



REVISTA ELETRÔNICA

Acervo MÉDICO

ISSN 2764-0485

Percepção do portador de Doença Renal Crônica retornando à hemodiálise após perda do enxerto renal

Perception of Chronic Kidney Disease patients returning to hemodialysis after kidney graft loss

Percepción de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que regresan a hemodiálisis después de la pérdida del injerto renal

Giovanna Villar dos Santos¹, Amanda da Cunha Scarso¹, Juliana Furlan Ravagnani¹, Aline Scharr Rodrigues¹, Aline Marques Perez da Rocha¹, Maria Alice Santana Milagres¹, Marcelo Bueno dos Santos¹, Nathalia Carbinatti Franzini¹, Valéria Dulce Cressoni¹, Clarice Santana Milagres¹.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção dos pacientes que retomaram à hemodiálise após a perda do enxerto renal.

Métodos: Estudo descritivo qualitativo, utilizando instrumento com questões norteadoras e cujas respostas foram analisadas segundo a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Amostra composta por oito sujeitos com idades entre 29-74 anos, sendo cinco homens e três mulheres. Dois participantes haviam realizado dois transplantes renais. O tempo médio de retorno dos pacientes ao tratamento hemodialítico após a perda do enxerto variou de dois meses a 14 anos. As categorias de discurso analisadas foram: “Vivenciando o Transplante Renal”, “Vivenciando a Hemodiálise”, “Perspectivas sobre o Transplante Renal” e “A comunicação e atuação dos profissionais como instrumento de cuidado e escolha do tratamento”. **Considerações finais:** O retorno a terapia dialítica pós transplante renal pode gerar sofrimento e expectativas aos pacientes. Logo, reconhecer e compreender as dificuldades enfrentadas pelos pacientes, assim como possuir uma equipe multiprofissional envolvida no processo de mudança e retorno à terapia dialítica é importante para promover a busca pelo bem-estar e satisfação no retorno a hemodiálise após perda do enxerto renal.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica, Transplante renal, Rejeição de enxerto, Enfermagem em nefrologia, Doença Renal Crônica.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of patients who have resumed hemodialysis after losing their kidney graft. **Métodos:** This was a qualitative descriptive field study, using an instrument with guiding questions whose answers were analyzed according to Bardin's content analysis. **Results:** The sample consisted of eight subjects aged between 29 and 74, five men and three women. Two participants had undergone two transplants each. The time taken for patients to return to hemodialysis treatment after graft loss ranged from 2 months to 14 years. The categories of discourse analyzed were: “Experiencing Renal Transplantation”, “Experiencing Hemodialysis”, “Perspectives on Renal Transplantation” and “Communication and the work of professionals as an instrument of care and choice of treatment”. **Final**

¹ Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic (SLMA), Araras - SP.

considerations: The return to dialysis therapy after kidney transplantation can generate suffering and expectations for patients, so recognizing and understanding the difficulties faced by patients, as well as having a multi-professional team involved in the process of change and return to dialysis therapy is important to promote the search for well-being and satisfaction in the return to hemodialysis after the loss of the kidney graft.

Keywords: Chronic Renal Failure, Renal transplantation, Graft rejection, Nephrology nursing, Chronic Kidney Disease.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de los pacientes que han retomado la hemodiálisis tras perder el injerto renal. **Métodos:** Se trató de un estudio de campo descriptivo cualitativo, en el que se utilizó un instrumento con preguntas orientadoras cuyas respuestas se analizaron según el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** La muestra estuvo formada por ocho sujetos de edades comprendidas entre los 29 y los 74 años, cinco hombres y tres mujeres. Dos participantes se habían sometido a dos trasplantes cada uno. El tiempo que tardaron los pacientes en volver al tratamiento de hemodiálisis tras la pérdida del injerto osciló entre 2 meses y 14 años. Las categorías de discurso analizadas fueron: «Vivir el trasplante de riñón», «Vivir la hemodiálisis», «Perspectivas sobre el trasplante de riñón» y «La comunicación y la labor de los profesionales como instrumento de atención y elección de tratamiento». **Consideraciones finales:** La vuelta a la terapia de diálisis tras el trasplante renal puede generar sufrimiento y expectativas en los pacientes, por lo que reconocer y comprender las dificultades a las que se enfrentan los pacientes, así como contar con un equipo multiprofesional implicado en el proceso de cambio y vuelta a la terapia de diálisis, es importante para promover la búsqueda del bienestar y la satisfacción en la vuelta a la hemodiálisis tras la pérdida del injerto renal.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante renal, Rechazo de injertos, Enfermería nefrológica, Enfermedad Renal Crónica.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população, associado a alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), trazem consigo o aumento expressivo e progressivo nos casos de Doença Renal Crônica (DRC). Dados do Censo Brasileiro de Diálise demonstram taxas crescentes de incidência e prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva (TRS) ao longo dos últimos anos (NEVES PDMM, et al., 2021; NEVES PDMM, et al., 2020).

