em seu estudo Kusumoto et al. (2008).

Além das complicações enfrentadas pelos pacientes deve-se ressaltar que a periodicidade das sessões de hemodiálise podem impossibilitar a realização de passeios e viagens prolongadas, tais causas reduzem as atividades físicas e sociais desses indivíduos (TERRA et al., 2010).

As modificações bruscas nos hábitos de vida do paciente renal crônico perpassam pela convivência de limitações, do tratamento doloroso que é a hemodiálise e com dilemas a respeito de sua existência. No entanto a possibilidade de submeter-se ao transplante renal traz a essa convivência a esperança de melhorar sua qualidade de vida, sem precisar ser dependente da máquina (TERRA et al., 2010).

## 2) Diálise Peritoneal

Abreu et al. (2008) relatam em sua pesquisa que a diálise peritoneal, reconhecida no Brasil como terapia renal substitutiva desde 1983, é uma alternativa de tratamento com possibilidade de ser realizada em domicílio. Essa terapia pode ser indicada para todos pacientes com DRC, a não ser àqueles com algum comprometimento da cavidade peritoneal. É considerada como melhor opção para indivíduos que residem a grandes distâncias dos centros de diálises, aqueles que não têm acesso vascular ou que possuem condições de risco para hemodiálise.

O número de pacientes em programa de diálise peritoneal, no Brasil, é estimado em apenas 9,2%, de acordo com Sesso et al. (2014). A escolha pela diálise peritoneal como terapia inicial para substituição da função renal ocorre pela preservação dos vasos para receber o futuro acesso, por apresentar resultados melhores que a hemodiálise ao iniciar o programa, por apresentar menor modificação dos hábitos de vida e resguardar a função renal (ABENSUR, 2014).

As modalidades de diálise podem ocorrer por diferentes maneiras. São elas:

**Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD):** utiliza o peritônio, uma membrana de característica semipermeável, para depurar as diferentes toxinas urêmicas do organismo. Solutos acumulados no sangue, como ureia, creatinina, potássio, água e fosfato, são removidos através desse processo que consiste na infusão e drenagem da solução de diálise no abdômen, onde ocorrerá quatro trocas, variando de três a cinco diariamente, conforme as necessidades do paciente. A drenagem do que foi dialisado e a nova solução infundida são manualmente realizadas através da força da gravidade na movimentação para dentro e para fora do abdômen (RIELLA, 2010; BRASIL, 2012).

**Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Ciclador (CCPD):** é um método que proporciona ao paciente melhor qualidade de vida e maior liberdade para exercer suas atividades cotidianas, pois é no decorrer do dia que a solução de diálise encontra-se na cavidade peritoneal. Entretanto, o indivíduo não está conectado ao ciclador automático, conseqüentemente não realizando a troca da solução. Somente no horário para dormir é que ocorrem as infusões e drenagens através da máquina, de quatro a cinco vezes ou mais, conforme desejado, no turno da noite (RIELLA, 2010; BRASIL, 2012).

**Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):** está difere-se do tratamento anterior devido o paciente não permanecer com a solução de diálise na cavidade abdominal. A dose ofertada é em menor quantidade, pois é geralmente utilizada por pacientes que apresentam boa função

renal residual. Simultaneamente evitam possível aumento da pressão intra-abdominal durante o dia, em pacientes com o quadro de hérnias abdominais ou hidrocele (RIELLA, 2010).

### 3) Transplante Renal

O estudo descritivo de Luisotto, Carvalho e Galdeano (2007) apresenta a introdução e evolução da prática de transplante renal, desde 1933, na Ucrânia, como primeira tentativa que falhou, até 1980 onde a ciclosporina foi adicionada ao tratamento trazendo consigo nova perspectiva para o transplante de órgãos. O avanço permitido pela ciclosporina resultou em taxas de sobrevida de um ano em mais de 90% e do enxerto de 80% (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012).

Com o manejo de drogas imunossupressivas combinadas junto a preservação de órgãos e a quimioprofilaxia de infecções oportunistas os resultados clínicos melhoraram demasiadamente (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Luisotto, Carvalho e Galdeano (2007) também discorrem que outros fármacos foram disponibilizados possibilitando a diminuição de rejeição do órgão e aumento da vida média do enxerto transplantado.

Alguns critérios para a realização do transplante são necessários para o sucesso no tratamento. Esses critérios englobam avaliações médicas, cirúrgica, psicossocial do paciente, exames e constatação de compatibilidade com o possível doador, observando os antígenos leucocitários humanos. Inseridas nas contra-indicações estão: infecção ativa, prognóstico de sobrevida baixo, desajustes psiquiátricos graves, psicose descontrolada, patologia coronariana, hepatite ou úlcera péptica ativa, doença cérebro vascular e não adesão ao tratamento do paciente (CUNHA et al., 2007).

Cunha et al. (2007) também relatam que não há contra-indicações para realizar o transplante pacientes já transplantados, com idade avançada ou com alguma doença renal de base.

O processo cirúrgico do transplante renal consiste em:

Na cirurgia do receptor, o rim doado é colocado na fossa ilíaca do lado oposto ao que o rim foi retirado, na veia ilíaca externa é usada para anastomose com a veia renal, assim como a artéria renal é anastomosada com a artéria ilíaca interna ou externa. O ureter do doador é anastomosado à bexiga do receptor (LUVISOTTO; CARVALHO; GALDEANO, 2007, p. 118).

Quanto a classificação dos transplantes renais, relação doador/receptor, podem ser de três tipos: Doador vivo parente – em que há relação genética entre doador/receptor, quando

ocorre entre pais, filhos e irmãos; Doador vivo não parente – sem correlação genética; e por fim o Doador falecido de onde o órgão proveniente é de um doador com morte encefálica devido a traumatismo ou acidente vascular encefálico. Na percepção ética é o doador ideal para todas as modalidades de transplantes (RIELLA, 2010).

De acordo com Riella (2010) programas de captação de órgãos, como a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) vinculada aos governos estaduais, ocasionaram um crescimento considerável no número de transplantes provenientes de doadores cadáveres, onde de 3.780 transplantes renais, 2.033 vieram de doadores falecidos no ano de 2008.

Entretanto, a prática da política de doação e transplante de órgãos e tecidos não acontece facilmente, envolve uma série de processos como a detecção, avaliação e manutenção do potencial doador, diagnóstico de morte encefálica, consentimento familiar ou não, morte encefálica registrada, remoção e distribuição destes e acompanhamento de resultados (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010). Dados publicados pela ABTO (2015) apontam que a recusa familiar e a dificuldade na realização dos testes de morte encefálica persistem com obstáculos para a realização desse tratamento.

### **2.3 Representatividades do diagnóstico de doença crônica**

Ao longo da vida, o ser humano passa por diversos acontecimentos. Alguns trazem consigo boas experiências e sentimentos de felicidade, entretanto certos eventos podem desencadear uma série de sofrimentos momentâneos ou em longo prazo. Quintana, Weissheimer e Hermann (2011) consideram que a notícia de uma doença crônica é entendida pelos pacientes como uma proximidade da morte e conseqüentemente vários conflitos psíquicos.

As doenças crônicas são conceituadas como um processo contínuo, que resulta na fragilidade do sujeito e mudanças na vida habitual, bem como a certeza de não haver cura. Dessa forma, faz-se necessário conviver com um prognóstico inevitável e por muitas vezes mudanças drásticas de vida. Nessa perspectiva, a patologia produz uma desarmonia no corpo físico e emocional, além da sua subjetividade e funcionamento como todo do organismo (CAMARGO et al., 2011).

Dessa forma, a condição crônica pode ser entendida como um advento permanente, ocasionadas por doenças caracterizadas por falências e disfunções (TADDEO et al., 2012). Como exemplo a DRC, abordada na presente pesquisa, é observada com alterações no

cotidiano, na vida social, alteração da imagem corporal, necessidade de adaptação à nova condição em que a doença estabelece.

A partir de então, a busca pela melhor qualidade de vida pode se revelar com a possibilidade em um transplante de órgãos. Este é visto como uma saída e um passo a se distanciar da letalidade da doença que não tem expectativa de cura (QUINTANA; WEISSHEIMER; HERMANN, 2011). Contudo, o caminho em que o paciente percorre pode ser repleto de restrições e sentimentos como tristeza, ansiedade, medo, e em contrapartida, sentimentos de esperança e fé.

Em virtude dos sentimentos negativos resultantes do processo de adoecimento, várias formas de enfrentamento estão presentes. Dentre elas, a espiritualidade, a fé e a cultura se tornam um importante apoio tanto para o paciente quanto a família envolvida. Para MATTOS e MARUYAMA (2010), essas representações servem de referência para a forma de compreender, pensar e agir diante do prognóstico. Nesse sentido, cada indivíduo na sua singularidade, interpreta e atribui representatividades com bases também nas experiências de vida, o que demonstra ser um evento particular com sua própria forma de enfrentá-lo.

## **2.4 Cuidados de enfermagem à pessoa com DRC**

Por ser uma doença com diversos efeitos na vida do indivíduo, como: sérias implicações físicas, psicológicas, socioeconômicas e alterações cotidianas refletidas como um problema social, a pessoa atravessa um longo processo de adaptação da nova condição de vida e precisa identificar meios para conviver com a DRC e as limitações que a mesma provoca (MASCARENHAS et al., 2011).

Para auxiliá-los e visando desenvolver o cuidado direcionado e organizado o enfermeiro aplica a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ferramenta que facilitará a prestação da assistência a pessoa como ser único, com suas peculiaridades e tem como principal foco o ser humano em dimensão global. Em sua aplicação faz-se necessário compreender que nenhuma ação instrumental pode estar desvinculada dos âmbitos humanísticos e suas necessidades espirituais que fazem parte da essência do ser (SILVA; SANTOS, 2009).

