

## VIVÊNCIAS DE PACIENTES QUE APRESENTARAM REJEIÇÃO AO ENXERTO DE RIM

## EXPERIENCES OF PEOPLE THAT HAD THE KIDNEY GRAFT REJECTED AND RETURNED TO HEMODIALYSIS

**Rosemeri Etgeton Bomfim<sup>1</sup>, Eda Schwartz<sup>2</sup>, Raquel Pötter Garcia<sup>3</sup>  
Julyane Felipette Lima<sup>4</sup>, Bianca Pozza dos Santos<sup>4</sup>, Manoella Souza da Silva<sup>5</sup>**

### RESUMO

Conhecer as vivências de pacientes que apresentaram rejeição ao enxerto de rim. Estudo qualitativo que foram entrevistadas, no período de novembro a dezembro de 2013, sete pacientes com rejeição do enxerto de rim e que realizavam hemodiálise em um Serviço de Nefrologia de um hospital do Sul do Brasil. Para análise de dados utilizou-se a Proposta Operativa de Minayo, sendo organizadas duas temáticas: a primeira descreve as práticas de autocuidado realizadas pelos participantes e, a segunda as razões identificadas como causa de perda do enxerto e mudanças ocorridas após este evento. Como resultados identificou-se que as vivências consideradas significativas perpassam não somente o período pós-transplante, mas envolvem também situações enfrentadas nos tratamentos dialíticos. Conclui-se a necessidade de suporte dos profissionais de saúde para desmistificar o transplante e rejeição a fim de auxiliar no enfrentamento à falência renal bem como às exigências impostas pelos tratamentos.

**Descritores:** Transplante de Rim; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Enfermagem; Autocuidado.

### ABSTRACT

Know the experiences of patients that present kidney graft rejected. Qualitative study, which interviewed seven patients who had kidney graft rejected and did hemodialysis at a Nephrology Service from a hospital in the south of Brazil, from November to December 2013. For the analysis of data, Minayo's Operative Proposal was used; two themes were organized: the first describes the practices of self-care performed by the participants; the second describes the identified reasons, such as cause of graft lost and changes that happened after this life-event. The results identified that experiences considered significant pervade not only the post-transplantation period, but also involve faced situations in dialysis. Concludes to stand out the necessity of health professional's support to demystify the transplantation and rejection in order to assist patients when coping with kidney failure as well the exigencies imposed by treatments.

**Descriptors:** Kidney Transplantation; Renal Insufficiency Chronic; Renal Dialysis; Nursing; Self Care.

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Mestre em Ciências pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEN/UFPEL), Pelotas, Brasil.

<sup>5</sup> Graduada em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

## Introdução

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela perda gradual e irreversível da função renal, ocorrendo quando os rins deixam de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora. As substâncias que são eliminadas pela urina acumulam-se nos líquidos corporais, ocasionando retenção de líquidos, prejudicando as funções metabólicas e endócrinas, ocasionando distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico. Assim, exige-se substituição da função renal, podendo adotar-se como tratamento a hemodiálise, a diálise peritoneal ou o transplante renal<sup>1-2</sup>.

Dentre as opções terapêuticas indicadas para a DRC, a hemodiálise, por meio de uma máquina atende as necessidades de substituição das funções dos rins, porém afeta a autonomia da pessoa, devido seu caráter rígido<sup>3</sup> com dias e horários predeterminados. Demanda alterações severas nos hábitos de vida, especialmente com relação à alimentação, sendo essa determinante para o bom andamento do tratamento<sup>4</sup>.

Já o transplante renal pode melhorar qualitativamente a vida por proporcionar, de certo modo, o retorno às atividades restritas durante o tratamento dialítico<sup>5-6</sup>. Há um imaginário de um viver sem o estigma da finitude imposto pelo viver com DRC e em hemodiálise<sup>7</sup>. Todavia, há também a constatação da necessidade de seguir rigorosamente orientações, como manter contato constante com a equipe de saúde, comprometimento com o tratamento e uso adequado das medicações, assim como as limitações tanto alimentares como as que exigem cuidado corporal<sup>8</sup>, de modo a evitar a perda do enxerto.

