



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI/UFRN)

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
TRANSPLANTADOS RENAIIS

NATAL/RN

2018

KARINA DANIELLY CAVALCANTI PINTO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
TRANSPLANTADOS RENAIIS

Dissertação elaborada sobre orientação da Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

NATAL

2018

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes -
CCHLA

Pinto, Karina Danielly Cavalcanti.

Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em pacientes transplantados renais / Karina Danielly Cavalcanti Pinto. - Natal, 2018.

116f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Natal.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Eulália Maria Chaves Maia.

1. Qualidade de vida. 2. Estratégias de enfrentamento. 3. Transplante renal. I. Maia, Eulália Maria Chaves. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 159.9

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós- Graduação em Psicologia

A dissertação “ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS”, elaborada por Karina Danielly Cavalcanti Pinto, foi considerada aprovada pelos membros da banca examinadora e aceita pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, 08 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (Presidente da Banca)

Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia (Examinador Externo)

Profa. Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira (Examinador Interno)

“Não pense na doação de órgãos como oferecer uma parte de você para que um desconhecido possa viver.

Na realidade é um desconhecido que oferece seu corpo para que parte de você continue vivendo”.

Professor Galvão.

A todos os “*meus*” pacientes renais crônicos (transplantados ou não) que contribuíram não somente para o desenvolvimento desta dissertação, mas por impactarem de forma positiva a minha trajetória profissional e pessoal com suas vivências e histórias de vida.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus razão de toda existência, por ter me dado vida e sustentação em todos os aspectos.

Aos meus queridos pais Pedro Plácido e Elizabete Cavalcanti pelo esforço que continuamente dedicaram a minha educação, pelo apoio que me oferecem em todos os momentos e pelo amor incondicional.

A Isabel minha irmã, pelo carinho e cuidado comigo. Não somente agora, mas em todos os momentos da minha vida.

A minha orientadora Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia, por acreditar no meu potencial, antes mesmo que eu o reconhecesse. Obrigada por me acolher, me orientar e investir nesta caminhada científica.

Ao meu esposo Vagner Arruda, pelo companheirismo de sempre em tudo. Obrigada por incentivar meus projetos acadêmicos e pela disponibilidade em me auxiliar no que estava ao seu alcance.

Aos demais familiares e amigos que torcem por mim, aqueles do meu convívio cotidiano e aos que mesmo de longe se alegram com minhas realizações.

A Alessandra Cavalcanti, por todo suporte e por partilhar comigo as alegrias, durezas e anseios durante a caminhada da residência multiprofissional em saúde e do mestrado acadêmico.

Aos colegas de pós-graduação, em especial a Rodrigo Maia, pela disponibilidade e pelos ensinamentos partilhados. E aos demais colegas, sempre disponíveis a Hedyanne Guerra, Mônica Kleming, Maria Helena e Júlia Carmo pela troca de experiências, pelo partilhar materiais teóricos e pela palavra amiga. Foi um privilégio construir esse caminho com vocês.

A Paula Pontes, psicóloga do ambulatório de nefrologia e transplante renal do Hospital Universitário Onofre Lopes, pela disponibilidade, troca de saberes e por ser exemplo de profissional a ser seguido.

Aos funcionários do ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes em especial aos técnicos de enfermagem e recepcionistas que atenciosamente organizavam e disponibilizavam as salas para que as entrevistas fossem realizadas.