Neste contexto o cuidado de enfermagem deve ser direcionado para a avaliação do estado hídrico do sujeito, identificando as potenciais fontes de desequilíbrio no organismo, implementar um programa nutricional e promover sentimentos positivos enquanto incentiva a pessoa ao autocuidado e a maior independência (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

No plano de cuidados da enfermagem seus diagnósticos mais comuns consistem em: risco de baixa autoestima situacional relacionado com a dependência, alterações de papéis, mudança na imagem corporal e alteração da função sexual; nutrição alterada: inferior às necessidades corporais relacionada com a anorexia, as náuseas, os vômitos, as restrições nutricionais, e a alteração das mucosas orais; excesso de volume de líquidos relacionado com o débito urinário diminuído, os excessos da dieta e a retenção de sódio e água; déficit de conhecimento relacionado com a condição e o tratamento e intolerância à atividade relacionada a fadiga, anemia, retenção de produtos de degradação e procedimento de diálise (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Todo esse processo de adoecimento é envolvido por modificações profundas tanto na esfera física como psíquica. Este momento difícil deve ser minimizado ao máximo através dos cuidados do enfermeiro que se faz essencial durante todo o percurso da doença. Sendo este, responsável pela avaliação e procedimentos que devem estar fundamentados cientificamente com a finalidade de proporcionar segurança, conforto, qualidade no tratamento, compreender as modificações do seu estado de vida e encorajá-lo nessa caminhada (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

A equipe de enfermagem deve ser capaz de exercer o cuidado com qualidade em todos os seus aspectos, o enfermeiro deve se sensibilizar a necessidade do seu próprio crescimento e desenvolvimento a fim de ajudar o outro a enfrentar a doença. Faz-se necessário ao profissional estar aberto, atento e preocupado em perceber, sentir e ouvir o paciente e seus familiares que também fazem parte desse processo e sofrem juntamente com o adoecido, integrando-os aos cuidados e apoio (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

Em virtude disso, o enfermeiro deve estar disposto a trabalhar conjuntamente com a equipe multiprofissional objetivando sempre minimizar os indicadores de complicações, assim, aumentando a qualidade e expectativa de vida dos pacientes.

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Oliveira (2011), as pesquisas descritivas têm o intuito de descrever com detalhe as características da população ou fenômeno a ser estudado. Esse método abrange não apenas as características individuais, coletivas ou de uma determinada situação, mas também revela a relação entre as variáveis.

A pesquisa qualitativa, por um lado, tem por objetivo envolver atividades e/ou investigações acerca do que se pode ser chamado de específicos. A utilização dessa metodologia descritiva qualitativa é imprescindível quando se procura captar a essência do fenômeno, buscando elucidar sua origem, as relações e mudanças inseridas em seu contexto e tentativa de compreender as consequências (OLIVEIRA, 2011).

A utilização dessa abordagem propicia o aprofundamento e elucidação acerca do sujeito ou objeto estudado através da valorização do contato direto com a situação a ser estudada, com a possibilidade de alcançar além do que era comum, a compreensão da singularidade e os significados múltiplos (OLIVEIRA, 2011).

Em virtude disso, a pesquisa qualitativa, segundo Oliveira (2011), tem relação com a coleta de dados descritivos a partir da relação interpessoal direta do pesquisador com o meio em que está inserido e a situação a ser estudada, destacando mais o processo do que o produto, pois se destina a evidenciar a perspectiva dos participantes.

#### **3.2 Cenário da Pesquisa**

Por manter um importante serviço de transplante renal no Estado do Pará, o presente estudo foi realizado no Hospital Ophir Loyola que atende mensalmente 160 pessoas, entre cirurgias e tratamento pré e pós-operatório. Embora sejam realizados transplantes intervivos, o maior número é realizado com órgãos de doadores falecidos, recebidos de outros hospitais.

Esta instituição iniciou a sua história no dia 06 de outubro de 1912 com a criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará. Atualmente, além da oncologia, o hospital ainda atende outras 17 especialidades médicas, entre elas: neurocirurgia, transplantes de córnea e rins. Em 2013 foram 1.052.546 atendimentos, entre consultas ambulatoriais, cirurgias, aplicações de radioterapia, sessões de quimioterapia, exames de anatomo-patologia

e consultas de urgência e emergência. Além disso, o referido hospital executa um trabalho de ensino, pesquisa e extensão como forma de qualificar profissionais e estabelecer apoio e incentivo à pesquisa e produção científica local.

O hospital tem por missão prestar assistência à saúde oferecendo excelência de qualidade em oncologia, doenças crônicas degenerativas e transplantes na prestação de serviços de média e alta complexidade, ensino, pesquisa e extensão de forma humanizada e articulada com as políticas públicas e em parceria com a sociedade civil.

O centro de diálise do local possui três salas destinadas às sessões de hemodiálise, divididas em: sala branca, sala amarela e sala vermelha. A primeira é voltada para pessoas com sorologia negativa, a segunda para pessoas portadoras do vírus da Hepatite B, por fim a terceira abrange pacientes portadores de Hepatite C e HIV.

As sessões ocorrem simultaneamente nesses espaços, de segunda-feira a sábado, em turnos e horários distintos. Um determinado número de pacientes é alocado para realizar o tratamento nas segundas, quartas e sextas, enquanto outros seguem às sessões nas terças, quintas e sábados, totalizando três dias de tratamento hemodialítico para cada um deles. Os turnos estão distribuídos em manhã (06:00 às 10:30 h), tarde (11:00 às 14:30 h) e noite (16:00 às 20:30).

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa 11 pessoas com doença renal crônica em tratamento dialítico cadastradas na lista de transplante renal. Das 83 pessoas em tratamento de hemodiálise, somente 11 estão inscritas na lista de espera pelo transplante renal, uma vez que o local da pesquisa, além de prestar assistência nessa modalidade de tratamento, também é a principal referência em assistência oncológica da região. Dessa forma, as pessoas com insuficiência renal crônica que são também portadoras de câncer, não têm possibilidade de submeterem-se ao transplante como terapia substitutiva. E nesse contexto de impossibilidade, existem os portadores do vírus da Hepatite B e C em que o quadro clínico dificulta sua candidatura ao transplante, assim como as pessoas com idade avançada.

Pelo exposto, a pesquisa trabalhou com a amostra qualitativa de 11 pessoas dentro dos critérios de inclusão, a saber: estar em tratamento dialítico e cadastrado na fila do transplante renal e ter idade superior a 18 anos.

### **3.4 Instrumento da Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu no período de cinco meses no setor de hemodiálise do Hospital Ophir Loyola por meio de entrevista semi-estruturada com um roteiro contendo dados socioculturais como: idade, sexo, naturalidade, procedência, estado civil, número de filhos, escolaridade, situação empregatícia, renda mensal e religião. Além disso, a segunda parte do roteiro da entrevista constando quatro perguntas: 1) Descreva sua reação diante do diagnóstico de doença renal crônica e da necessidade de se submeter a diálise?; 2) O que mudou em sua rotina com o adoecimento e com as sessões de diálise?; 3) O que você entende pelo transplante renal e o que isso representa para você?; 4) Como se sente enquanto aguarda o transplante renal?. Tais informações estão contidas no apêndice B.

Segundo Cervo e Bervian (2002), a entrevista é uma das principais ferramentas para a obtenção de dados e informações referentes a pesquisa e pode ser definida como um diálogo direto e frente a frente pelo pesquisador e sujeito. Este modelo de coleta se adequa ao objeto do estudo no que se refere à colher informações sobre determinados assuntos e acerca do entendimento de cada indivíduo, bem como as razões que levaram para cada resposta (OLIVEIRA, 2011).

Além disso, segundo Oliveira (2011), essa metodologia retoma mais algumas vantagens como maior abrangência dos dados, eficiência na coleta de informações, classificação e quantificação. Além disso, é marcada por oferecer ao pesquisador a flexibilidade em observar sentimentos expressos por comunicação não verbal como alegria, ansiedade, tristeza e/ou frustrações.

A entrevista é modelo de coleta se adequa ao objeto do estudo no que se refere à colher informações sobre determinados assuntos e acerca do entendimento de cada indivíduo, bem como as razões que levaram para cada resposta (OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, as entrevistas foram realizadas conforme disponibilidade dos participantes em ambiente reservado, gravadas em MP3 e transcritas na íntegra para melhor compreensão e exatidão das informações colhidas.

### **3.5 Análise das informações coletadas**

Como subsídio para a análise dos dados coletados utilizou-se a análise temática, método que objetiva identificar, analisar e relatar padrões ou temas permitindo a organização e descrição detalhada do conjunto de dados, de forma a possibilitar a interpretação de diversos

aspectos do tema da pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006). De acordo com as autoras um tema é proveniente da captação de elementos importantes acerca dos dados da pesquisa e representa certo nível de padronização das respostas.

Para Braun e Clarke (2006), este método consiste em uma ferramenta flexível e justamente por não se tratar de um processo linear, mas recursivo onde a mobilidade é para frente e para trás, pode-se abstrair uma potencial riqueza de detalhes durante a pesquisa. Seis etapas compõem a estrutura da análise:

- 1) Familiarização com os dados: os quais podem ser transcritos, se houver necessidade, leitura e releitura dos mesmos e anotação das primeiras ideias;
- 2) Geração de códigos iniciais: codificação característica e sistematizada dos dados relevantes;
- 3) Busca por temas: agrupamento de códigos para obtenção de potenciais temas;
- 4) Revisão sucessiva dos temas: verifica-se a relação dos temas com o conjunto de dados, obtendo-se um “mapa” temático da análise;
- 5) Definição temática: através da análise em curso para aprimorar as especificidades de cada tema atribuindo-lhes definições e nomes claros;
- 6) Produção do relatório: por meio de interpretação explicativa.

Nesse âmbito, realizada a coleta de dados com os portadores da DRC iniciou-se a transcrição das entrevistas, seguidas de maior proximidade com os relatos, sua codificação partindo de uma análise inicial quando palavras ou frases dos discursos evidenciaram percepções ora semelhantes, ora distintas dos pacientes em diálise enquanto aguardam o transplante. A partir dessa compreensão foram elaboradas quatro potenciais unidades temáticas, posteriormente reanalisadas para certificar sua adequação ao contexto empregado em que foram submetidas a algumas alterações e estabelecidos os quatro temas definitivos. Assim, os resultados e discussão seguiram a ordem: caracterização dos sujeitos, do cenário da pesquisa de acordo com o tema e análise das percepções sobre o transplante renal.

A análise dos dados originou os seguintes temas: *Sentimentos diante do diagnóstico de DRC: sofrimento e aceitação; O cotidiano de mudanças diante da doença e tratamento; As duas faces do transplante renal e A esperança por meio da fé no enfrentamento da doença renal crônica.*

### **3.6 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa passou pelo do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade federal do Pará e Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ophir Loyola. Para o desenvolvimento da mesma, todos os participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A), assim como o anonimato dos participantes da pesquisa, respeitando a resolução 466/12. O número do parecer consubstanciado do Hospital Ophir Loyola – HOL: 1.442.348/2016 e número do parecer consubstanciado do Instituto de Ciências da Saúde – ICS – da Universidade Federal do Pará: 1.398.096/2016.

### **3.7 Riscos e Benefícios**

De acordo com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, estabelecida pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa atende aos requisitos de benefícios que envolvem “proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa” quando permite ao paciente renal crônico expor sua percepção durante o tratamento dialítico aguardando o transplante renal. Os sentimentos transmitidos por eles geram a possibilidade de compreendê-los melhor, respeitando e compreendendo suas limitações sem oferecer risco de danos físico, psíquico, moral, intelectual, social ou cultural, como é definido pela Resolução. Entretanto a pesquisa apresentou o risco mínimo de quebra de anonimato, porém as autoras cuidaram para que as informações colhidas permaneçam em sigilo e foram garantidos os direitos dos participantes em desistir a qualquer momento sendo todo material apagado ou devolvido.