Segundo Neves PDMM et al. (2021) dentre os tratamentos disponíveis para DRC, a hemodiálise (HD) é o método com maior adesão no país, adotado por aproximadamente 92% dos pacientes em TRS. Ademais, há uma fila de espera estimada de 29.545 pacientes aguardando o transplante renal. Ressalta-se que a adesão a TRS é um processo complexo que envolve aspectos relacionados à saúde, vida social, econômica e emocional dos portadores de DRC (NEVES PDMM, et al., 2021; NEVES PDMM, et al., 2020; RAVAGNANI JF, et al., 2021; LEITE MM e FLORES AMN, 2024)

Dentre as modalidades de TRS, o transplante renal é aquele capaz de proporcionar ao paciente com DRC a sensação de independência sobre o próprio tratamento. Visto como uma alternativa para melhorar as condições de saúde e de vida, esta modalidade de tratamento consiste na implantação cirúrgica de um rim saudável no portador de DRC, órgão este proveniente de doador vivo ou falecido (CARNEIRO RL, et al., 2021; GUSUKUMA LW, et al., 2014).

A independência trazida pelo transplante renal apesar de benéfica, traz consigo necessidade de cuidado contínuo, como a utilização sistemática de imunossupressores para reduzir as chances de rejeição do enxerto, além da regularidade no acompanhamento médico e multiprofissional especializado (RAVAGNANI JF, et al., 2021). Vale mencionar que existe a possibilidade de insucesso no transplante,

assim como o longo tempo de espera para sua realização, levando a quadros de insatisfação, dúvidas, decepção e insegurança (LEITE MM e FLORES AMN, 2024; CARNEIRO RL, et al., 2021). Sendo assim, os candidatos ao transplante renal devem ser orientados previamente sobre as possíveis intercorrências intra e pós transplante, uma vez que a possibilidade da perda do enxerto potencializa a geração de conflitos, sentimentos negativos, além do receio de voltar à hemodiálise.

Essa incerteza, muitas vezes é associada às restrições dietéticas e hídricas, limitações e dependência de terceiros para realizar o tratamento, além do sofrimento ao retornar ao tratamento dialítico (PESSINI, et al., 2024). O enfrentamento da DRC, bem como da perda do enxerto renal e o retorno à hemodiálise envolvem a criação de vínculos e cuidados prestados durante o convívio social e durante as contínuas sessões de HD.

A identificação do significado do transplante renal para o paciente nesta terapia renal substitutiva proporciona uma abordagem de cuidado pela equipe multiprofissional, capaz de esclarecer as dúvidas e motivar os pacientes na escolha do melhor tratamento (DA COSTA N, et al., 2024). Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos pacientes que já realizaram o transplante renal e que retomaram o tratamento hemodialítico após a perda do enxerto renal. Para tal, foi proposta a seguinte questão de pesquisa: os pacientes compreendem que o transplante renal é um tratamento e não uma cura?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza prática e abordagem qualitativa, realizado com pacientes em hemodiálise. A coleta de dados foi realizada no setor de Nefrologia de um município do interior do estado de São Paulo, que atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que possui capacidade para atendimento de aproximadamente 200 usuários entre os turnos de realização das terapias dialíticas.

Participaram da pesquisa pacientes que retornaram a TRS do tipo hemodiálise após a perda do enxerto renal e que aceitaram responder às questões norteadoras após esclarecimentos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de inclusão foram selecionados aqueles com idade igual ou superior a 18 anos, que concordassem com a gravação das entrevistas e divulgação dos dados para finalidade científica do trabalho, estarem com suas faculdades mentais preservadas, não apresentarem dificuldades de comunicação verbal e estarem vinculados a este serviço de nefrologia.

A amostra foi composta por oito sujeitos de pesquisa, identificados com a DRC e perda do enxerto renal em hemodiálise. Para o primeiro encontro houve o reconhecimento do público-alvo, no qual os pacientes foram convidados individualmente a participar da presente pesquisa, de forma anônima e respaldados ao direito de abandoná-la em qualquer momento sem quaisquer prejuízos aos mesmos. O instrumento de pesquisa buscou caracterizar a amostra, através de questões norteadoras sobre os significados do transplante renal e da hemodiálise, as expectativas sobre o transplante renal e a importância da equipe multiprofissional nesse processo.

Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro com questões semiestruturadas no qual foi devidamente gravado. A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2021. A metodologia proposta foi a categorização, inserida na análise de conteúdo que emprega a representatividade. Para as três etapas da categorização da análise de conteúdo foram observadas: 1) pré-análise com escolha dos documentos a serem analisados, sistematização de hipóteses e ideias iniciais e criação de categorias de análise; 2) exploração para a classificação e categorização do material e; 3) tratamento e interpretação dos resultados obtidos (BARDIN L, 1977; BARDIN L, 2011).

Todas as falas foram seguidas do número correspondente à entrevista – por exemplo, à primeira entrevista foi designado o código P1. Os dados obtidos na transcrição das entrevistas foram analisados como auxílio do software QSR NVivo 11, versão Windows 19, para empregar a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN L, 1977; BARDIN L, 2011).