A perda do órgão transplantado se caracteriza como uma experiência difícil, com perda também da esperança e até com possibilidade de gerar sentimentos relativos ao medo da morte devido à necessidade de retorno à hemodiálise<sup>9</sup>. Considerando a complexidade do cuidar das pessoas que possuem DRC e que realizam terapias renais substitutivas, suas rotinas árduas no que se relaciona ao cumprimento de um rígido regime terapêutico e o imaginário de liberdade que perpassa na mente daqueles que desejaram realizar o transplante, surgiram inúmeras reflexões e conhecimentos. Ademais, a partir do conhecimento daqueles que conseguiram o transplante e que tiveram que retornar à hemodiálise devido à rejeição do enxerto formulou-se a questão de pesquisa: “Qual é a percepção de pacientes sobre a rejeição ao enxerto de rim”? Tendo-se por objetivo conhecer as vivências de pacientes que apresentaram rejeição ao enxerto de rim.

## Metodologia

Estudo qualitativo realizado em um Serviço de Nefrologia de um hospital do sul do Brasil no período de novembro e dezembro de 2013. Os participantes do estudo foram sete pacientes que apresentaram rejeição ao enxerto de rim e que retornaram à hemodiálise, sendo assistidos neste serviço de nefrologia. Como critérios de inclusão utilizou-se: possuir idade superior a 18 anos; ter rejeição ao enxerto de rim e estar realizando hemodiálise no período da coleta de dados e comunicar-se em língua portuguesa ou alemã. Aqueles que possuíssem déficits cognitivos que dificultassem ou impedissem a comunicação foram excluídos do estudo, conforme critério de exclusão estabelecido.

Os participantes foram convidados a fazer parte do estudo no serviço de nefrologia durante as sessões de hemodiálise, sendo que a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendada e finalizou-se quando os objetivos foram alcançados.

O projeto atendeu aos requisitos éticos propostos pela Resolução 466/2012<sup>10</sup> e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da universidade em que está vinculado sob parecer número 447.696 na data de 05 de novembro de 2013. Foram realizados os esclarecimentos necessários aos participantes do estudo e se realizou a coleta de dados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato dos participantes, foram utilizados letras e números indicativos da ordem das entrevistas, conforme exemplo A1.

O referencial metodológico para a análise dos dados foi a Proposta Operativa descrita por Minayo<sup>11</sup>, nas três fases: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

## Resultados

O estudo teve sete participantes, sendo duas mulheres e cinco homens. A faixa etária variou entre 47 e 50 anos para as mulheres e entre 37 e 61 anos para os homens. Em relação a quantidades de vezes que realizaram o transplante, dois dos participantes realizaram o segundo transplante, os outros cinco, apenas um. Quanto ao período que os participantes permaneceram com o enxerto funcional, nas mulheres, o tempo variou entre 15 dias a seis anos, e nos homens, entre 48 dias a três anos e meio. Sobre o tempo de transplante, que foi maior nas mulheres do que nos homens, outro estudo evidenciou resultados semelhantes, justificando que por se tratar de uma condição de saúde que não se percebe, os homens mantinham maiores irregularidades no controle e tratamento<sup>12</sup>.

Quanto à escolaridade, as duas mulheres possuíam ensino fundamental incompleto, e os homens, um com ensino médio completo, três ensino fundamental incompleto e um concluiu o mestrado.

Conforme referencial adotado para análise dos dados, os resultados deste estudo foram organizados em duas categorias. A primeira versa sobre as práticas de autocuidado e a segunda sobre as razões identificadas como causa de perda do enxerto e mudanças ocorridas após este evento.