#### 4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Para melhor compreensão do universo das percepções dos sujeitos da pesquisa, optou-se por traçar o perfil sociocultural dos pacientes da amostra considerando a individualidade e realidade de cada um, haja vista que o processo de saúde e doença, “compreende que o corpo humano não é um produto genérico isolado, pois existe em relação aos outros seres em um dado contexto social, cultural e político” (BRASIL, 2012, p. 10). Partindo desse pressuposto caracterizou-se os participantes de acordo com: idade, sexo, naturalidade, estado civil, número de filhos, escolaridade, situação empregatícia, renda mensal e religião.

Da totalidade das 11 pessoas que participaram da pesquisa, as mulheres compõem uma maior porcentagem (63,6%), um total de 7 mulheres e quatro homens, totalizando (36,4%).

Os maiores índices de DRC em relação a idade contemplaram a faixa etária adulta e produtiva de vida. Três pacientes apresentaram idade entre dezoito e trinta anos (27,3%), cinco pacientes entre trinta e um a quarenta anos (45,4%) e três dos entrevistados com idade entre quarenta e um a sessenta e cinco anos (27,3%).

No que tange a naturalidade dos depoentes, houve uma variação pequena dos pacientes residentes na capital para os advindos dos interiores do estado. Destes, cinco (45,5%) afirmaram naturalidade no interior e quatro (36,4%) da capital. Apenas dois pacientes (18,1%) referiram naturalidade em outro estado. Este item apresentou importância no que se refere aos anseios de deixar o lar para realização da hemodiálise.

A respeito do estado o predomínio esteve nos declarados solteiros (45,5%), os entrevistados casados e com união estável obtiveram o percentil de 18,1% e 27,3% respectivamente, e apenas um (9,1%) depoente relatou ser divorciado.

Quanto ao número de filhos constatou-se que entre os 11 (100%) entrevistados, 5 (45,5%) não possuem filhos, 4 (36,4%) relataram ter entre um a três filhos e 2 (18,1%) alegam ter mais de três.

Com relação a escolaridade 2 (18,2%) reportam ter o Ensino Fundamental Incompleto, 2 (18,2%) o Ensino Fundamental Completo, predominando o Ensino Médio Incompleto exposto por 3 (36,4%) pacientes, junto ao Ensino Médio Completo com 4 (27,2%). O estudo de Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008) aponta que a maior incidência de pacientes em hemodiálise são aquelas pertencentes ao grupo de menor escolaridade. Tal fato pode estar atrelado ao menor conhecimento das questões de cuidados com a saúde. Entretanto, o nível de escolaridade não dificultou a adesão dos pacientes ao tratamento de diálise nesta pesquisa.

A respeito da situação empregatícia observou-se que a maioria, representada por 7 (63,6%) participantes, está desempregada. Isto ocorre, principalmente, por terem uma nova condição de saúde que os limita na realização das atividades cotidianas, dentre elas o trabalho. A realidade em questão agrega forte influência nas percepções dos sujeitos da amostra que exprimem suas lamentações por não serem tão ativos quanto em outro momento.

No que se refere à renda mensal os depoentes da pesquisa, predominantemente 9 (81,8%) alegaram depender somente de um salário mínimo para suprir tanto suas necessidades quanto da família, e essa renda é proveniente do benefício. Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008) destacam a relação inversamente proporcional entre a incidência de DRC com o baixo nível socioeconômico, que demonstra ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Quanto a religiosidade houve predominância de religiões voltadas para o Cristianismo sendo que 5 (45,4%) dos pacientes declararam-se Católicos e 5 (45,4%) Protestantes; somente 1 (9,2%) não relatou ser pertencente a nenhum grupo religioso. No entanto, a espiritualidade obteve maior voz nos relatos dos sujeitos da amostra do que a religiosidade em si, percebendo-se o destaque na abordagem sobre a fé e esperança em Deus como sustento, enquanto aguardam pelo transplante renal.

Os pacientes do estudo eram na sua maioria do sexo feminino, com idade entre 31 a 40 anos, provenientes do interior do estado e solteiros. Além disso, a maior parte dos entrevistados relatou não ter filhos e possuir ensino médio completo. No que se refere à situação empregatícia, o desemprego foi resposta para a maior parcela dos pacientes. Quanto à renda a maioria afirmou receber um salário mínimo e quanto à religião prevaleceu a religião protestante e católica. Conhecer o universo pesquisado favorece entender o contexto a qual estão envolvidos.

## 5 PERCEPÇÕES DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM DIÁLISE AGUARDANDO O TRANSPLANTE RENAL

A partir da análise das respostas dos participantes da pesquisa observou-se compreensões comuns sobre as etapas vivenciadas durante a espera pelo transplante, que possibilitou melhor abstração dos elementos de suas percepções. Através desse entendimento surgiram quatro unidades temáticas que correspondem a: *Sentimentos diante do diagnóstico de DRC: sofrimento e aceitação; O cotidiano de mudanças diante da doença e tratamento; As duas faces do transplante renal; e A esperança por meio da fé no enfrentamento da doença renal crônica.*

### 5.1 Sentimentos diante do diagnóstico de DRC: sofrimento e aceitação

A pesquisa de Campos et al. (2015) “a descoberta do diagnóstico foi extremamente peculiar, e acompanhada de representações ancoradas na relação de prejuízo, manifestas consensualmente nos participantes, devido a seu processo de adoecimento insidioso”. Neste estudo dois sentimentos foram manifestos pelos depoentes ao receberem a notícia sobre a doença: sofrimento e aceitação.

Quando questionados sobre a reação diante do diagnóstico de DRC e da necessidade de se submeter à diálise, o sofrimento era predominantemente mencionado pelos sujeitos da amostra. Entre os onze participantes, um número significativo de pessoas relatou sensações voltadas ao padecimento, como: angústia, choro, desespero, raiva, ódio e ansiedade. Tal resultado é compatível com a afirmativa de Ribeiro et al. (2013) ao dizerem que a experiência de receber esse diagnóstico consiste em um dos momentos mais complicados para os pacientes. Os seguintes discursos evidenciam os referidos sentimentos:

*E3. “Desespero, né? Um momento de desespero e de... não queria aceitar (...)”.*

*E5. “(...) Sabe quando parece que o mundo desaba na cabeça da gente? Eu chorei, chorei, chorei muito e falei que eu ia morrer. Quando eu olhava assim pra vocês (...) eu perguntava – ‘enfermeira, por favor, o que é que está acontecendo comigo? Eu vou morrer, vou?’ – e ela – ‘não minha filha tu vai fazer terapia, tu vai ficar boa, vai ficar bonita de novo’. Aí eu abraçava minhas filhas chorando (...)”.*

**E9.** “(...) *Eu senti raiva, ódio, vontade de me suicidar*”.

Campos et al. (2015), discorrem sobre o anúncio do diagnóstico de DRC como uma nova circunstância de vida que o paciente precisará se adaptar. Por ser uma condição que perpassa por outros parâmetros, distintos de sua antiga realidade saudável, o fato acarretará em sentimentos negativos e imagem de sofrimento que naturalmente acompanham essa doença por ser crônica e estar permeada pelo desespero, medo e aproximação da morte. O estudo corrobora com os achados desta pesquisa, uma vez que o impacto da notícia desolou a maioria dos entrevistados. Pode-se entender que as primeiras sensações estão atreladas a impotência frente ao problema, porque a dependência da vida agora estará sob a ação de uma máquina gerando assim profundo sofrimento representado pelo desespero e tristeza.

**E11.** “*Foi difícil. Porque eu imaginava que eu ia fazer o tratamento e ficar boa, não que ia fazer hemodiálise e transplante. Fiquei muito triste, entrei em depressão e fui acompanhada por psicologia por muito tempo.*”

Noticiados a respeito do novo modo de viver os pacientes têm a sua autoestima diminuída e são invadidos por pesares que podem criar uma atmosfera de resistência em seguir adequadamente o tratamento agravando seu quadro clínico (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011). No entanto, apesar do impacto sofrido e da não aceitação, inicialmente, de ser um doente renal crônico, isto não impediu que os pacientes deixassem de participar das sessões de hemodiálise, terapia substitutiva a que estavam submetidos, e de continuar o tratamento ao longo dos anos.

Partindo desses indícios é evidente que por mais difícil que tenha sido o primeiro contato com a patologia e ainda que os sentimentos ruins sobressaíssem aos bons, a luta pela sobrevivência mostrou-se mais forte, implicando assim na decisão de iniciar a terapia e prosseguir nela mesmo com a dicotomia de emoções. Esse achado condiz com o que ressaltaram Araújo, Pereira e Ramos (2009) ao relacionarem o processo de aceitação com a falta de outras opções naquele momento, pois iniciar o tratamento implica em escolher, exclusivamente, entre a vida ou a morte.

**E1.** “*Eu fiquei traumatizada, né? Porque eu não queria aceitar. (...) não sei se é porque me diziam tanta besteira, né? (...). No dia eu*

*chorei muito, quase entro em depressão. Mas depois eu aceitei. São dez anos que eu faço hemodiálise”.*

**E4.** *“Ah, eu entrei em depressão, por causa... eu não aceitava, porque o meu filho ‘tava’ muito pequeno, tinha quatro anos, eu não era daqui. (...). Pra falar a verdade tem dia que eu me ‘desânimo’, tem dia que me dá vontade, mas eu nunca faltei nenhum tratamento”.*

**E9.** *“(...) só que depois, conforme o tempo, fui me acostumando e eu fui adquirindo a máquina como meu próprio corpo pra eu poder sobreviver se não sem isso eu não vou conseguir sobreviver.”*

As fases do enfrentamento de um diagnóstico sombrio como a DRC, também entendidas como fases do luto, de acordo com Simões (2014), ao reportar sobre a concepção de Kübler-Ross em 1969, são classificadas em cinco: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação, sem necessariamente seguirem esta ordem. Acompanhando o raciocínio, os dados obtidos neste estudo sinalizam o discurso de três participantes com aceitação imediata de sua condição, ratificando o enfrentamento das fases como peculiares a cada indivíduo onde nem sempre as emoções percorrem sequencialmente, os mesmos trajetos.