O programa utilizado permitiu cruzar informações, codificar dados e gerenciar informações, assim como ajudou na montagem das categorias temáticas. Corroborado pela literatura especializada acerca da perda ou rejeição do transplante renal, alguns dados foram elencados para caracterizar a amostra, como: idade, sexo e informações clínicas relevantes (tempo de espera na fila para transplante de rim, tempo entre a cirurgia e a rejeição do órgão, tempo de realização de hemodiálise após perda do enxerto). Esta pesquisa foi aprovada sob o parecer nº 4.538.596 e CAAE nº 40988820.4.0000.5385.

RESULTADOS

Participaram deste estudo oito pacientes com idade entre 29 e 74 anos, dos quais cinco homens e três mulheres. Em relação ao tipo de doador, sete receberam enxerto de doador vivo e três de doador falecido. Dois participantes (P1, 40 anos e P6, 29 anos) já haviam realizado dois transplantes. O tempo de espera em fila de transplante variou de um mês (P2, 32 anos) há cinco anos (P1, 40 anos), com média de aproximadamente 22 meses de espera.

O tempo entre a cirurgia e a rejeição do enxerto foi de 12 dias (P4, 74 anos) à 11 anos e dois meses (P5, 67 anos), com média de cinco anos e seis meses. O tempo mínimo de retorno ao tratamento hemodialítico após a perda do enxerto foi de dois meses (P1, 40 anos) e máximo de 14 anos (P3, 67 anos e P7, 46 anos), com média de cinco anos e cinco meses.

Figura 1-



Fonte: Santos GV, et al., 2024.

A partir da metodologia utilizada, foram criadas quatro categorias: “Vivenciando o Transplante Renal”, “Vivenciando a Hemodiálise”, “Perspectivas Sobre o Transplante Renal” e “A comunicação e atuação dos profissionais como instrumento de cuidado e escolha do tratamento”.

Vivenciando o Transplante Renal

Dos entrevistados, três responderam que o transplante renal é um tratamento, enquanto cinco acreditavam que seria a cura para a doença.

“Não tem cura, não adianta, só melhora com tempo indeterminado, porque você não sabe quanto tempo o transplante vai durar” (P2, 32 anos).

“Esperava ter uma vida normal, eu achava que ia ser a cura da doença” (P3, 67 anos).

“Eu achava que eu ia ficar boa com o transplante, que ia ser a cura” (P4, 74 anos).

“Sabia que não era a cura, mas achava que o transplante iria durar um certo tempo pelo menos, foram 18 meses tristes, não é fácil não, pós transplante é complicado” (P7, 46 anos).

“Achava que ia ser a cura, mas sabia que não ia ser pra sempre, a gente escuta os outros pacientes falando que não dura muito tempo, com o tempo o rim para mesmo” (P8, 68 anos).

A efetivação do transplante implica em mudanças, bem como adaptações para a realização de atividades cotidianas e sociais:

“Eu sempre fui muito cuidadoso. Depois no fim que eu comecei a ficar ruim, comecei a tomar uma cerveja, a comer uma coisa e outra, o rim já estava morrendo/pifando”. (P5, 67 anos).

O paciente que vivência o transplante precisa se adaptar a uma nova rotina de cuidados, o que pode gerar desconforto. O uso dos imunossupressores é a uma das principais mudanças que promove esse sentimento, como podemos ver nas falas dos entrevistados:

“No meu caso a compatibilidade deu só 25%, então tive que tomar muitos remédios para evitar a perda do transplante” (P5, 67 anos).

“Tomei bastante medicação, tive que ir para o hospital várias vezes” (P7, 46 anos).

“Tomava bastante medicamento, principalmente no começo, depois vai cortando alguns. Tinha dia que tomava 10 medicamentos” (P8, 68 anos).

O transplante renal inclui esquemas de imunossupressores com objetivo principal de evitar a rejeição do enxerto. Contudo, mesmo sendo necessário a utilização de medicamentos pode não ser bem aceita pelos transplantados, uma vez que possuem potencial de acarretar efeitos indesejáveis (GOMES RM, et al., 2024; ROCHA HC, et al., 2018).

“Depois que eu fiz o transplante, eles me falaram que poderia ter tipos de câncer e outras doenças. Eu tive câncer de pele, tive que operar das duas vistas porque deu catarata. Agora eu tenho um acompanhamento de três em três meses por causa do glaucoma, mas está melhor porque não estou mais usando o imunossupressor, que deixa suscetível a muitas doenças” (P5, 67 anos).

Uma queixa comum observada foi o tempo dispendido em idas e vindas ao hospital, uma vez que o transplante muitas vezes transmite uma falsa expectativa ao paciente de estar livre do ambiente hospitalar e, apesar das visitas médicas diminuírem conforme o tempo de transplante, as consultas de acompanhamento podem se mostrar como um fator estressante (OLIVEIRA GL e SILVA CLL, 2023):

“O transplante é um tratamento, porque a gente nunca sai do ambiente do hospital. Eu falo com experiência, que a hemodiálise é menos cansativa que o transplante” (P1, 40 anos).