### Práticas de autocuidado

Sobre as práticas de autocuidado, os participantes descreveram cuidados com a alimentação, restrição hídrica, uso de medicamentos e atenção com higiene e limpeza.

Quanto aos cuidados com a alimentação, suas vivências mais significativas remetem ao período de hemodiálise, quando falam sobre o que deviam comer e de que forma incorporaram as restrições no seu cotidiano.

*O doutor me deu uma lista, uma dieta que eu podia e não podia, tudo nos limites [...], se hoje tu come uma fruta, amanhã tu não come, porque tem muita proteína [...] (A4).*

*Deram uma dieta controlada, arroz, de acordo com que podia comer, tinha coisa que não podia comer no caso do pão, tinha que comer o integral, aqui não, mandaram só controlar o sal, a gordura e os refrigerantes com corantes, no resto não deram dieta (A6).*

Os relatos demonstram necessidade de restrições alimentares e mudanças, expressas por orientações de profissionais da saúde. Ainda, pode-se perceber que os participantes tinham ciência da relevância de aderirem às restrições estabelecidas pelos profissionais, passando a conviver com as alterações.

A adequação nutricional para o paciente em hemodiálise passa por vários aspectos, entre os quais o controle da ingestão de proteínas, carboidratos, água, sódio, potássio e fósforo. No entanto, devido à possibilidade de haver dificuldades para adequar a alimentação, há a necessidade de constantes intervenções educacionais que proporcionem informação sobre os hábitos alimentares, e as alternativas de dietas mais adequadas<sup>13</sup>, para que assim possam desenvolver o autocuidado.

Estudo realizado com pacientes que estavam em hemodiálise revelou que apesar das orientações recebidas constantemente para adequações na dieta, essas tiveram dificuldade para aderir, já que havia o desejo de comer alimentos não aconselhados. Há uma diversidade de exigências e de recomendações, possibilitando níveis diferentes de aderência, o que dificulta a previsibilidade do comportamento das pessoas<sup>4</sup>.

Além das restrições e das recomendações com relação à ingestão de alimentos, também há procedimentos relevantes no preparo destes e a atenção com as quantidades ingeridas, sendo compreendidos pelos participantes, como essenciais em seus processos de cuidado.

*Não pode comer sal, a gente engorda mais por causa do remédio, o feijão tem que deixar de molho, aquele caldo preto tem que colocar fora, a verdura tem que ferver (A1).*

*Pouco sal, batata não pode comer, laranja não, banana não pode comer, o feijão bota fora a primeira água (A2).*

É importante haver alguns cuidados no controle da ingesta de alimentos, como batata, banana, suco de laranja, frutas secas, nozes, molho de tomate, abacate, feijão, melão, espinafre, chocolate, entre outros. É possível reduzir a quantidade de potássio dos alimentos quando descascados, picados, deixados de molho por algumas horas, e, logo após, cozidos na água conforme abordaram os entrevistados. Para uma maior eficácia, toda a água utilizada deve ser desprezada após o cozimento, retirando em torno de 60% do potássio<sup>14</sup>.

O alimento é uma necessidade fisiológica do ser humano, o qual proporciona satisfação, sensação de saciedade, prazer, além de ser indispensável para a sobrevivência<sup>15</sup>. Entretanto, é preciso atentar às quantidades diárias, consideradas ideais para o consumo alimentar dos pacientes renais: energia 25-45 Kcal/Kg, proteínas 1,2-1,4g/Kg de peso atual ou peso ideal (em caso de obesidade ou baixo peso), fósforo 800-1200mg, cálcio 1000-1500mg, sódio 1000-2300mg e potássio 1000-3000mg<sup>16</sup>. Em estudo realizado com idosos, a adesão à dieta foi relatada como sofrida, pois a comida está diretamente associada a construções sociais e culturais, sendo que desconstruir hábitos adquiridos em uma vida inteira tem potencial para gerar sofrimento<sup>17</sup>.