**E2.** *“No começo eu aceitei numa boa (...)”.*

A aceitação da doença expressa por E2 representa um ponto positivo frente ao tratamento. Sentimentos como esses podem ajudá-los a suportar os percalços da terapia, através de questionamentos, na busca por informações para cuidar de si e assim reaprendem a viver, nas condições impostas pela DRC (MALDANER et al., 2008). Aceitação propicia leveza, fortalece, ajuda-os a melhorar suas percepções de vida, por mais grandioso que o problema seja.

O fato de receber um mau diagnóstico, saber da necessidade de participar de sessões terapêuticas quase diariamente no hospital, e admiti-lo como sua realidade sem relutâncias correspondeu ao pensamento da existência da hemodiálise como única forma de continuar vivo, o único modo de amenizar os sintomas que a doença manifesta, mesmo que não haja a perspectiva de cura, como expresso na fala do paciente:

**E10.** *“Aceitei bem. Não fiquei com depressão, nada dessas coisas (...) é o tratamento que a gente tem que fazer, né? Se não, não sobrevive (...) aí perguntei para ela ‘e aí, vou*

*desinchar? Vai! É líquido que o senhor tem no corpo e quanto mais fazer... sabe como é?”.*

Aceitar a doença está atrelado a características de pessoas ativas que se sentem responsáveis pelo seu tratamento (MALDANER et al., 2008). Ao lado dessa concepção também demonstram o reconhecimento que sua qualidade de vida seria pior, se a hemodiálise não existisse. Este motivo permite a submissão à terapia ainda que não conheçam detalhadamente o procedimento e outras consequências que o envolve (ARAÚJO; PEREIRA; RAMOS, 2009).

Nesta unidade, evidenciaram-se raros depoimentos de aceitação da doença. A maioria dos relatos referia-se à dor e ao sofrimento diante do diagnóstico sentencial. Este modificara as percepções de vida, saúde e doença, bem como o contexto físico e emocional dos depoentes. Agora a vida depende da máquina e a escolha pelo tratamento proporcionará uma nova expectativa de vida e agrupamento de novos valores e significados.

## **5.2 O cotidiano de mudanças diante da doença e tratamento**

Cada patologia apresenta suas especificidades quanto suas manifestações, modalidade de tratamento e os cuidados requeridos. Com a DRC não é diferente. Uma vez diagnosticados e após receberem as devidas orientações quanto ao tratamento e as mudanças cotidianas resultantes, os pacientes precisaram se adaptar as novas condições de saúde impostas pela doença, por meio da adoção de novos hábitos que visam manter a estabilidade do quadro clínico e amenizar possíveis dificuldades no convívio com a doença.

Quando questionados sobre as mudanças na rotina em decorrência do adoecimento, as respostas convergiram para o mesmo resultado: atividade física comprometida. Todos os pacientes contemplados (100%) referiram algum tipo de atividade realizada que atualmente, devido às peculiaridades da doença e do tratamento hemodialítico, estão impossibilitados de mantê-las. Entre os hábitos simples que foram interrompidos estão à restrição à ingesta hídrica e a dieta balanceada, percebidas nos depoimentos:

*E1. “(...) às vezes eu quero beber uma ‘aguinha’ a mais e eu não posso, né? Tô restrita a água”.*

*E3. “Líquido também, né? Tem uma restrição muito grande hídrica (...) não como certas coisas também... nem comer muita coisa, nem carne, nem feijão, líquido então...”.*

Reis, Guirardello e Campos (2008) reconhecem as restrições hídricas e alimentares como essenciais para o sucesso do tratamento, entretanto, paralelamente podem tornar-se motivo de frustração por ser imposta a radical mudança de antigos hábitos, em decorrência da manutenção da vida. Essas restrições são uma das principais dificuldades sentidas pelos doentes pela complexidade em gerir a própria sede. Se as orientações não forem seguidas corretamente quanto ao controle de líquidos poderá acarretar em ganho de peso interdialítico causando a elevação da mortalidade e morbimortalidade cardiovascular.

As modificações na dieta objetivam a prevenção da hiperkalemia, hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo e desnutrição calórico-proteica (CRISTÓVÃO, 2015). Roso et al. (2013) acrescentam que a privação de determinados alimentos interfere na qualidade de vida e convívio social do paciente. Pode-se refletir sobre a necessidade de adaptação da dieta pela família e por pessoas que convivem com o paciente para auxiliá-los no êxito da terapia substitutiva.

A ruptura de hábitos comuns pertencentes às necessidades psicobiológicas, como a hidratação, alimentação e eliminações causaram desconforto, lamentações e tristeza nos entrevistados. Quanto as eliminações aquelas sensações foram percebidas nos discursos onde foi sinalizada a ausência da diurese, ação natural vinculada a regulação do próprio organismo, como uma frustrante realidade.

*E1. “E minha tristeza é que eu não urino mais, né? (...) Já sofri muito.”*

*E5. “E aí... muita coisa assim a gente sente vontade de urinar e espreme e não sai nada. Aqui pra gente ‘é o fim da picada’”.*

Outra evidencia registrada na pesquisa consiste no abandono ou infreqüência da prática de atividades físicas tanto as vinculadas ao entretenimento quanto as laborais. A percepção dos depoentes transparece um mundo limitado onde as ocupações que mais proporcionavam alegria, satisfação e subsistência estão sob as exigências do metódico tratamento para DRC, em benefício da saúde e bem-estar de cada um.

Os resultados mencionados complementam os achados da pesquisa de Campos e Turato (2010) que expressam: “vivenciar o tratamento hemodialítico, carrega consigo sua condição física e psicológica além das diversas atividades de ordem social e econômica que podem abster-se em função de sua situação patológica e uma situação completamente estranha”. Tais afirmativas consideram as particularidades dos pacientes e relacionam com suas percepções frente a rotina de hemodiálise.

*E2. “(...) É... porque eu brincava de bola, tocava numa banda... Não pude mais fazer isso. Eu tinha uma vida assim de esporte (...)? Aí eu não posso mais (...)”.*

*E8. “Eu jogava bola. Sei pintar. Pintava... Fazia várias coisas, agora não posso mais”.*

*E9. “(...) brincava antes, de pular, correr, me pendurar que às vezes era o que eu mais gostava, aí isso mudou muito. Futebol também que eu mais gosto ainda, eu não jogo como antes, mas de vez em quando bato uma peladinha”.*

Pessoas ativas que dedicam boa parte de seu tempo na prática de esportes, exercícios físicos ou qualquer outra atividade que envolva esforço corporal são uma das mais afetadas pelas mudanças orgânicas. Os rins não trabalham mais da mesma forma para manter a homeostase do corpo e esse desarranjo desencadeia uma série de sintomas aparentes nas narrativas:

*E1. “Não posso mais trabalhar como eu trabalhava, porque eu me canso muito”.*

*E2. “(...) aí eu não posso mais, porque também já afetou meus ossos, aí não posso mais”.*

*E3. “Eu fazia atividade física (...) não pratico com frequência como antes. (...) Os ossos doem, e o cansaço é maior.”*

Segundo Kusumoto (2008) as queixas frequentes dos que estão submetidos ao tratamento, com quadro clínico de DRC, são a falta de energia, fadiga e desânimo. Essa prostração possui maior incidência após as sessões de hemodiálise e os incapacita à execução de atividades que demandam energia. Sintomas de anemia, cardiopatia, hipertensão, neuropatia urêmica, depressão e dores nos membros inferiores classificam a capacidade

funcional desses pacientes como precária. Outras manifestações características de pessoas com DRC apresentam-se através de dores ósseas, desconforto e inflamações articulares (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

Entre tantas dificuldades e empecilhos da moléstia conseguiu-se desvendar algumas colocações que demonstram retomar a ideia de tentar observar a vida do modo mais natural possível e a capacidade de crer que apesar da problemática o indivíduo pode melhorar a percepção de sua atual conjuntura. Os resultados foram obtidos das falas dos interlocutores ao inferirem suas limitações como agentes modificadoras da rotina, mas que ainda está aparente a compreensão dos aspectos naturais da vida e o acreditar no aprimoramento para conduzi-la:

*E3. “(...) mas fora isso a minha vida é normal”.*

*E9. “(...) o resto deve ter mudado muitas coisas, mas dá pra melhorar.”*

Ao que condiz com as atividades laborais, com ou sem a obtenção de renda, sua interrupção esteve fortemente presente na voz dos pacientes. Quanto a atividade remunerada, para os adultos o trabalho significa auto realização profissional e manutenção da instituição familiar (KUSUMOTO, 2008). Segundo Reis, Guiradello e Campos (2008), a rotina de hemodiálise dificulta os vínculos empregatícios formais e gera diminuição da autoestima dos pacientes que tornam-se, em sua maioria, dependentes do aporte financeiro da família ou de pessoas próximas. Durante a pesquisa percebeu-se que 7 entrevistados estão desempregados e esses alegaram receber auxílio governamental para suprir suas necessidades, quando responderam ao questionário socioeconômico.

*E3. “(...) eu dava aula de capoeira, praticava capoeira e trabalhava também. Trabalhava, fazia... no tempo eu tava tirando a minha carteira de taifeira, cozinheira”.*

*E6. “Eu não posso trabalhar, nem jogar futebol, nem estudar”.*

Partindo do princípio que o trabalho remunerado proporciona certa estabilidade e qualidade de vida o seu abandono está atrelado às sessões de hemodiálise que exigem o comparecimento do doente ao hospital pelo menos três vezes durante a semana, de três a

quatro horas por dia. Topo esse período despendido por ele dificulta sua assiduidade no emprego que comumente solicita mão de obra para trabalhar quarenta horas semanais.

Ramos et al. (2008) salientam que a ausência do portador de DRC no seu trabalho, para ser submetido ao tratamento, é uma realidade onerosa para os empregadores. Mesmo quando há estabilidade da condição clínica a falta de conhecimento das pessoas sobre a doença e o preconceito não permitem a contratação desses sujeitos, logo se encontram susceptíveis a enfrentar ameaças de insegurança financeira.

Partes das queixas também estão direcionadas as limitações das atividades domésticas que carecem de força física e energia para sua execução. Este evento apoia o achado de Ramos et al. (2008) ao comentarem que algumas ocupações referentes a vida passam para segundo plano, porque a prioridade agora está em atender outras necessidades imprescindíveis à sobrevivência. Como reportaram os depoentes:

*E5. “Aí cuidar de casa, eles não deixam eu cuidar de casa, pegar coisa pesada”.*

*E11. “Tudo. Antes eu fazia as coisas em casa, hoje não.*

Apesar de existir a possibilidade de realizar viagens através do sistema denominado Hemodiálise em Trânsito, onde o paciente pode entrar em contato com clínicas localizadas na cidade de destino, para informá-los que estará se deslocando àquele lugar e deseja continuar seu tratamento enquanto permanecer no local, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016), a dificuldade de transitar ainda é sentida pelos entrevistados.