“Durante o primeiro mês eu ia duas vezes por semana no hospital, no segundo mês uma vez por semana, no terceiro mês a cada 15 dias, depois do quarto mês em diante foi diminuindo a frequência, mas era muito cansativo, ia de madrugada e chegava de noite em casa, ficava praticamente 12 horas lá direto” (P5, 67 anos).

“Tem que ir para o hospital várias vezes, no primeiro mês tem que ir duas vezes por semana pra fazer os exames, e à medida que você vai fazendo os exames e dá tudo certo, vai diminuindo a frequência. Mas, no meu caso, desde o começo o resultado da minha creatinina era alterado, já sabia que mais cedo ou mais tarde ia voltar para hemodiálise, nunca foi um transplante bem-sucedido. Eu

não gostava de ir de ambulância porque passava mal, quando vai de ambulância sai de madrugada, o transporte leva várias pessoas para fazer o acompanhamento em vários hospitais. Então, eu ia de condução própria, gastava muito com combustível, pedágio e alimentação” (P7, 46 anos).

Embora promissor na melhoria da qualidade de vida do paciente, o sucesso do transplante renal é dependente de alguns fatores que podem comprometer os resultados dessa terapia. No entanto, alguns pacientes mesmo após a perda do enxerto ainda reportaram benefícios desta terapia.

“O transplante quando dá certo é bom, mas no meu caso foi difícil” (P4, 74 anos).

“Se é bom ser transplantado, claro que é! Quando dá tudo certinho, porque você vai nas consultas de três em três meses. Mas no meu caso foi muito mais cansativo do que a hemodiálise, mas sempre valia a pena” (P1, 40 anos).

“Pra mim foi difícil o pós transplante, mas quando faz o transplante e é bem-sucedido é uma maravilha, dura entre 5 a 10 anos é ótimo” (P7, 46 anos).

Vivenciando a Hemodiálise

Dos entrevistados, cinco relataram preferir a HD ao transplante, dois disseram que o transplante é o melhor tratamento. Apenas um entrevistado especificou preferir a hemodiálise ao transplante sem sucesso. A adesão ao tratamento hemodialítico após perda do enxerto renal demonstrou ser um processo difícil, no qual os entrevistados reagiram de maneiras diferentes frente ao tratamento:

“Tem o lado bom e o lado ruim, tem paciente que fica melhor no transplante, outros na hemodiálise.

Mas pra mim é a máquina que eu fico melhor” (P1, 40 anos).

“O transplante é bem melhor, porque tem liberdade, de ir viajar, na hemodiálise fico preso na minha cidade e dependo de tanta coisa pra conseguir viajar” (P2, 32 anos).

“Estou lutando para conseguir outro transplante” (P4, 74 anos).

“Acho bom, gosto daqui, prefiro a hemodiálise em relação ao transplante” (P6, 29 anos).

“A hemodiálise é melhor que o transplante, o tratamento é muito eficaz e me sinto à vontade, não tenho queixa nenhuma” (P5, 67 anos).

Observa-se que houve diferentes formas de enfrentar a perda do enxerto renal, onde a hemodiálise foi tida como aliada na busca de uma melhor qualidade de vida e não punição por falhas nos cuidados que deveriam ter sido realizados. Observando as falas, percebe-se que a experiência da hemodiálise é aceita pelos entrevistados.

“A hemodiálise é uma segunda chance, porque se não fosse as máquinas eu nem estaria mais aqui, não tem como viver sem esse tratamento” (P2, 32 anos).

“Eu acho bom a hemodiálise porque é o jeito que eu tenho para viver” (P4, 74 anos).

A hemodiálise pode gerar obstáculos emocionais, como o medo da morte, proveniente da insegurança e incertezas sobre o futuro (PRATES DS, et al., 2016). Algumas das falas abaixo traduzem parte destes obstáculos vivenciados:

“Um dia eu estava fazendo hemodiálise, chegou uma médica de outro setor, e perguntou para a técnica de enfermagem qual o tempo de vida de um renal crônico, ela respondeu 10 anos, e naquele ano ia fazer 10 anos que eu estava

em tratamento, aquilo me matou, eu fiz de tudo pra conseguir o transplante e ficar mais um tempo (viva)” (P1, 40 anos).

“A hemodiálise é melhor que o transplante, mas eu estou tentando um transplante de novo, hoje eu tenho mais experiência. A hemodiálise tem prazo de validade, eu estive pesquisando sobre isso, em 5 anos fazendo hemodiálise você vai ter vida normal/quase normal, depois de cinco anos as coisas começam a ficar complicadas, precisa tomar mais remédio, varia muito de pessoa pra pessoa, tem uns que fica 30 anos fazendo hemodiálise e tem outros que não, máximo 10 anos” (P5, 67 anos).