Outra prática de autocuidado relatada se refere à restrição hídrica, já que os pacientes necessitam de controle diário na ingesta de líquidos, desde o café da manhã até a janta, para manter o equilíbrio hídrico. Muitas vezes, essa ingesta está associada a hábitos culturais, incluindo o consumo de bebidas alcoólicas, café, chá, refrigerantes, chimarrão, entre outros.

*Só não pode beber [...] chimarrão [...], eu tomo um ou dois, pouquinho [...] não gosto muito (A1).*

*O líquido também, eu tenho que tomar um litro por dia, juntando café, água, juntando um litro por dia tem que tomar [...] (A4).*

Os depoimentos expressam que os participantes conhecem suas limitações quanto à ingesta de líquidos, necessitando dosar os líquidos ingeridos, o que exige que o paciente desenvolva o seu autocontrole, e assim, diminua as complicações e a sobrecarga de líquidos que pode resultar em edema.

A recomendação diária de líquidos para pacientes em hemodiálise é de 500 ml-750ml, mais o volume da diurese em 24 horas<sup>16</sup>. Apesar disso, para além das restrições hídricas, a ingesta do chimarrão e do café está fortemente ligada a hábitos culturais, associado a um comportamento compartilhado entre as pessoas em seu convívio familiar, no círculo de amizades e no trabalho. Essas práticas podem proporcionar um momento de maior integração entre as pessoas, refletindo nas necessidades psicológicas, pela satisfação e pelo convívio que este produz<sup>18</sup>.

A utilização adequada de medicamentos também foi reconhecida pelos participantes do estudo como práticas de autocuidado e esses relatam cautela no que se relacionava aos horários e dosagens certas, sendo uma das vivências mais significativas referente ao período pós-transplante:

*Os cuidados com os remédios não podem faltar de jeito de nenhum e nem passar do horário, é o que a gente toma para rejeição [...] (A1).*

*Eu tomava a medicação considerada droga no caso, e tinha que fazer o controle da quantidade que tomava. Mas eu tomava tudo direitinho nos horários [...], eu tomo que o médico manda direitinho os horários todos (A6).*

Percebe-se, que os participantes fazem o uso correto dos medicamentos, sendo que nenhum entrevistado abordou seu esquecimento. Eles têm consciência de que os medicamentos são utilizados para prevenir a rejeição, pautados nas orientações dos profissionais de saúde.

O uso dos medicamentos pode acarretar na sensação de qualidade de vida, de proteção, de autonomia e de liberdade, principalmente quando a pessoa correlaciona essa prática ao risco que existe em relação à rejeição do rim transplantado<sup>19</sup>. No entanto, em contraposição, aos achados deste estudo, uma pesquisa realizada demonstrou que uma porção significativa de pacientes apresentou dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso, trazendo como fator principal, o esquecimento. Os pacientes possuíam baixo nível de conhecimento sobre o tratamento com os fármacos, no que se refere aos nomes e doses prescritas<sup>20</sup>.

Outra prática de autocuidado identificada pelos participantes e que se relacionavam as mudanças que tiveram que realizar após o transplante renal foi a adoção de práticas diferenciadas de higiene e limpeza.

*O principal foi os cuidados em casa mesmo, a retirada de tapetes e cortinas, por exemplo, eu dormia no chão, aí tive que passar a dormir numa cama, tive que tirar carpete do meu quarto, cortina, todo tipo de elemento que pegasse pó, poeira [...]. Contatos com os animais também acabou, passaram todos de dentro de casa para a rua. Isso, principalmente no primeiro ano, o mais importante (A3).*

*Não ter contatos com os gatos cachorros e animais [...] (A2).*

*O cuidado é dobrado, não pode pegar poeira [...], tu não tem aquela liberdade quando tu tens os teus rins bons (A7).*

Os depoimentos retratam a adoção de medidas de higiene, tanto na parte interna do domicílio como externa, uma vez que os pacientes necessitam afastar-se de situações que podem oferecer risco potencial de contaminação devido à baixa imunidade.