Logo os momentos destinados ao lazer, como as viagens, ainda estão de semelhante modo comprometidos devido à regularidade em comparecer a terapia substitutiva da função renal. Tal circunstância induz às lamentações dos pacientes que vivenciam sentimentos de total sujeição a doença crônica e ao seu tratamento. Então as localidades outrora contempladas e o prazer de reunir-se com entes queridos, que residem distantes do hospital onde é realizada a terapia, tornaram-se restritos com a impressão de liberdade e condicionamentos físicos comprometidos.

*E5. “Mudou muita coisa. (...) às vezes eles não deixam eu viajar sozinha, e eu era liberta (...)às vezes eu tenho meus filhos que moram longe no Chile, em Roraima, Mato Grosso do Sul... aí muitas vezes eu não posso ir por causa da hemodiálise”.*

*E7. “Tipo poder viajar, não pode. E se eu sair mais para longe, tem que voltar logo, por causa dos dias que são três vezes na semana”.*

*E10. “Ah, muita coisa que eu fazia antes que hoje eu não faço, por exemplo: viajar, eu não vou (...)”.*

Frazão, Ramos e Lira (2011), contemplaram similar ponto de vista ao abordarem o tratamento dialítico como agente redutor das visitas a pessoas importantes para o paciente alterando sua vida social, construindo a sensação de invalidez e tendo a doença como foco, onde os assuntos conversados não são outros a não ser aqueles que contemplam a DRC.

A terapia renal, além de provocar as alterações anteriormente comentadas, também ocasiona mudanças corporais. Para que ocorra a purificação sanguínea extracorpórea é necessária a presença de uma modalidade de acesso vascular, entre as quais está a fístula arteriovenosa formada pela união de uma artéria e uma veia que se torna espessa e perceptível no local da intervenção cirúrgica (MOREIRA; ARAÚJO; TORCHI, 2013).

Essa modificação física pode afetar a percepção que o paciente tem de si de forma negativa gerando vergonha, medo de ser discriminado, dos olhares preconceituosos devido as características peculiares de quem é submetido a hemodiálise e carece de um acesso definitivo para melhorar a qualidade da terapia. Trata-se de um achado preocupante, pois desestabiliza os sentimentos dessas pessoas, prejudicando seu convívio social e desmotivando-os a dar continuidade nas suas atividades cotidianas, como referenciado pela depoente *E4* ao anunciar seu isolamento, falta de ânimo, discriminações, seriedade e irritabilidade:

*E4. “Tudo. Tipo hoje em dia eu sou uma pessoa mais fechada, não sou de conversar, eu me isolo das pessoas, (...) pessoas ficam olhando para o meu braço. Eu não tenho ânimo pra estudar, pra nada. É resumindo eu não tenho vontade nem de sair de casa. Prefiro ficar em casa, porque as pessoas ficam me olhando, me discriminam. E isso mudou muito, porque eu não era assim. (...) A coisa mais difícil, é dar um sorriso. Tudo eu me aborreço e eu não era assim”.*

Mattos e Maruyama (2010) alertam que “as mudanças no corpo individual são percebidas como algo que lhe tira as forças, que lhe impede de realizar a rotina diária, em síntese, lhe tira os menores prazeres do dia a dia”. Tal consequência esteve presente na pesquisa de Ramos et al. (2008) em que aquelas modificações são desconfortáveis e

provocantes de alterações significativas que afetam a auto-imagem e o cotidiano dos pacientes, em que os significados da condição de saúde são atribuídos ao sofrimento físico.

Através dos relatos pôde-se captar o quanto a qualidade de vida está atrelada ao desempenho das atividades cotidianas. Para os depoentes, viver dignamente implica na capacidade de manter suas funções de diurese presente, ingerir líquidos e alimentos conforme deseja, realizar afazeres domésticos de costume, ter a liberdade de trabalhar e viajar sem as limitações do tratamento e poder manter o convívio social sem sofrer preconceitos devido às características de paciente renal crônico, como por exemplo, o uso do cateter de duplo lúmen ou a fístula artéria venosa.

Conhecer tais percepções é relevante para o enfermeiro, pois observando as necessidades comprometidas do doente possibilitará a organização de estratégias para auxiliá-los na trajetória de melhor enfrentamento da doença até a realização do transplante, assim, elevando sua autoestima e tornando a espera mais tranquila.

### **5.3 As duas faces do transplante renal**

No desenvolvimento desta pesquisa o transplante foi interpretado pelos pacientes como uma possibilidade de melhorar a qualidade de vida, uma oportunidade de viver sem a dependência da máquina exercendo a função renal. A ideia de não precisar estar constantemente no hospital nas sessões de hemodiálise durante três ou quatro horas por dia, já transmite a sensação de liberdade para voltar a ter uma rotina pelo menos parecida com a anterior.

Entre os 11 entrevistados, 8 referiram o significado do transplante renal como melhora da qualidade de vida e 3 relacionaram ao medo da morte. Porém, estiveram notórios dois sentimentos na representação dessa modalidade de tratamento: a esperança, observada na narrativa de 6 depoentes; e a tristeza, expressa por 5.

Em relação a qualidade de vida a pesquisa de Higa et al. (2008), tem uma abordagem similar ao presente estudo quando relacionam as modificações, positivas ou negativas, da qualidade de vida com o grau de dependência da máquina. Para Abreu e Santos (2013) os avanços científicos da hemodiálise contribuem consideravelmente para a elevação da sobrevida dos pacientes renais crônicos, mas a permanência indeterminada do tratamento pode interferir em sua qualidade de vida.

**E3.** *“Transplante é uma oportunidade de viver melhor, fora da máquina, com uma qualidade maior. (...). A minha esperança é essa”.*

**E5.** *“O transplante pra mim é outra vida que eu vou ganhar, porque só de parar de vir para o hospital toda semana, todos os dias ficar na minha casa, viajar pra onde eu quero(...) aí muitas vezes eu não posso ir por causa da hemodiálise. E eu tendo o meu transplante não, né? Eu viajo e pronto”.*

**E6.** *“Melhora um pouco”.*

**E7.** *“O transplante para mim é... muda, né? A gente sai daqui da máquina, muda, né? Sai da máquina. É isso”.*

O transplante de órgãos apresenta-se como um escape contribuinte para beneficiar a qualidade de vida dos portadores da DRC, uma vez que não há expectativa de cura pode ser entendida como uma alternativa de melhora da doença (QUINTANA; WEISSHEIMER; HERNNAM, 2011). Os autores ainda relatam que através do transplante renal os pacientes alegam adquirir maior liberdade, percebem a vida restituída, assim como retomam o bem-estar, mesmo que persistam os cuidados corporais, alimentares e medicamentosos aos quais precisarão ser acompanhados.

**E9.** *“Eu entendo que o transplante é um tipo de atitude pra ajudar as pessoas que tem esse tipo de tratamento que é pra melhorar mais a vida (...) O que eu entendo por transplante é que eles façam isso não pra prejudicar, isso é mais pra melhorar”.*

**E10.** *“Olha eu tô correndo atrás pra mim fazer, primeiramente pra mim sair desse tratamento aqui da máquina. Me tira desse tratamento e já me dá mais uma condição (...) Vai curar? Vai ficar bom? Não fica, mas é outra situação de vida ...”.*

Não somente a ruptura do vínculo com a máquina, mas o restabelecimento das funções orgânicas também é identificado nos depoimentos dos entrevistados como uma condição de restauração da vida. Entre os participantes dois revelam o que o transplante os possibilitará realizar e o que sem ele ainda não é permitido:

**E4.** *“Só de se sentir ‘mijando’, né? (...) E aí eu me sentia realizada”.*

**E10.** *“Você não pode fazer nada, não pode tomar uma água”.*

A outra face da representatividade do transplante renal se revela por meio de depoimentos relacionados ao medo pela possibilidade iminente de morte. Isso é demonstrado nas falas a seguir no qual o receio pela realização do procedimento terapêutico é consequência das experiências passadas em acompanhar ou conhecer através de conversas interpessoais pacientes cujo prognóstico foi negativo.

*E1. “Não sei nem dizer o que eu entendo. (...) O transplante, assim como ele causa o bem, ele causa o mal, né? Ele já tem ‘morto’ muita gente, porque rejeita, né? O órgão aí morre. A pessoa ainda é nova... pessoa que a gente conhece já tem morrido, quer dizer que isso aí me deixou, um pouco, traumatizada.*

*E2. “Eu tenho um pouco de medo de fazer, porque eu vejo assim que tem gente que faz, aí vai, aí a gente tem notícia já que morreu. De repente morreu. Tinha um colega aqui que fazia acho que ele não chegou nem a dois anos. Morreu. (...) Aí teve muito caso também assim aí dá um pouco de medo.”*

A rotina de hemodiálise em que o paciente permanece na clínica colabora para que a percepção do transplante esteja relacionada ao insucesso e morte. Os significados atribuídos para o adoecimento e forma de tratamento adquirem valores a partir de vivências e convívio com a doença renal crônica (CAMARGO et al., 2011). Além disso, o não esclarecimento se torna um fator agravante no desencadeamento de sentimentos e percepções negativas frente ao tratamento.

Como se observou na fala do paciente E1 quando indagado sobre o entendimento do transplante e o que este representa, ficou claro a falta de informações sobre o procedimento e a convivência com o novo órgão. Para Camargo et al. (2011), o desconhecimento está associado as percepções e sentimentos de medo, angústia e ansiedade, assim, desestabilizando o sujeito envolvido. Na maioria dos casos, o desconhecido e o não familiar podem originar incertezas e sentimentos negativos, sentimentos estes que após processados pelo paciente podem se tornar difíceis para contorná-los e mudar a sua representatividade e significado.

Geralmente, o transplante renal é um processo longo e demorado que tem por objetivo a melhoria na qualidade de vida. Entretanto, o resultado nem sempre é o esperado pela equipe e principalmente pelo paciente que o idealizou. O tempo em que permanece na lista de espera é relativo a cada pessoa, pois este é assinalado pelo advento de um órgão compatível (KNIHS et al.; 2015). A experiência pregressa por complicações do novo órgão também é um ponto importante para o desencadeamento do temor e trauma frente a nova tentativa do método.

*E11. “Antes eu queria muito para sair da máquina. Hoje não, eu preferia ter um acesso de fístula, mas infelizmente não tenho mais. Tenho medo de fazer o transplante e passar por tudo que já passei no outro transplante que fiz.”*

O paciente demonstrou que o hábito da diálise se tornou um método terapêutico mais seguro, certo e com preferência de escolha, dessa forma, se sobrepondo a representatividade de insegurança e incertezas que o transplante oferece, principalmente pela experiência de rejeição do órgão. Camargo et al. (2011) elucida que no momento da confirmação do transplante renal é para muitos um momento de esperança, entretanto essas mesmas expectativas quando não confirmadas pelo procedimento gera consequências negativas e com consequência a desistência do transplante.