Alguns pacientes demonstraram conformismo com o retorno às sessões de hemodiálise e elencaram as características desfavoráveis dessa TRS, como a frequência e o tempo gasto em cada sessão, mas acabaram se acostumando e assentindo as condições desse tratamento (SANTOS LC, et al., 2023).

“Não é que eu não gosto da hemodiálise, mas fico amarrado, três vezes por semana durante 4 horas, mas graças a Deus eu não passo mal” (P7, 46 anos).

“Voltei para diálise mais de quatro anos já. Acho a hemodiálise boa, já acostumei vir três vezes na semana, bastante tempo que eu já faço. Pensava que a hemodiálise era rapidinho, mas agora já me acostumei” (P8, 68 anos).

Perspectivas sobre o transplante renal

Dois entrevistados demonstraram que não tem o interesse em ser transplantados novamente, enquanto os demais desejam um novo transplante e, destes, um deles demonstrou indecisão ao responder inicialmente à pergunta quando entrevistado. Contudo, ao lembrar a sensação de receber a notícia de um transplante e por considerar um tratamento menos agressivo, disse que faria novamente. Outro entrevistado deste grupo, apesar de desejar um novo transplante, evidenciou que para isso existe a condição do êxito no transplante:

“Hoje eu não faria, eu não sei... se alguém ligasse agora e falasse que tem um transplante ótimo pra mim eu ia, eu acho que iria sim, mesmo dolorida, porque eu não sou de recuar, eu estava falando que não faria outro transplante, mas na hora que pensei no telefone tocando eu não consigo falar não, porque acredito que a agressão no meu organismo é menor, eu vou ingerir remédios, mas não vou ter uma máquina, que é uma benção na minha vida, mas ela não sabe o que é pra tirar de verdade, tira tudo, então eu estou sempre precisando de alguma coisa ou é remédio ou é o sangue, então eu faria sim (o transplante)” (P1, 40 anos).

“O transplante é uma coisa muito boa, logicamente, só que se tiver que ser na máquina vai ser. Até hoje só me chamaram uma vez para o transplante, mas eu crio expectativa obviamente, mas enquanto não me chamam de novo, eu fico na máquina, fazer o que?!” (P2, 32 anos).

“Eu até faria outro transplante, mas agora é mais difícil, eu tenho anticorpos, meu painel é muito alto, dificilmente eu vou fazer” (P3, 67 anos).

“Nem penso em fazer transplante, tenho medo de tudo. Na época do transplante, por causa da idade, não tive escolha sobre o tipo de tratamento. Mas hoje não faria” (P6, 29 anos).

“Gostei (do transplante), mas não tenho vontade mais, dá muito trabalho, deixa para outra pessoa” (P8, 68 anos).

A espera por um transplante é um processo geralmente longo, que pode gerar expectativas inalcançáveis, além de comprometer a esperança e a fé que os pacientes criam a respeito desse tratamento. (LEIMIG, MBC et al. 2018)

“Meu corpo e meu psicológico precisam de um tempo do transplante, era pra eu entrar na fila do transplante antes de perder o último rim. Mas estou com trauma de cirurgia, minha carne está cansada de tanta dor, quero dar um tempo pra mim” (P1, 40 anos).

O receio de um futuro transplante está relacionado à possibilidade de insucesso e a quantidade de procedimentos aos quais os pacientes já foram submetidos. A experiência da rejeição do transplante renal influencia diretamente na esperança de um futuro transplante, uma vez que os pacientes carregam consigo as vivências positivas e negativas, as quais vão motivar na escolha do tratamento (PRATES DS, et al., 2016).

“Eu vejo o transplante como uma coisa muito boa, mas eu percebo que muitas pessoas desistem porque não sabem quanto tempo vai durar, pode ser 1 mês, 2 anos... as pessoas têm medo porque acham que é melhor ficar preso em uma máquina do que fazer um transplante e daqui dois, três meses perder o rim” (P2, 32 anos).

Comunicação e atuação dos profissionais como instrumento de cuidado e escolha do tratamento

Quando questionados sobre quais profissionais explicaram sobre os tratamentos dialíticos e os acompanharam durante tal escolha, seis relataram que foram os médicos, dois entrevistados citaram o assistente social, um referiu que não obteve auxílio profissional (NASCIMENTO FER, et al., 2020)

“A enfermagem não esclareceu sobre nenhum tratamento, sempre os médicos” (P1, 40 anos).

“Quem auxiliou na escolha do tratamento foi mais o médico, que estava o tempo todo comigo nas consultas” (P2, 32 anos).

“A assistente social e o médico explicaram sobre os tratamentos, mas não lembro do enfermeiro” (P3, 67 anos).

“O médico explicou sobre os tratamentos, nenhum enfermeiro explicou, foi o médico mesmo” (P4, 74 anos).

“A assistente social explicou que o transplante era um tratamento” (P5, 67 anos).