Sumário

Lista de tabelas.....	x
Resumo	xiv
Abstract	xv
1. Introdução	16
2. Revisão de literatura.....	22
2.1 A doença renal crônica e as terapias renais substitutivas	22
2.2 O transplante renal e suas implicações na qualidade de vida do paciente.....	29
2.3 Estratégias de enfrentamento e aspectos psicológicos em pacientes transplantados renais	34
3. Objetivos.....	40
3.1 Objetivo geral:	40
3.2 Específicos:.....	40
4. Métodos.....	41
4.1 Desenho do estudo	41
4.2 Local da pesquisa	41
4.3 Sujeitos	41
4.4 Protocolos e Instrumentos	43
4.5 Aspectos Éticos:	46
4.6 Procedimento de coleta dos dados	47
4.7 Análise dos dados	47
5. Resultados e Discussão	49
5.1 Aspectos sociodemográficos.....	49
5.2 Características Clínicas	53
5.3 Qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais.	59
5.3.1 Análise do WHOQOL-bref.....	59
5.3.2 Análise do EMEP	65
5.3.3. Pergunta subjetiva – EMEP	69
5.4 Correlações qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais.....	69
5.4.1 Correlação qualidade de vida global e estratégias de enfrentamento.....	70
5.4.2 Associação fatores do instrumento EMEP e os domínios do WHOQOL-bref.	72
5.5 Associações entre a qualidade de vida e as condições clínicas e sociodemográficas.....	75
5.5.1 Associações qualidade de vida e as condições sociodemográficas	76
5.5.2 Associações entre a qualidade de vida e as condições clínicas	80
5.6 Tempo de transplante renal versus modos de enfrentamento e qualidade de vida.....	84
5.6.1. Tempo de transplante e qualidade de vida global.....	85
5.6.2. Tempo de transplante e modos de enfrentamento	86
6. Considerações finais	88

Referências	92
Apêndices.....	104
Anexos.....	109

Lista de tabelas

Tabela		Página
01	Estadiamento e classificação da DRC.	24
02	Caracterização sociodemográfica quanto a variável renda familiar mensal	51
03	Caracterização clínica quanto à terapia de substituição renal anterior ao transplante	54
04	Caracterização clínica quanto ao tempo de transplante renal em meses	55
05	Percepção de aspectos positivos e negativos advindos do transplante renal	57
06	Resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Bref	59
07	Composição das questões que representam a qualidade de vida global	60
08	Composição do domínio físico	61
09	Composição do domínio meio ambiente	62
10	Composição do domínio psicológico	63
11	Composição do domínio relações sociais	64
12	Resultados obtidos na Escala Modo de Enfrentamento de Problema EMEP	66
13	Correlação entre EMEP e WHOQOL-Bref - QV Global	70
14	Correlação entre enfrentamento focalizado no problema (EMEP) e os domínios do WHOQOL-Bref	72
15	Correlação entre enfrentamento focalizado na emoção (EMEP) e os domínios WHOQOL-Bref	73
16	Correlação entre enfrentamento focalizado no suporte social (EMEP) e os domínios WHOQOL-Bref	74
17	Correlações da qualidade de vida com as condições sociodemográficas	76
18	Diferenciações - qualidade de vida e tempo de estudo	77
19	Diferenciações - qualidade de vida e condição laboral	78

20	Diferenciações - qualidade de vida com estado conjugal	79
21	Diferenciações - qualidade de vida e local de moradia	80
22	Correlação da qualidade de vida com o tempo de TRS anterior ao transplante renal	81
23	Diferenciações - qualidade de vida e ocorrência de complicação clínica nos últimos 12 meses	82
24	Diferenciações - qualidade de vida e ocorrência de internação nos últimos 12 meses	83
25	Diferenciações - qualidade de vida e a variável (dor/desconforto)	84
26	Correlação da qualidade de vida global com o tempo de transplante renal	85
27	Correlações dos Fatores do EMEP com o tempo de transplante renal	87

Lista de siglas

ABTO: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

DRC: Doença Renal Crônica

DM: Diabetes Mellitus

DP: Diálise Peritoneal

DPA: Diálise Peritoneal Automatizada

DPAC: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DRC: Doença Renal Crônica

DRT: Doença Renal Terminal

EMEP: Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

FG: Filtração Glomerular

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HD: Hemodiálise

HUOL: Hospital Universitário Onofre Lopes

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IR: Insuficiência Renal

IRCT: Insuficiência Renal Crônica Terminal

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

QV: Qualidade de Vida

SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSR: Terapia de Substituição Renal