É neste cenário de espera que os sentimentos vivenciados se acentuam. A quantidade de pacientes do estudo que aguardam o transplante renal com sentimento de tristeza foi menor se relacionado com a esperança do tratamento com vista em uma melhor qualidade de vida. A seguir os depoimentos farão jus ao questionamento dos sentimentos vivenciados enquanto se aguarda o transplante renal.

A esperança é subjetiva e singular para cada pessoa que lhe atribui significados e valores frente ao que se deseja. É também uma importante influenciadora no surgimento de sentimentos positivos para o enfrentamento da doença. Em conjunto a expectativa e o desejo na mudança de vida, a ansiedade também faz parte no que diz respeito à perspectiva em receber o novo órgão. O anseio pela busca na qualidade de vida se torna um sonho, algo que é de extremo desejo.

*E9. “O transplante vai mudar muitas coisas como voltar a fazer metade daquilo que você fazia (...) Eu me sinto ansioso pra chegar esse dia e eu transplantar; que é o que eu mais quero.”*

Observa-se na fala acima a visão do transplante como uma ação de cura e independência para voltar à rotina habitual. Para Cabral (2009), a imagem do transplante é entendida além da opção mais produtiva, a liberdade encontrada com as problemáticas práticas e psicológicas enfrentadas. A diálise prolongada tem seus efeitos no que tange as mudanças do cotidiano como compromisso na submissão da terapêutica no âmbito hospitalar,

restrições hídricas e dietéticas, funcionamento sexual e fertilidades alteradas. Dessa maneira, o TR surge como a possibilidade em recuperar o estilo de vida normal antes do adoecimento.

Vale ressaltar que em detrimento da espera, a ansiedade se torna um dos sentimentos mais vivenciados por pacientes portadores de uma doença crônica com a possibilidade de transplante. Além disso, a realização de muitos processos até a sua chegada tanto eleva a ansiedade como o sentimento de felicidade após a notícia de um doador compatível e com a probabilidade elevada para a realização do tratamento (QUINTANA, WEISSHEIMER; HERMANN, 2011).

*E6. “Ligaram ontem pra mim que era pra mim fazer hoje o exame que tinha dois ‘rim’ aí, mas... pra ver qual é compatível com o meu. Vou esperar o resultado duas horas agora, da tarde, se for compatível eu vou me internar seis horas da tarde, aí pra ser a cirurgia dez e meia da noite. Fiquei alegre.”*

O sentimento de alegria observado na fala se refere ao perceber que a caminhada até seu objetivo está cada vez mais próxima. A esperança enquanto aguardam o transplante também se revela em momentos e sentimentos mais contidos e o conformismo em que o paciente já transplantado há alguns anos aguarda pelo próximo.

*E8. “Eu já passei por isso, já. Eu Transplantei em 2002. Mas Graças a Deus já passou. Já me conformei já. Agora tô só esperando”*.

Em virtude do contexto em que o paciente se encontra, pode-se notar que os sentimentos se diferem de acordo com o passar do tempo em que se continua a esperar. Para Souza et al. (2015), inicialmente o paciente é marcado pelo desejo e o deslumbre pela qualidade de vida elucidado pelo TR, entretanto com o decorrer do tempo que se encontra em terapêutica dialítica emerge sentimentos negativos como desesperança, tristeza e decepção.

Em certos episódios a aflição e tristeza estão diretamente relacionadas além do tempo na lista de espera, a burocracia em que se faz necessária para a realização do procedimento. A cada dia, mês ou ano a desesperança toma lugar das expectativas positivas do usuário. A ansiedade pela realização de vários exames bem como o longo tempo no aguardo para o recebimento do novo órgão podem aumentar de tal forma que o paciente passa a perceber a confirmação de um doador cada vez mais longe e desacredita na possibilidade de realização

(QUINTANA; WEISSHEIMER; HERMANN, 2011). Essa afirmativa pode ser observada nas falas a seguir quando questionado sobre o seu sentimento enquanto aguarda na fila de espera.

*E1. “Eu sei que eu não vou conseguir isso, porque tem gente há quinze anos de hemodiálise, esperando o transplante nunca conseguiu (...)”.*

*E3. “É um sentimento de incapacidade, porque a burocracia é muito grande, tem muitos exames pra gente fazer e o sistema não te dá apoio pra ti fazer esses exames (...)”.*

*E5. “O maior sentimento é que eu comecei a fazer os exames, muitas vezes, e nunca chegou o transplante e eu ‘ah, não vou mexer com isso mais não’, (...) E aí passei muito tempo... abandonei os exames, já faz mais de ano que não faço, mas só que é aquela cegueira de conseguir o transplante. (...)”*

O aumento na demora se dá pelo mecanismo em que o tratamento está inserido. Após a inserção do nome do doente para a fila do transplante, este será atribuído a partir da compatibilidade do doador com o hospedeiro, o que caracteriza a indeterminação do tempo (CABRAL, 2009). É neste momento que a equipe multiprofissional deve estar atenta as desistências e tristeza que a espera atrai, é imprescindível que estes abordem os pacientes afim de encorajá-los na permanência ativa ao tratamento, continuando sua vida habitual na medida do possível.

Além disso, como será visto na fala adiante, a tristeza se revela pela falta de escolha entre os tratamentos em situação de “hemodiálise x transplante”. Sabe-se pacientes portadores de uma doença crônica como são os sujeitos do estudo, podem se sentir presos e oprimidos frente a um tratamento contínuo como a hemodiálise. Sendo esta, uma realidade difícil e principalmente pelas várias restrições ocasionadas pela patologia (TERRA et al.; 2010).

*E2. “Eu não tenho vontade de fazer. Ah eu me sinto triste. Eu dependo daqui da máquina, eu dependo de um transplante e assim, hoje em dia, as coisas estão ficando mais difícil, aí me sinto triste”.*

Em consonância com a árdua tarefa de realização do transplante, a sua efetividade implicará em uma série de modificações no cotidiano, bem como as adaptações necessárias para um bom resultado. Como afirmam Quintana, Weissheimer e Hermann (2011), as duas faces do paciente renal são observadas no instante em que por um lado o paciente se depara

com a possibilidade de libertação da máquina e por outro se adaptar aos medicamentos e convivência com a probabilidade de rejeição.

Este constante acompanhamento é conflitante se relacionado com a expectativa de liberdade do ambiente hospitalar. Podem-se confirmar as sensações de tristeza e desesperança na resposta a seguir:

*E4. “Eu já fui chamada, mas sempre me dá uma tristeza, eu nunca fico alegre. Quando me chamam assim eu não fico feliz e dizer ‘ah, eu vou transplantar, eu vou viver bem’, não, eu fico pensando assim na dificuldade. De eu transplantar, viver isolada dentro de hospital, porque eles falam, né? Que é o maior problema. (...) Meu coração fala pra mim não fazer. (...) Tenho medo de viver só dentro de hospital e não ter mais vida, porque eu faço o tratamento, mas pelo menos eu vou pra minha casa, tomo banho, essas coisas. E quando tu transplanta, não. É só dentro do hospital, só pode sair se tu tiver tudo ‘Okay!’, né? Pra ti ir embora pra casa, não tiver nada”.*

É um fato que existe a possibilidade de uma pessoa transplantada ter o insucesso no tratamento. Todavia, o discurso acima demonstrou uma frágil e pequena informação quanto ao procedimento e o prognóstico deste, o que interfere e leva a uma imagem parcialmente errada sobre o referido assunto. Em virtude disto, é necessário que o profissional pratique a educação em saúde a fim de elucidar questionamentos e incertezas com o objetivo de diminuir sentimentos contrários aos de esperança.

#### **5.4 A esperança por meio da fé no enfrentamento da doença renal crônica**

A espiritualidade se perpetua nos contextos históricos e socioculturais, a ela são atribuídos significados, valores, experiências e comportamentos. Em certos momentos a espiritualidade se consolida a partir de uma religião específica. Entretanto, não se podem confundir os conceitos de religiosidade e espiritualidade, pois estes se diferem (PINTO; RIBEIRO, 2007).

Entende-se por religiosidade a participação em crenças e práticas que fazem parte de um sistema religioso concreto. Por outro lado, a espiritualidade se estende a uma definição mais complexa, é subjetiva e pode participar ou não de um credo religioso, faz parte de um processo pessoal e atribui significado na percepção da existencial, buscando sempre a resiliência e bem-estar (PINTO; RIBEIRO, 2007).

A espiritualidade é revelada atribuindo percepções e significados ao sofrimento em consequência de uma doença crônica, além disso, se torna um refúgio e recurso de fé e esperança frente ao processo saúde-doença que o paciente passa a enfrentar (PINTO; RIBEIRO, 2007). Nesse contexto, após o impacto pela notícia da doença renal crônica e o comunicado do tratamento, muitos sentimentos passam a fazer parte da vida desse paciente.

A partir disso, a doença renal crônica é percebida pelos sujeitos como uma ruptura da sua vida habitual. É neste momento que se revelam sentimentos negativos e em consequência uma maneira de enfrentá-los. Neste cenário, a espiritualidade é fortemente citada pelos entrevistados para alimentar a esperança de cura e qualidade de vida. A partir da presente pesquisa, 6 pacientes apresentaram falas que citam Deus como um Ser Superior com poder de reabilitação.

Manter o equilíbrio emocional se torna uma tarefa árdua e contínua, haja vista ser necessário para a aceitação da doença. É a partir dessa nova fase que a espiritualidade através da fé age como mecanismo de apoio e alternativa para o enfrentamento positivo com condição estabelecida pela doença como pode ser observado nos depoimentos a seguir a partir dos questionamentos “o que você entende pelo transplante renal e o que isso representa para você?” e “Como se sente enquanto aguarda o transplante renal?”, respectivamente.

*E1. “Olha esse aqui é o único acesso que eu tenho, só Deus é que pode viver a minha vida, porque se eu perder esse acesso eu tô morta, né?(...) Só que Deus é Deus na minha vida”.*

*E7. “O transplante para mim... eu ‘to’ esperando em Deus, né? Um milagre de Deus”.*

A crença em uma divindade pelos pacientes portadores de DRC é um fator atuante e influenciador no enfrentamento frente a doença. A ausência da representatividade da espiritualidade pode ser considerada como um fator negativo segundo o referido estudo, pois pode agravar sentimentos físicos e emocionas (OTTAVIANE et al., 2014). Os autores Pinto e Ribeiro (2007), afirmam em seu estudo que a prática da espiritualidade, através da fé, pode está intimamente relacionada com uma expectativa de melhora em relação ao estado de saúde, longevidade, menor grau de ansiedade, depressão e taxas de suicídio.