“Foram só profissionais médicos que me ajudaram na escolha do tratamento” (P6, 29 anos). “Não tive suporte de nenhum profissional” (P7, 46 anos).

“Eram mais os médicos que estavam sempre conversando e explicando sobre os tratamentos” (P8, 68 anos).

Considerando o apoio de uma equipe multidisciplinar fundamental para minimizar as dificuldades que os pacientes enfrentam durante os tratamentos para DRC (BITENCOURT AC e DOS REIS SM, 2024). Puderam ser observadas os seguintes relatos:

“Antes de fazer o transplante ninguém me explicou sobre as medicações, eu acho que foi um grande erro, acho muito importante a pessoa ir lá, sabendo o que vai enfrentar, porque depois que a pessoa sai de lá é um sufoco. Os enfermeiros muito mal-educados, tratavam a gente como indigentes. Os médicos cada um falava uma coisa, ficavam estudando a gente, e a gente ficava como se fosse uma cobaia (P5, 67 anos).”

“Antes do transplante eu tinha o acompanhamento dos profissionais da hemodiálise, mas depois do transplante eu estava sozinho” (P7, 46 anos).

DISCUSSÃO

O transplante renal é um dos tratamentos para a disfunção renal, buscando melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de complicações, sendo considerada a melhor alternativa para o indivíduo com DRC. Os benefícios desta terapia são de cunho social, econômico e clínico, pois o transplante renal busca libertar o paciente da rotina do tratamento hemodialítico, permitindo o retorno à vida cotidiana, rotina social, familiar, afetiva e psicossocial mais próximas da normalidade.

Pode permitir ainda reintegração do portador no convívio social, o retorno às práticas laborais, além de melhorar a condição física e mental. Contudo, a perda do enxerto e a dependência de uma máquina para realização da HD, o transplante renal parece ser um desejo constante pelos portadores de DRC, que ao acreditar em seu sucesso e eventual “cura” da doença possam sofrer ao retornarem às demais terapias dialíticas (FLORES ES, et al., 2021; ROCHA FL, et al., 2021; SANTOS FGT, et al., 2021).

Embora considerada uma importante terapia para DRC, a realização do transplante não significa a cura da doença renal, mas uma nova perspectiva de tratamento e vida, que incluirá acompanhamentos de seguimento contínuos com a equipe médica e multidisciplinar, uso de medicação imunossupressora, além da adesão a um plano de cuidados rigoroso com objetivo de manter a saúde do indivíduo e o enxerto renal.

O alcance de bons resultados para o transplante requer, portanto, disciplina e comprometimento por parte dos pacientes, que necessitam seguir as orientações repassadas durante todo o processo de educação em saúde pelos profissionais envolvidos, que implica, inclusive, em mudanças de estilos de vida (DA COSTA N, et al. 2024; FLORES ES, et al., 2021). A realização do transplante, bem como suas implicações podem ser vivenciadas de forma estressante ou simples pelos indivíduos.

A percepção daqueles que possuem limitadas informações sobre as complicações e são acometidos pela rejeição do transplante renal, tornam sua expectativa frente a terapia decepcionante, como observado no presente estudo. Destaca-se que o transplante carrega consigo a ideia de liberdade do paciente em relação à máquina. Contudo, muitos destes pacientes também acreditam estar libertos da condição crônica da doença. Reconhecer os riscos e benefícios desta modalidade de TRS empodera o paciente, tornando-o protagonista da sua condição clínica (DA COSTA N, et al. 2024; SANTOS, ALJ., et al. 2024).

De acordo com alguns autores, o retorno à HD para aqueles que já vivenciaram o transplante renal requer, portanto, adaptação e planejamento de cuidados de saúde focados na individualidade do doente renal (DE SOUZA LR, et al., 2024; SHI Y, et al., 2021). Esta modalidade de TRS, assim como apresentado nas falas do presente estudo, mostrou ser um tratamento complexo, restritivo e fazendo o paciente dependente de uma máquina, no qual se veem obrigados a reorganizar suas vidas devido ao compromisso exigido pela terapia dialítica. Tais fatos geram obstáculos emocionais, como o medo da morte, provenientes da insegurança e incerteza sobre a qualidade de vida e saúde no futuro.

Ademais, aqueles que possuem reduzido conhecimento sobre as terapias renais também apresentam preocupações sobre o tempo de sobrevida (SANTOS LC, et al., 2023). A necessidade de realizar as sessões de HD, em sua maioria três vezes na semana, gera desgastes aos pacientes, tornando suas rotinas cansativas e limitantes. A busca pelo bem-estar e satisfação dos pacientes que retornam ao tratamento hemodialítico após a perda do enxerto renal abrange a superação dos limites desse tratamento, não restringindo apenas aos cuidados específicos da DRC, mas fundamentada em um cuidado integral de saúde física mensurados e verificados por cuidados clínicos e de saúde mental, analisada pelo bem-estar e aceitação do tratamento pelo paciente (DA COSTA N, et al. 2024).