Os pacientes com DRC pós-transplante manifestam imunidade baixa e alto risco de infecções devido ao uso dos medicamentos imunossupressores, ao seu estado clínico e pelo tratamento em si. Pacientes imunocomprometidos podem apresentar maiores dificuldades para combater infecções<sup>21</sup>, fato que demanda cuidados para evitar a rejeição do órgão.

Ainda sobre o último depoimento, o participante associa sua condição atual com a de quando os rins estavam saudáveis. Nesse contexto, pode-se perceber que os tratamentos para a falência renal podem ser compreendidos como aprisionadores, mesmo o transplante, pois apesar da liberdade da máquina, quando recebem um rim funcional, ainda necessitam desenvolver diversos cuidados.

### Razões identificadas como causa de perda do enxerto e mudanças ocorridas após este evento

Quanto às razões identificadas pelos pacientes sobre as causas da perda da função do enxerto, destacaram-se: a precariedade dos exames realizados, singularidades de cada pessoa, e tipos de doadores vivo ou cadáver.

Com relação aos exames realizados, antes do transplante para identificação de possíveis problemas, salienta-se o depoimento:

*Olha, na época fazia aqui no hospital [...]. Eu acho que foi um pouco mais de cuidado da parte deles, de algum médico, que a gente não fazia todo tipo de exame que hoje se faz [...]. Aqui a gente só fazia pulmão, dentista e coração, não fazia mais nenhum. Hoje, fazem tudo que é tipo de exame para ver. Acho que foi isso aí que não é tão minucioso. Todos nós que fizemos deu rejeição, uns ficaram mais tempo que outros [...]. Eu fiquei 15 dias, outros ficaram oito meses e uns morreram. Eu acho que a gente foi mais de cobaia (A4).*

O relato destaca certa precariedade do atendimento no período em que o paciente realizou o procedimento. Tal fato o direciona para uma associação com a rejeição do enxerto, já que detém o conhecimento que atualmente diversos acompanhamentos são desenvolvidos com as pessoas que passam por este procedimento.

Os pacientes, quando transplantados, demandam cuidados, exames, consultas e internações, nem sempre ofertados pelos serviços de saúde, podendo causar sofrimento em decorrência da precária atenção às especificidades<sup>22</sup>. No entanto, cabe destacar que a medicina tem avançado consideravelmente, em âmbito científico e tecnológico, contribuindo desse modo para uma diminuição nas rejeições, além da melhor continuidade do tratamento aos doentes renais.

A progressão na área de transplantes renais ocorreu principalmente nas últimas duas décadas, devido aos medicamentos imunossupressores que melhoram os índices de rejeição e, conseqüentemente, mantêm os pacientes com melhor qualidade de vida e por tempo maior com o novo órgão<sup>23</sup>.

Outra questão abordada pelos participantes sobre as razões para a perda do enxerto são as singularidades de cada ser humano, associado à crença em um ser maior.

*Cada um é uma pessoa diferente. Tem organismo diferente. Eu não sei se é por causa disso, se foi o enxerto, o remédio [...] só Deus mesmo sabe o que é [...], eu fazia tudo direitinho, não bebia, fazia tudo normal não pegava peso (A1).*

Os pacientes reconhecem as singularidades de cada um, e acreditam que essas também podem ditar o sucesso do transplante, influenciando no processo. Ainda, buscam explicações de seu adoecimento, relacionando com suas crenças, pois acreditam que o seu destino está nas mãos de Deus, bem como a rejeição do enxerto.

A religião e a espiritualidade são fontes de conforto e de esperança aos participantes, fortalecendo e promovendo o bem-estar também para a família. Quando recebem prognósticos ameaçadores, a espiritualidade ajuda na aceitação da condição, sendo que por meio da figura divina podem encontrar a sensação de paz e de tranquilidade. A religião e a espiritualidade têm sido estratégias para o conforto espiritual<sup>24</sup>.