TX: Transplante Renal

UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life – Abbreviated

Resumo

O transplante renal é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um rim saudável do doador no receptor. Esta terapêutica objetiva uma melhor qualidade de vida (QV), porém não representa a cura do doente renal terminal. Após a cirurgia, o receptor precisa se adequar ao uso de imunossupressores e as constantes avaliações do estado de saúde. Além disso, passa a conviver com a possibilidade de complicações clínicas e com o temor de rejeição do enxerto renal. As vivências citadas são potenciais disparadores de ansiedade e angústia, ordenando ao paciente adaptação diante das exigências do próprio tratamento. O manejo inadequado de estressores após transplante pode se tornar barreira na efetivação dos benefícios desta terapêutica. Há, neste sentido, necessidade de se identificar nos pacientes pós-transplantados às estratégias de enfrentamento lançadas diante das adversidades do tratamento e a relação dessas com a QV. Objetivou-se deste modo, avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em transplantados renais. Participaram do estudo, 150 transplantados que realizam acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário Onofre Lopes. Para avaliação dos pacientes utilizou-se os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, o instrumento WHOQOL-Bref e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. A análise dos dados se fundamentou na estatística descritiva e inferencial. Os resultados apontaram adequados níveis de satisfação com a saúde, apresentando escore médio de 79,83 e de QV global com escore de 78,16. Com referência ao uso das estratégias de enfrentamento, identificou-se que o enfrentamento voltado à religiosidade/pensamentos fantasiosos apresentou a maior média (3,72), seguido pela estratégia de enfrentamento centrada no problema (3,70), esses modos de enfrentamento foram os mais utilizados pelos transplantados. Quanto às correlações entre os construtos investigados, identificou-se correlações positivas entre o uso da estratégia focalizada no problema e os domínios da QV e correlações negativas entre a estratégia focalizada na emoção e os domínios avaliados pelo Whoqol-Bref. A terapêutica da transplantação renal apresentou resultados positivos para o doente renal terminal. No quesito modos de enfrentamento, verificou-se que esses podem relaciona-se a comportamentos adaptativos ou desadaptativos frente ao transplante.

Palavras chave: Qualidade de vida; Estratégias de enfrentamento; Transplante renal, Adulto.

Abstract

The renal transplantation is a surgical procedure that consists in the replacement of a healthy kidney from a donor in the recipient, this therapy aims into a better quality of life (QOL), but does not represents the cure of the end-stage renal disease. After the surgery, the recipient needs to adjust to the use of immunosuppressants drugs and the regular evaluation of your health status. In addition, the person who receives the kidney transplantation starts to live with the possibility of clinical complications and the fear of rejection of the renal graft. These experiences are potential triggers of anxiety and distress, obliging the patient to adapt in front of the demands of the treatment itself. The inadequate management of stressors after kidney transplantation may become a barrier to the effectiveness of this therapy. In this sense, it is necessary to identify in the post-transplant patients the coping strategies that they use in the face of the adversities of the treatment and their relationship with the QOL. The purpose of this study was to evaluate quality of life and coping strategies in renal transplant patients. The study included 150 transplant recipients whoa follow up in the clinic at the University Hospital Onofre Lopes. For the evaluation of the patients, the following instruments were used: sociodemographic questionnaire, the Whoqol-Bref instrument and the Ways of Coping Scale. Data analysis was based on descriptive and inferential statistics. The results showed adequate levels of satisfaction with health, presenting a mean score of 79.83 and a global QOL score of 78.16. With regard to the use of coping strategies, it was found that the confrontation focused on religiosity / fanciful thoughts presented the highest mean (3.72), followed by the problem-centered coping strategy (3.70), these coping modes were the most used by the transplanted ones. Regarding the correlations between the constructs investigated, positive correlations were identified between the use of the strategy focused on the problem and the domains of QOL and negative correlations between the strategy focused on the emotion and the domains evaluated by the Whoqol-Bref. Renal transplantation therapy showed positive results for the end-stage renal disease. Regarding modes of coping, it has been found that these may be related to adaptive or maladaptive behaviors in the face of transplantation.

Keywords: Quality of life; Coping strategies; Kidney transplant, Adult.

1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis se definem por uma etiologia imprecisa e de origem não infecciosa que envolve períodos de latência, múltiplos fatores de risco e longa duração. Estão relacionadas às deficiências e incapacidades funcionais e são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo. Dentre as patologias crônicas mais frequentes, cita-se a doença renal crônica (DRC) que é perda progressiva da função renal, processo que pode levar a doença renal terminal (DRT) (Ministério da Saúde [MS], 2014).