Se de um modo o transplante pode transmitir àqueles que foram submetidos ao procedimento de alta complexidade o medo do procedimento e a incerteza do resultado, por outro, também trouxe autonomia, esperança e oportunidade dos pacientes levarem uma vida independente de uma máquina (LEITE MM e FLORES AMN, 2024). Neste estudo, pode ser percebido (P2, 32 anos), que muitos pacientes desistem do transplante pela incerteza do tempo de sobrevida do enxerto.

Contudo, percebe-se na fala do portador a autonomia conquistada por meio desse tratamento, que se mostrou maior que os anseios (LOPES, RGC, et al., 2020; KUNZENDORFF, RC, et al., 2024). O enfrentamento das dificuldades advindas de cada modalidade de TRS pode ser facilitado com o apoio de uma equipe multiprofissional. Esse relacionamento faz-se indispensável por favorecer informações em saúde aos portadores da DRC, especialmente sobre autocuidado, readaptações às rotinas impostas pela HD, medicações diferentes àquelas prescritas quando transplantado, preparação física e emocional em relação à esta nova fase, dentre outras (RAVAGNANI JF, et al, 2021).

O trabalho de educação em saúde realizadas por tal equipe reconhece os principais desafios inerentes à condição do paciente portador de DRC, seja transplantado ou em tratamento hemodialítico, assim como seus anseios apresentados, e assim, ao compreender sua condição e cuidados necessários, orienta-o para que o tratamento possa ser traduzido numa melhor adesão (RAVAGNANI JF, et al, 2021). Logo, a educação em saúde faz-se necessária em todos os momentos do transplante, seja naqueles períodos de espera em lista, durante o período do transplante efetivo ou mesmo após a perda do mesmo.

O fornecimento de informações das condições geradas após o transplante é imprescindível para o enfrentamento das dificuldades, sendo assim a prática dos profissionais da saúde, pode garantir uma melhor qualidade de vida e permite que o paciente entenda exatamente o que esperar de um futuro transplante (KUNZENDORFF, RC, et al., 2024). Na presente pesquisa, os pacientes que relataram acompanhamento de um ou mais profissionais durante os tratamentos demonstraram que, apesar das dificuldades, o suporte profissional auxiliou durante o processo.

O entrevistado P5 (67 anos), ao relatar não ter sido assistido por nenhum profissional, evidenciou em sua fala a importância dessa orientação. Por fim, um terceiro mostrou a importância da assistência no transplante efetivo e a assistência profissional qualificada na preservação da saúde do paciente, no qual, antes do transplante ele possuía um acompanhamento pelos profissionais da hemodiálise, e, após transplantado, esse acompanhamento já não existia (BARBOSA, AS, et al., 2023).

Identificou-se a partir das entrevistas e análise dos dados, quatro categorias, que divididas em “vivenciando o transplante renal”, “vivenciando a hemodiálise”, “perspectivas sobre o transplante renal” e “a comunicação e atuação dos profissionais como instrumento de cuidado e escolha do tratamento”, puderam demonstrar as dificuldades enfrentadas por estes pacientes, assim como a compreensão acerca da importância da equipe envolvida neste processo mudança e retorno à HD. Os avanços no tratamento aliados à efetiva atuação destes profissionais capacitados em nefrologia são capazes de melhorar a qualidade de vida dos pacientes que retornam a essa terapia pela perda do transplante renal (RAVAGNANI JF, et al, 2021; PAIVA, CTC., et al., 2024).

No entanto, percebe-se que este estudo apresentou limitações especialmente devido à especificidade e complexidade da temática envolvendo a percepção dos pacientes que retomaram o tratamento hemodialítico após um período transplantado, além da escassez de pesquisas com essa população, remetendo assim a necessidade de novas pesquisas com objetivo de melhor orientar a atuação da equipe multiprofissional neste processo de readaptação ao tratamento hemodialítico. Sugere-se que em novos estudos possam ser ampliadas as discussões sobre as percepções destes pacientes e a interação com a equipe de saúde responsáveis por seus cuidados rotineiros em hemodiálise, contribuindo assim para a constante construção do conhecimento de todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

Conhecer a percepção dos pacientes que já realizaram o transplante renal e retomaram a terapia hemodialítica após a perda do enxerto renal constituiu o foco principal desta investigação. A partir da metodologia utilizada foram criadas quatro categorias: “Vivenciando o Transplante Renal”, “Vivenciando a Hemodiálise”, “Perspectivas Sobre o Transplante Renal” e “A comunicação e atuação dos profissionais como instrumento de cuidado e escolha do tratamento”, que juntas, puderam demonstrar as dificuldades enfrentadas por estes pacientes, assim como compreender a importância da equipe multiprofissional envolvida neste processo de mudança e retorno à hemodiálise. Portanto, salienta-se aqui a importância

da busca pelo bem-estar e satisfação dos pacientes que retornam à hemodiálise após perda do enxerto renal, além da superação dos limites desse tratamento.