Ainda, como forma de rejeição do enxerto, os entrevistados referiram o tipo de doador, sendo vivo ou cadáver.

*Os meus dois transplantes foi doador cadáver. Tem uma grande diferença, quando tu faz com doador vivo, tu praticamente urina na hora. [...] O rim está congelado, até ele funcionar é uma serie de complicações, além disso, de vivo tu toma muito menos medicamentos, porque a compatibilidade é muito maior e é muito superior (A3).*

*Foi de cadáver, o cadáver tinha 56 anos [...]. Porque o rim que foi colocado, tinha problema, ele tinha uma pedra no rim e o rim não pode ser muito mexido. Porque se o médico que bota ele, mexe muito nele, ele acaba matando o rim. Ai já vai te botando um rim morto em ti (A7).*

Os entrevistados apontam certo receio quanto ao transplante de doador cadáver, pois eles não sabem as condições que este órgão se encontra e acreditam que o tratamento medicamentoso tende a ser mais agressivo, bem como o tempo de duração do funcionamento do rim transplantado.

O melhor doador de rim entre os doadores é aquele que, além da compatibilidade do tipo sanguíneo, tem os antígenos leucocitários humanos (HLA) sendo o transplante, de modo geral, mais bem sucedido<sup>25</sup>. Quanto ao melhor prognóstico no transplante, demonstra-se que entre gêmeos univitelinos e doadores vivos (HLA-idêntico) pode-se identificar uma sobrevida do órgão superior a 95% em um ano. O tempo estimado, após o primeiro ano, em que 50% dos transplantes falham (meia vida) é de nove anos para receptores de rins de doador cadavérico e de 25 anos para receptores de rins de doadores HLA-idênticos. No entanto, destaca-se que além do tipo de doador, outros fatores podem influenciar na sobrevida dos enxertos, como idade do doador e receptor, transfusões sanguíneas anteriores, raça, dentre outros<sup>26</sup>.

As mudanças destacadas pelos participantes como significativas após o enxerto estão relacionadas à necessidade de internação hospitalar e o retorno às terapias substitutivas. Nos relatos observa-se que no pós-transplante mediato a mudança primeiramente identificada é a necessidade de internação hospitalar.

*Eu fiquei internada no hospital, uns três meses eu acho, urinava, mas a uremia e a creatinina não baixavam [...], sempre tinha uma complicação ou outra, aí peguei infecção, tinha febre [...] uns três anos eu fiquei assim, ia para o hospital e voltava (A1).*

*Fiquei mais internado do que em casa, não sai de dentro da [nome da instituição hospitalar], eu fiquei só internado. Às vezes eu vinha para casa, dar uma volta, porque o rim estava infeccionado, aí voltava de novo, internava às vezes, saía do hospital no fim de semana e retornava na segunda [...], minha vida não foi normal (A2).*

*66 dias internado e sozinho [...] (A7).*

Os depoimentos abordam as várias internações hospitalares e os problemas advindos das fragilidades na saúde dos transplantados, sendo esse momento considerado como cansativo e permeado de incertezas. São ressaltados ainda, os períodos prolongados de internações e o distanciamento da sua própria casa, evidenciando que suas vidas não seguem o curso “normal” após o procedimento e que a saúde necessitava de inúmeros cuidados.

Na doença crônica, o enfrentamento deve levar em conta, as implicações sobre o seu desenvolvimento e as reações do paciente. De modo geral, podem surgir sentimentos de desânimo, impotência e frustração, acarretando consequências físicas, psíquicas, emocionais ou familiares<sup>8</sup>. No transplante, este processo ocorre pelo fato de que, mesmo com a independência da máquina de hemodiálise, a pessoa ainda tem uma condição crônica de saúde que demanda cuidados. E esta condição faz como que, além das mudanças nos hábitos diários, a pessoa precisa ressignificar sua vida tendo em voga o risco iminente da rejeição do órgão<sup>22</sup>.