Pacientes que evoluem para doença renal terminal, apresentam lesão progressiva e irreversível da função do rim e necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva, sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (Quintana, Weissheimer & Hermann, 2011). Dentre as modalidades de tratamento citadas, o transplante renal vem sendo apontado como melhor opção terapêutica para pacientes com DRT que atendam os critérios estabelecidos pelas equipes de saúde (Ionta *et al.*, 2013). Quando bem-sucedido, o transplante aumenta a longevidade e reduz a morbidade dos pacientes se comparado aos tratamentos dialíticos (Mendonça, Torres, Salvetti, Alchieri & Costa, 2014).

O procedimento cirúrgico no transplante renal é considerado relativamente simples, consistindo na implantação de um rim saudável do doador no receptor, podendo ser doador vivo ou doador cadáver (Mendonça *et al.*, 2014). No âmbito nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona cobertura integral para os procedimentos relacionados ao transplante; abrangendo o seguimento pós-cirúrgico ambulatorial e/ou hospitalar e a disponibilização dos imunossupressores e medicações de suporte, por tempo indeterminado (Barros, Araújo & Lima, 2009).

A transplantação de órgãos no Brasil é regida por legislação específica, a qual regulamenta a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento e

transplante. As principais leis são que abordam a regulamentação e gestão administrativa da doação e captação de órgãos são: a Lei nº. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”; Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001 (altera dispositivos da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997) e a portaria 2.600 de 21 de outubro de 2009 – que traz o regulamento técnico do sistema nacional de transplante (Costa, Balbinotto & Sampaio, 2014).

De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, realizou-se no Brasil, de janeiro a dezembro de 2017, um total de 5.929 transplantes renais. No Rio Grande do Norte, foi realizada a captação e transplante de 62 rins, dos quais 14 foram de doadores vivos e 48 de doadores cadáveres. Na lista de espera, considerando o período acima descrito, havia 189 pacientes ativos que aguardavam para realizar o procedimento cirúrgico. O Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), é a instituição de referência responsável pelos Transplantes Renais no Estado do Rio Grande do Norte (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [ABTO], 2017).

Os pacientes renais crônicos em tratamento dialítico substitutivo há pelo menos três meses, podem ser avaliados quanto à possibilidade de realização do transplante renal. Para isto, é necessária a avaliação pela equipe de saúde, a qual investiga componentes clínicos considerados critérios de contraindicações absolutas, relativas ou temporárias de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN] (2006).

Dentre as contraindicações absolutas, incluem-se àqueles pacientes que possuam: neoplasias malignas (ou já tratados, mas com o tempo menor que 2 anos de acompanhamento), doença pulmonar crônica em estágio avançado, doença cardíaca grave, vasculopatia periférica grave e os portadores de cirrose hepática. Como contraindicação relativa têm-se dentre outros: sorologia positiva para HIV, maiores de 60 anos que possuam alterações cardíacas, diabetes mellitus com disfunção cardíaca, patologia neuropsiquiátrica e

doença vesical grave. As contraindicações temporárias incluem situações que uma vez resolvida, pode ocorrer à transplantação, exemplo: situações de infecções em atividade ou em tratamento não concluído (SBN, 2006).

Após avaliação inicial dos requisitos referidos, o paciente com indicação para transplante, é encaminhado para Comissão de Notificação e Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (existente em cada Estado brasileiro), para cadastro em fila de espera única (Mendonça, 2014). Ressalta-se que há casos, onde verificada a necessidade e evolução da doença, é possível a realizar a programação do transplante renal pré-emptivo, ou seja, em fase pré-dialítica. As avaliações, diretrizes e critérios para a realização do procedimento cirúrgico são os mesmo que os da etapa dialítica, no entanto, para isso, é necessário ter um doador vivo compatível, não sendo possível nesta fase integrar a lista de espera (SBN, 2001).

O Transplante Renal objetiva oferecer uma melhor qualidade de vida (QV) aos pacientes. Como qualidade de vida define-se esta como a percepção que o indivíduo possui a respeito de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, padrões e apreensões. Organização Mundial de Saúde [OMS] (1995). A qualidade de vida, diz respeito igualmente, as condições psicológicas, ao bem-estar, as interações sociais, aos fatores socioeconômicos, as condições religiosas e/ou espirituais e outros (Barros *et al.*, 2009). Nas ciências da saúde, além da consideração dos aspectos voltados as condições citadas, o termo QV, relaciona-se também com a presença ou ausência de enfermidades, agravos e impactos dos tratamentos de saúde (Freire, Sawada, França, Costa & Oliveira, 2014).