Nessa perspectiva, a espiritualidade se torna uma representação de refúgio com relação ao processo saúde-doença diminuindo os temores advindos da DRC. A crença e a fé se

revelam pelo desejo no bom prognóstico, no qual já não se espera apenas pelos cuidados do homem e tecnologias oferecidas no âmbito hospitalar, mas através da Divindade.

*E4. “É uma sorte e só Deus mesmo, né? Porque é uma situação muito difícil, (...) tu vive no máximo dez anos fora da máquina, mas com o tempo tu volta”.*

*E10. “Tem hora que o cara fica frustrado, aí digo: ‘Ah, vou parar!’, aí não... depois fico pensando: ‘Vou continuar’ (...) se eu não transplantar até os 60 anos vou deixar nas mãos de Deus”.*

*E11. “(...) Tenho fé e peço muito à Deus que dessa vez o transplante tenha mais sucesso”.*

A dimensão da espiritualidade também se manifesta no momento em que hábitos que antes eram comuns se tornam restritos com o avanço da patologia, estes passam a ser vistos como um privilégio e milagre provido por Deus como afirma a fala a seguir.

*E5. E eu tendo o meu transplante não, né? Eu viajo e pronto. Só de se sentir ‘mijando’, né? É mais um milagre que Deus te deu, na tua vida. E aí eu me sentia realizada”.*

Menciona-se a questão da espiritualidade como um determinante subjetivo da individualidade de cada ser humano, atribuindo a este suas representações e valores. Em virtude disto, a espiritualidade que esteve presente na maioria das falas interfere na rotina do paciente favorecendo para o enfrentamento da doença lhe oferecendo conforto e bem-estar geral. Aos profissionais são imprescindíveis a observação e o conhecimento através da investigação das crenças em que o usuário crê para que junto dele construir o olhar de uma esperança realista.

Dessa forma, a questão espiritual como resiliência no decorrer da doença esteve fortemente presente nas falas em que a figura relacionada à divindade esteve presente, por ser a fé uma forma de esperança relacionada com o desenvolvimento de sentimentos positivos. É indispensável que o profissional esteja atento as formas que o paciente busca para enfrentar o adoecimento. A finalidade de uma prestação de serviços com qualidade é levar ao paciente não apenas as técnicas de tratamento, mas a maneira de enfrentar o adoecimento e a chance de um bem-estar físico e emocional e com isso, proporcionar melhor qualidade de vida nesse processo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender as percepções do portador de DRC enquanto aguarda o transplante renal através dos discursos, onde foram revelados: sentimentos de sofrimento e aceitação no diagnóstico, o comprometimento significativo das diversas formas de atividades cotidianas refletidas pela doença e tratamento hemodialítico, a expectativa de melhoria da qualidade de vida representada pelo desvinculo com a máquina junto ao restabelecimento das funções orgânicas objetivados pelo transplante e a demonstração de esperança manifesta através da espiritualidade para enfrentar a patologia durante a espera do novo tratamento.

A partir da análise dos dados destacou-se que independente da primeira reação experimentada no descobrimento da doença e das dificuldades, todos os pacientes permaneceram e seguiram na terapia hemodialítica. Os discursos da totalidade dos sujeitos da amostra evidenciaram inúmeras limitações quanto a execução de atividades físicas voltadas aos serviços domésticos, aos compromissos laborais, as atividades de lazer, como praticar esportes e viajar, somado as alterações das necessidades psicobiológicas suscitando-lhes desconforto e lamentações.

Outro fator acentuado na pesquisa consiste na percepção negativa de si mesmo quando o paciente uniu as modificações corporais advindas da hemodiálise à desmotivação de continuar a realizar suas atividades diárias devido a vergonha, ao preconceito de outras pessoas e ao medo de ser discriminado. Receios que inviabilizam o convívio em sociedade aflorando sentimentos pesarosos que poderiam prejudicar a continuidade do tratamento.

A percepção dos pacientes que aguardam o transplante renal esteve envolvida em um dilema de sentimentos, pois apesar de todos estarem na lista de espera e compreendê-lo como o tratamento que oferece melhor qualidade de vida, um considerável número de depoimentos destacou pontos como medo da rejeição do novo órgão, desânimo frente aos longos trâmites burocráticos e aos inúmeros exames exigidos para o procedimento e o perigo do desestímulo pelo extenso período de permanência na fila do transplante.

Apesar de todos os receios mencionados pode-se observar que a esperança emergiu da espiritualidade através da fé em Deus como incentivo ao paciente a não desistir de submeter-se ao procedimento, mantendo-se forte e confortável para enfrentar a DRC até o momento de transplantar.

Ressalta-se a importância de observar casos de DRC que estão ligadas as complicações de diabetes e hipertensão, assistidos pela atenção básica, as dificuldades nos processos de captação de órgãos, atenção terciária, e o consentimento familiar que ainda

influenciam na permanência na fila de espera. Assim novos estudos precisam confirmar a correlação de fatores que podem influenciar no aguardo pelo transplante e nas percepções dos pacientes que aguardam por ele.

Nesse contexto é imprescindível o acompanhamento do enfermeiro na assistência humanizada ao portador da DRC para atendê-lo em todos os aspectos que demandam atenção sejam eles físicos ou psicológicos. Por se tratar de uma doença incurável em que há instabilidade emocional o paciente precisa ter suas dúvidas esclarecidas, suas inseguranças amenizadas, ser constantemente incentivado a seguir de forma correta o tratamento hemodialítico e cabe ao enfermeiro junto a equipe multiprofissional traçar estratégias para que todas as etapas da espera que se sucedem até o transplante sejam vivenciadas com maior qualidade.

Após a descrição e análise da temática em estudo percebeu-se o quanto adentrar no universo de pacientes que aguardam pelo transplante renal pode ser rico em detalhes que precisam ser conhecidos e discutidos na comunidade acadêmica. Assim outros estudos são necessários para contribuir na abordagem de novas percepções dos portadores de DRC e os demais fatores que a influenciam enquanto estão na fila de espera pelo transplante.

## REFERÊNCIAS

- ABENSUR, H. Como explicar a baixa prevalência da diálise peritoneal no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n.3, São Paulo, p. 269-270. set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0269.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.
- ABREU, I. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.95-100, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a16.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2016.
- ABREU, R. C. et al. Influência do treinamento na evolução da diálise peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v.30, n.2, p. 126-131. abr. 2008.
- ALVARES, J. et al. Fatores Associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p.1903-1910, 23 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/05.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
- ARAUJO, E. S.; PEREIRA, L. L.; ANJOS, M. F. Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: a aceitação como fator decisório. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p.509-514, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/11.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplante**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abto/v03/Upload/file/RBT/2010/1.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abto/v03/Upload/file/RBT/2015/rbt2015-1sem-lib2907.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108. jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.
- BRAUN, V; CLARKC, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. Vol. 3, n. 2, p. 77-101. 2006.
- BRASIL. Lucila Amaral Carneiro Vianna. Universidade Federal de São Paulo. **Especialização em Saúde da Família: processo saúde-doença**. São Paulo: Copyright, 2012. 12 p.

BRASIL. **Manual de diálise/Nefrologia do HGV-PI**. Governo do Piauí. Teresina, 2012. 80 p. Disponível em: <<http://www.hgv.pi.gov.br/manuais.php>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. 2 v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CABRAL, H. F. Idealizar o amanhã: vivendo entre a esperança e a desesperança num transplante renal. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 2, n. 3, p.113-119, jul./dez. 2009.

CAMARGO, V. P. et al. Transplante Renal: Um Caminho Para a Vida ou um Passo Para a Morte? **Rev. Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p.515-524, 20 jan./jun. 2011.

CAMPOS, C. G. P. et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p.106-112, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rge/nf/v36n2/pt\\_1983-1447-rge/nf-36-02-00106.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rge/nf/v36n2/pt_1983-1447-rge/nf-36-02-00106.pdf)>. Acesso em: 06 set. 2016.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p.799-805, set./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/17.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

CERVO, Amado L. e BERVIAN, Pedro A. *Metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/291580303/CERVO-Amado-Luiz-BERVIAN-Pedro-Alcino-O-Conhecimento-Cientifico>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CICOLO, E. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p.274-278, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/16.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

COELHO, T. H.; MOREIRA, A. L. **Fisiologia renal**. [20--]. Disponível em: <[http://fisiologia.med.up.pt/Textos\\_Apoio/renal/texto\\_renal.pdf](http://fisiologia.med.up.pt/Textos_Apoio/renal/texto_renal.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Constituição (2004). Resolução nº 292, de 02 de janeiro de 2004. **Resolução Cofen-292/2004**. Rio de Janeiro, 07 jan. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de janeiro de 2012. **Resolução N° 466**. Brasília, DF, 13 jan. 2013. Seção 1.

CRAVO, C. D. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Minas Gerais, v. 10, n. 1, p.110-115, mar. 2011. Trimestral. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10720/pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CRESTANI FILHO, V. J.; RODRIGUES, R. A. C. Progressão da doença renal crônica: experiência em Santarém - Pará. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.

99 – 106, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35\\_n2a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35_n2a04.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2015.

CRISTÓVÃO, A. F. A. J. Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p.842-850, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1154.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

CRUZ, L. **Cerca de 770 pessoas aguardam pela doação de um rim no Pará.** 2014. Disponível em: <<http://www.ophirloyola.pa.gov.br/cerca-de-770-pessoas-aguardam-pela-doacao-de-um-rim-no-para/>>. Acesso em: 01 set. 2016.

CUNHA, C. B. et al. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.805-813, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/07.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 14, p.577-582, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

GARCIA, G. G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-7, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n1/a01v34n1.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. , p.203-206, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>>. Acesso em: 06 set. 2016.

KNIHS, N. S. et al. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 04, p.01-09, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/35.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

KOHLSDORF, M. Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 29, p.337-346, jun. 2012. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5980&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

KUSUMOTO, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p.152-159, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2016.

LUVISOTTO, M. M.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. **Einsten**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.117-122, mar. 2007. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2\\_Online\\_AO441\\_pg117-122.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2_Online_AO441_pg117-122.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2015.