Por fim, os entrevistados relataram outra mudança, a que se relaciona ao retorno aos tratamentos dialíticos:

*Voltei a fazer a hemodiálise...não, eu fazia peritoneal neste tempo que eu fiz transplante eu fiquei com cateter peritoneal, como rejeitou eu continuei fazendo a bolsa, depois que fiz 10 anos de bolsa eu parei porque o peritônio ficou muito fraco e voltei para hemodiálise (A4).*

*Fiquei sem dialisar, chegou um dia o médico disse tu vai ter que entrar na diálise, que teu rim parou [...] (A2).*

Percebe-se que o retorno às terapias de substituição renal gera nova mudança na vida dessas pessoas, as quais acreditavam que o transplante as deixaria melhor e longe dos tratamentos dialíticos.

A perda do enxerto faz com que os pacientes retornem a uma experiência já vivida, podendo alterar o estado físico e mental devido às consequências que o tratamento dialítico impõe. Esses podem sentir-se impotentes e sem opção de escolha, pois necessitam realizar o tratamento para evitar a morte<sup>9</sup>.

## Considerações Finais

Os resultados apontaram que as vivências de adoecimento dos entrevistados envolvem situações de autocuidado, especificamente relacionadas a alimentação, restrição hídrica, medicamentos, higiene e limpeza. Todas essas práticas foram significativas em algum momento do processo adoecimento, sendo algumas mais direcionadas para o tratamento dialítico e outras mais evidentes no pós-transplante. Independente disso torna-se relevante o protagonismo da pessoa em seu processo de cuidar, sendo essencial o suporte dos profissionais da saúde no que permeia as necessidades para a condução do plano de cuidados.

Ainda, a vivência de adoecimento relacionada ao transplante revelou as mudanças que aconteceram após o transplante de rim, sendo essas relacionadas à necessidade de internação hospitalar, e o retorno às terapias substitutivas. As internações hospitalares foram consideradas cansativas e frustrantes pelas complicações impostas pela doença, fato que pode até mesmo influenciar de certo modo na entrada novamente na lista de espera, sendo também relevante o papel dos profissionais de saúde para ofertar informações que desmistifiquem esse processo e auxiliem no seu enfrentamento. Apesar do acesso a informações que os transplantados possuem, há o imaginário de cura da condição crônica de saúde ou liberdade quanto às excessivas restrições impostas pela hemodiálise.

Ainda, a experiência da perda do enxerto para os entrevistados envolveu, sobretudo, aspectos relacionados ao tipo de doador, bem como a precariedade dos exames realizados e as causas individuais de cada pessoa, destacando que tem certo conhecimento sobre as condições que podem ter ocasionado a rejeição.

Nesse contexto, acredita-se que o fazer da enfermagem junto a esses pacientes, permite um cuidado qualificado que pode auxiliar na diminuição dos índices de rejeição do enxerto.

## Referências

1. Sullivan J. End stage renal disease economics and the balance of treatment modalities. *J service science & management*. 2010;3:45–50.
2. Santana SS, Fontanelle T, Magalhães LM. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista científica do ITPAC*. 2013 jul;6(3):1-11.
3. Silva G, Nóbrega JYL, Nóbrega AL, Araújo RLD, Silva NQ, Nóbrega MF et al. Percepção de portadores de doença renal crônica com relação ao tratamento hemodialítico. *R interd*. 2015;9(1):23-30.
4. Silva LM, Bueno CD. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Nutrire Rev soc bras aliment nutr*. 2014; 39(3):276-283.
5. Magalhães ACL, Coelho GD, Azevedo MA, Lazzari DD, Jung W. qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica – da hemodiálise ao transplante renal. *Rev enferm UFPE*. 2013; 7(9):5442-52.
6. Medeiros JSA, Medeiros EMD. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. *Revista brasileira de educação e saúde*. 2013; 3(1):1-10.