REFERÊNCIA

1. BARBOSA AS, et al. Construção e validação de uma cartilha educativa com orientações de cuidados durante a hemodiálise. *Rev. Enferm.* 2023; 97(3).
2. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. SP: 2011; 70.
3. BARDIN L. *L'Analyse de contenu*. ed. Presses Universitaires de France, 1977.
4. BITENCOURT AC e DOS REIS SM. Adherence to treatment in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *HSJ.* 2024; 14(1).
5. CARNEIRO RL, et al. Protocolo de rastreio cognitivo na avaliação psicológica pré-transplante renal. *Rev. SBPH.* 2021; 24(2): 132-141.
6. DA COSTA N, et al. A espera do transplante renal: o enfrentamento do paciente em hemodiálise. *RECIMA21.* 2024; 5(1).
7. DE SOUZA LR, et al. Crenças, religião e espiritualidade da pessoa que vive com doença renal crônica. *J. nurs. health.* 2024; 14(1).
8. FLORES ES, et al. Terapias hemodialíticas e transplante renal: desafios e sentimentos vivenciados pelo paciente na fila de espera. *Revista Eletrônica Acervo Saúde,* 2021; 13(11): 8936.
9. GOMES RM, et al. Dezesesseis anos de transplante renal: uma coorte aberta no sistema único de saúde no Brasil. *JAFF,* 2024; 9(1).
10. GUSUKUMA LW, et al. Escore de avaliação de risco pré-transplante: metodologia e a importância das características socioeconômicas. *Braz J Nephrol.* 2014; 36(3): 339–51.
11. KUNZENDORFF RC, et al. Abordagens para a prevenção da progressão da doença renal crônica: uma revisão abrangente. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação.* 2024; 10(7): 2315–2323.
12. LEIMIG MBC, et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.* 2018; 16(1): 30-6.
13. LEITE MM e FLORES AMN. Pacientes renais crônicos em terapia renal substitutiva: nível de satisfação com o serviço ofertado na unidade de nefrologia da rede SUS. *REAS,* 2024; 24(5).
14. LOPES RGC, et al. Idosos com doença renal crônica: narrativas de vivências pós-transplante renal. *Revista Kairós-Gerontologia.* 2020; 23(4): 147–169.
15. NASCIMENTO FER, et al. O papel do serviço social na preparação dos candidatos ao transplante renal de um hospital terciário de Fortaleza/CE. *Rev Dial Acad.* 2020; 8(2): 7-11.
16. NEVES PDMM, et al. Censo Brasileiro De Diálise: Análise Dos Dados Da Década 2009-2018. *J. Bras. Nefrol.* 2020; 42(2): 191-200.
17. NEVES PDMM, et al. Inquérito Brasileiro de Diálise. *J. Bras. Nefrol.* 2021; 43(2): 217-227.
18. OLIVEIRA GL e SILVA CLL. Aspectos psicológicos e sociais que contribuem para dificuldade no acesso de pacientes renais crônicos ao transplante renal. *Pubsaúde.* 2023; 13: 438.
19. PAIVA CTC, et al. Estratégias de melhoria do estilo de vida de pacientes com doenças crônicas. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação.* 2024; 10(7): 1957–1969.
20. PESSINI PCG, et al. Análise da qualidade de vida em pacientes com terapia de substituição renal. *Braz.J. Implantol. Health Sci. [Internet].* 2024; 6(7): 2342-9.
21. PRATES DS, et al. Transplante Renal: Percepções De Pacientes Transplantados e Profissionais Da Saúde. *Rev. De Enferm.* 2016; 10(4): 1264-1272.
22. RAVAGNANI JF, et al. Práticas De Cuidados Multiprofissionais Em Pacientes Dialíticos No Ambiente Intra-Hospitalar. *Brazilian Journal Of Development,* 2021; 7(3): 35494-35516.
23. ROCHA FL, et al. Relationship Between Quality Of Life, Self-Steem And Depression In People After Kidney Transplantation. *Revista Brasileira De Enfermagem,* 2020; 73(1): E20180245.
24. ROCHA HC, et al. À espera do transplante renal: sentimentos e expectativas. *Revista Ciência, cuidado e saúde,* 2018; 17(4): 1-7.

25. SANTOS ALJ, et al. A atuação do enfermeiro na qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 2024; 10(6): 3852–3870.
26. SANTOS FGT, et al. Educational technology for people with chronic renal disease: construction and validation of content / Tecnologia educacional para pessoas com doença renal crônica: construção e validação de conteúdo. *R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]*. 2021; 13: 517-23.
27. SANTOS LC, et al. Adaptação dos pacientes renais crônicos ao tratamento de hemodiálise e os cuidados da enfermagem. *Rev. Contemp. [Internet]*. 2023; 3(6): 6666-92.
28. SHI Y, et al. Factors promoting shared decision-making in renal replacement therapy for patients with end-stage kidney disease: systematic review and qualitative meta-synthesis. *Int. urol. nephrol.* 2021; 54: 553-74.