- MACHADO, E. L. et al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p.01-08, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/10.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.
- MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p.647-653, dez. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>>. Acesso em: 07 set. 2016..
- MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p.425-434, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/f/v31n3/v31n3a04.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
- MOREIRA, A. G. M.; ARAÚJO, S. T. C.; TORCHI, T. S. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.256-262, abr./jun. 2013.
- MASCARENHAS, N. B. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p.203-208, jan./fev. 2011.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. **American Journal Kidney Diseases**, New York, v.39, n.2, p.356. 2002. Supplement 1. Disponível em: <[https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd\\_evaluation\\_classification\\_stratification.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2015.
- NETO, V.; ABENSUR, H. **Diálise peritoneal: Manual prático uso diário, ambulatorial e hospitalar**. Brasil: Editora balieiro, 2012. 184 p.
- OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.569-576, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2015.
- OLIVEIRA, G. T. C. et al. Avaliação nutricional de pacientes submetidos à hemodiálise em centros de Belo Horizonte. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p.240-247, jan. 2012.
- OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão,GO: [s. n.], 2011. 72 p.
- OTTAVIANI, Ana Carolina et al. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Sp, v. 22, n. 2, p.248-254, mar./abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2016.

PINTO, C.; PAIS RIBEIRO, J. L. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. **Arquimed**, Porto, v. 21, n. 2, p.47-53. 2007.

QUINTANA, A. M.; WEISSHEIMER, T. K. S.; HERMANN, C. Atribuições de significados ao transplante renal. **Psico**, Porto Alegre, p.23-30, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6057/6295>>. Acesso em: 07 set. 2016.

RAMOS, I. C. et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 30, n. 1, p.73-79, out. 2008.

REIS, C. K.; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. C. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p.336-341, maio-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019606010.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

RIBEIRO, C. D. S. et al. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n. 3, p.36-44, ago./set. 2013. Disponível em: <[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/91/pdf\\_59](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/91/pdf_59)> Acesso em: 06 set. 2016.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios da nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1247 p.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.1-3, ago. 2004. p. 1-3. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1183/en-US/doenca-renal-cronica--definicao--epidemiologia-e-classificacao>>. Acesso em: 02 set. 2016.

ROSO, C. C. et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 22, n. 3, p.739-745, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a21.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1279-1290, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/09.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

SANTANA, S.S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L.M. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NAS UNIDADES DE NEFROLOGIA. **Revista Científica do Itpac**, Araguaína, v. 6, n. 3, p.1-11, 5 jul. 2013. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

SESSO, R. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.30, n.4, p. 233-238. nov. 2008.

- SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.476-481, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0476.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2016.
- SILVA, A. S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p.01-08, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.
- SILVA, R.S.; SANTOS, M.H.E.R. Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro. **Nursing**, São Paulo v. 26, n. 12, p-435-442, 2009.
- SIMÕES, J. C. Síndrome do luto. **Revista Médico Residente**, Curitiba, v. 16, n. 2, p.122-126, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/598/583>>. Acesso em: 06 set. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (Brasil). **Hemodiálise**: o paciente que faz hemodiálise pode viajar? Disponível em: <<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em: 07 set. 2016.
- SOUZA, A. M. et al. Transplante renal: vivência de homens em hemodiálise inscritos na lista de espera. **Rev Rene.**, Minas Gerais, v. 1, n. 16, p.11-20, jan./fev. 2015.
- STEVENS, L. A. et al. Prevalence of CKD and comorbid illness in elderly patients in the United States: results from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). **American Journal Of Kidney Diseases**, Boston, v. 55, n. 33, p. 23-33, march. 2010. Disponível em: <[http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(09\)01457-7/pdf](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(09)01457-7/pdf)>. Acesso em: 02 set. 2016.
- TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 17, n. 11, p.2923-2930, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2016
- TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Minas Gerais, v. 8, n. 4, p. 306-310, jun. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
- ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. S. Perfil Socioeconômico dos Pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, p. 192-199, ago. 2008. Disponível em: <[www.jbn.org.br/export-pdf/57/30-03-05.pdf](http://www.jbn.org.br/export-pdf/57/30-03-05.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2016.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**PERCEPÇÕES DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM DIÁLISE AGUARDANDO  
O TRANSPLANTE RENAL**

**ESCLARECIMENTO DA PESQUISA**

Esta pesquisa tem como objetivo: descrever as percepções dos pacientes renais crônicos sobre o transplante renal, analisando as implicações dessas para o seu cotidiano. Convidamos você a participar da pesquisa respondendo a um conjunto de perguntas sobre a temática referida, em forma de entrevista, que será gravada em MP3, se você autorizar, para a melhor captação das respostas. Caso contrário, suas respostas serão registradas por escrito em um caderno. Ressaltamos a garantia que você receberá todos os esclarecimentos sobre as perguntas contidas no formulário em todo o percurso da entrevista. Entretanto, se não souber alguma pergunta ou se alguma delas lhe provocar constrangimento, você é livre para não responde-la. As informações obtidas têm como única finalidade o estudo e os resultados obtidos serão descritos de forma geral e não individual, onde não será divulgada qualquer informação que possa identificá-lo, garantindo o sigilo das informações. Nenhum procedimento que traga desconforto ou risco a sua vida será realizado nesta pesquisa. Esta pesquisa possui riscos mínimos, risco de quebra da confidencialidade e privacidade dos voluntários, desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor dos questionamentos, que poderão ser minimizados ou excluídos com a interrupção da entrevista, a qualquer momento que o Sr.(a) desejar, sendo todo áudio gravado apagado e/ou anotado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação. Você não terá nenhuma despesa no decorrer da pesquisa e não haverá nenhuma remuneração por sua participação. Os dados obtidos serão preservados por cinco anos e depois descartados. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos seus direitos poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof<sup>o</sup> Msc. Esleane Vilela Vasconcelos.

\_\_\_\_\_  
Msc. Esleane Vilela Vasconcelos  
Pesquisador Principal da UFPA  
Cel:98149-8268

\_\_\_\_\_  
Adriana Alves e Laís Oliveira  
Graduandas da UFPA  
Cel:982021585

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo em questão. Autorizo a gravação da entrevista, ficando claro para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que a minha participação não tem despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Autorizo a divulgação dos dados em eventos e publicações e concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

RG: \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

**APÊNDICE B - Roteiro De Entrevista****PARTE I – DADOS SOCIOCULTURAIS****Idade:** \_\_\_\_\_**Sexo:** ( ) Masculino; ( ) Feminino.**Naturalidade:** \_\_\_\_\_**Procedência:** \_\_\_\_\_**Estado Civil:** ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União estável ( ) Solteiro**Número de filhos:** ( )**Escolaridade:** ( ) Fundamental incompleto; ( ) Fundamental completo; ( ) Ensino médio incompleto; ( ) Ensino médio completo; ( ) Superior incompleto; ( ) Superior completo;**Situação empregatória:** ( ) Autônomo; ( ) Funcionário concursado; ( ) Funcionário temporário; ( ) Outro: \_\_\_\_\_**Renda mensal:** ( ) Salário(s) mínimo(s);**Religião:** ( ) Protestante; ( ) Católica; ( ) Espírita; ( ) Testemunhas de Jeová; ( ) Adventista; ( ) Candomblé; ( ) Umbanda; ( ) Outros: \_\_\_\_\_**PARTE II- ENTREVISTA**

- 1) **Descreva sua reação diante do diagnóstico de DRC e da necessidade de se submeter à diálise.**
- 2) **O que mudou em sua rotina com o adoecimento e as com as sessões de diálise?**
- 3) **O que você entende pelo transplante renal e o que isso representa para você?**
- 4) **Como se sente enquanto aguarda o transplante renal?**

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de ética

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



### PARECER DO COLEGIADO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM DIÁLISE AGUARDANDO O TRANSPLANTE RENAL

**Pesquisador:** ESLEANE VILELA VASCONCELOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50273615.4.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.389.678

#### Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa tem como objetivo apresentar as percepções dos pacientes com diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) sobre o transplante renal, analisando as suas implicações no seu cotidiano. A DRC é evidenciada como um grave problema de saúde pública que atinge negativamente a qualidade e expectativa de vida dos indivíduos diagnosticados por ela. O transplante renal é a modalidade mais efetuada no país, por outro lado, com o alto volume de casos da doença conseqüentemente o tempo de espera na fila pelo transplante permanece longo. Portanto, para nortear a pesquisa traçou-se o seguinte questionamento: qual a percepção dos pacientes renais crônicos sobre o transplante renal? Para respondê-la foi elaborado o seguinte objetivo: descrever as percepções dos pacientes renais crônicos sobre o transplante renal, analisando as implicações dessas para o seu cotidiano. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados será utilizada a entrevista semiestruturada, no qual o estudo será representado através de amostra por conveniência com pacientes renais crônicos em diálise no setor de hemodiálise do Hospital Ophir Loyola em Belém do Pará até que seja atingida a saturação. Para análise dos dados será utilizado análise de conteúdo de Bardin. Dessa forma, esse trabalho tem grande relevância para enfermeiros e acadêmicos, permitindo-os ampliar a visão a respeito das percepções do paciente enquanto aguarda pelo transplante renal e como conseqüência promover a

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

## ANEXO B – Parecer do Comitê de ética

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.389.678

potencialização dos seus cuidados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Descrever as percepções dos pacientes renais crônicos sobre o transplante renal, analisando as implicações dessas para o seu cotidiano.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

De acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, estabelecida pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa atende aos requisitos de benefícios que envolvem “proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa” quando permite ao paciente renal crônico expor sua percepção durante o tratamento dialítico

aguardando o transplante renal. Os sentimentos transmitidos por eles geram a possibilidade de compreendê-los melhor, respeitando e compreendendo suas limitações sem oferecer risco de danos físico, psíquico, moral, intelectual, social ou cultural, como é definido pela Resolução. Entretanto a pesquisa apresenta o risco mínimo de quebra de anonimato, porém as autoras cuidarão para que as informações colhidas permaneçam em sigilo e serão garantidos os direitos dos participantes em desistir a qualquer momento sendo todo material apagado ou devolvido.

Benefícios:

Como benefícios permite ampliar a visão a respeito das percepções do paciente enquanto aguarda pelo transplante renal e como consequência promover a potencialização dos seus cuidados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
 Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

## ANEXO C – Parecer do Comitê de ética

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.389.678

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579860.pdf	15/09/2015 15:21:43		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAss.pdf	15/09/2015 15:21:05	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	OnusHOL.pdf	15/09/2015 15:20:22	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	OnusUFPA.pdf	15/09/2015 15:18:42	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	IniciacaoPesquisa.pdf	15/09/2015 15:18:27	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	15/09/2015 15:18:01	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	DeclaracaoOphir.pdf	15/09/2015 15:17:32	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	CompromissoPesquisador.pdf	15/09/2015 15:16:46	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	AceiteOrientador.pdf	15/09/2015 15:16:24	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOAtual.docx	27/08/2015 10:35:56	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/08/2015 10:35:32	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito

**Situação do**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 18 de Janeiro de 2016

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br