7. Xavier BLS, SANTOS, I. Expectativas do cliente em hemodiálise sobre o transplante renal – estudo sociopoético. *Rev pesqui cuid fundam* (online). 2010;2(4):1441-49.
8. Quintana AM, Weissheimer TKS, Hermann C. Atribuições de significados ao transplante renal. *Psico* (Porto Alegre). 2011;42(1):23-30.
9. Campos SLS. Retorno à hemodiálise: a experiência da perda do enxerto renal por pessoas com insuficiência renal crônica. Ribeirão Preto. 2012. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012. Seção 1. p. 47-59.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
12. Fontoura F, Almeida LP. Vivências e conflitos de pacientes pós-transplante renal em Dourados/MS. *DIRE*. [periódico na internet], 2015 [citado 2015 out 26];6:70-7. Disponível em: <http://epublications.unilim.fr/revues/dire/617>
13. Casas J, Rodrigues CIS, Ávila R. Educação nutricional para pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise. *Nutrire Rev soc bras aliment nutr*. 2015;40(1):36-44.
14. Avesani CM, Kamimura MA, Cuppari L. Insuficiência renal: crônica e aguda. In: Moreira EAM, Chiarello PG (org). *Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
15. Calderan C, Torres AAP, Zillmer JGV, Schuwartz E, Silva DGV. self-care practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Rev pesqui cuid fundam* (Online). 2013;5(1):3394-02.
16. Martins C, Riella MC. *Nutrição e o rim*. 2ª ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
17. Pilger C, Rampari EM, Waidman MAP, Carreira L. Hemodiálise: significado e impacto para o idoso. *Esc Anna Nery rev enferm*. 2010; 14(4):677-83.
18. Arruda AC, Minim VPR, Ferreira MAM, Minim LA, Silva NM, Soares CF. Justificativas e motivações do consumo e não consumo de café. *Rev ciencia e tecnologia de alimentos*. 2009; 29(4):754-63.
19. Arruda GO, Renovato RD. Uso de medicamentos em transplantados renais: práticas de medicação e representações. *Rev gaucha enferm*. 2012; 33(4):157-64.
20. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *J bras nefrol*. 2012;34(2):109-16.
21. Pupo MLMG, Parizoto GA, Gonzaga CC, Lopes MGK. Índice de risco odontológico para pacientes pré-transplante renal submetidos à hemodiálise. *RSBO*. 2010;7(1):50-6.
22. Silva LC, Freitas TS, Maruyama SAT, Silva DRS, Silva FC. O transplante renal na perspectiva da pessoa transplantada. *Cienc cuid saude*. 2013;12(2):356-64.
23. Manfro RC. Manejo da doença crônica do enxerto renal. *J bras nefrol*. 2011;33(4):485-92.
24. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev bras enferm*. 2009;62(1): 100-6.
25. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
26. Gonçalves LFS, Manfro RC, Veronse FJV, Ribeiro AR. Aspectos clínicos, rotinas e complicações do transplante renal. In: Barros E, Manfro RC, Thome, FS, Gonçalves LFS. *Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 455-7.

**Raquel Pötter Garcia**

Endereço para correspondência – BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118  
Sala Coletiva 1, CEP: 97508-000, Uruguaiana , RS, Brasil.  
E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7312946418733110>

Rosemeri Etgeton Bomfim – [rosemeri.etgeton@hotmail.com](mailto:rosemeri.etgeton@hotmail.com)  
Eda Schwartz – [eschwartz@terra.com.br](mailto:eschwartz@terra.com.br)  
Julyane Felipette Lima – [julyane\\_felipette@hotmail.com](mailto:julyane_felipette@hotmail.com)  
Bianca Pozza dos Santos – [bi.santos@bol.com.br](mailto:bi.santos@bol.com.br)  
Manoella Souza da Silva – [manoellasouza@msn.com](mailto:manoellasouza@msn.com)

**Enviado em 12 de novembro de 2015.**  
**Aceito em 22 de março de 2016.**