As definições para o termo qualidade de vida são distintas e envolvem aspectos objetivos e subjetivos. Todavia, há consenso entre os autores no que se menciona à consideração de que para avaliação desta, é imprescindível a utilização de uma abordagem multidimensional e multifatorial (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

Quando o transplante renal é bem-sucedido e enquanto o enxerto estiver saudável, o paciente não mais precisará mais se submeter ao tratamento dialítico, a ingestão de líquidos pode ser maior e a dieta tende a ser menos restritiva (Knihs, Sartori, Zink, Roza & Schirmer, 2013). No entanto, o transplante renal não apresenta um caráter de cura definitiva, é considerado como uma modalidade de tratamento que objetiva aliviar os sintomas e manter a vida (Fontoura, 2012).

O doente renal crônico, no período pré-transplante vislumbra a expectativa de cura e melhor qualidade de vida, mas após o procedimento ocorre à percepção de que não há resolução definitiva para sua patologia. A necessidade de cuidado contínuo, característico da doença crônica, permanece (Quintana, Weissheimer & Hermann, 2011).

No pós-transplante renal, o paciente necessita se adequar à nova rotina de medicações imunossupressoras, as constantes avaliações do estado de saúde e as visitas médicas, como também passa a conviver com o temor da rejeição do enxerto. As vivências citadas são potenciais disparadores de sentimentos como tristeza e decepção e ordenam ao paciente, adaptação diante das exigências do próprio tratamento (Camargo, Quintana, Weissheimer, Junges & Martins, 2011).

Como outros tratamentos e intervenções, o transplante renal pode apresentar complicações. Há possibilidade de que, a perspectiva de melhoria da qualidade de vida através desta terapêutica, venha tornar-se frustrada perante as possíveis intercorrências que possam aparecer no decorrer do percurso do paciente pós-transplantado (Barros *et al.*, 2009). No que se mencionam as complicações mais comuns, têm-se as rejeições, complicações vasculares, urológicas, infecções diversas, as quais são passíveis de internações hospitalares (Barros *et al.*, 2009). A adaptação e resolução de possíveis estressores neste momento são relevantes para o melhor enfrentamento da situação.

Cada pessoa possui um modo característico de enfrentamento e adaptação às situações

consideradas estressantes. O modo como cada um reage e busca superar a situação é definido como *coping* termo exposto pelos autores (Lazarus & Folkman, 1984) como sendo, os esforços cognitivos e comportamentais, direcionados ao controle de respostas do indivíduo a situações internas ou externas que estão sobrecarregando-o ou excedendo os seus recursos pessoais. As estratégias de enfrentamento *coping* são consideradas eficazes quando suavizam sensações desconfortantes e sentimentos desagradáveis relacionados a ameaças ou a perdas (Souza & Araújo, 2010).

No doente crônico, as estratégias de enfrentamento têm papel mediador no processo saúde – doença (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007). Considerando a doença crônica como evento estressor, as estratégias de enfrentamento estão voltadas a cada fase da doença na medida em que cada uma exige adaptações. Os modos de enfrentamentos no contexto de adoecimento se referem aos processos de controle usados para mediar à relação entre as demandas exigidas pela doença e as respostas que o indivíduo lança na presença das mesmas (Ottati, Campos, & Pinhatari, 2014).

Tendo em vista contexto mencionado, verifica-se a necessidade de compreender aspectos correlacionados à qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento a partir da percepção dos pacientes transplantados renais. A proposta desta dissertação fundamenta-se no referencial da psicologia da saúde, a qual buscar entender como os fatores psicológicos podem interferir na manutenção da saúde e bem estar dos indivíduos. O modelo de pesquisa científica embasada nesta perspectiva se debruça não somente sobre comportamentos e os fatores biopsicossociais relacionados à saúde, mas principalmente procura captar como os indivíduos a partir da sua dinâmica, vivenciam seu adoecimento (Almeida & Malagris, 2011).

Dito isto, a fim de se investigar as questões de interesse da pesquisa e fundamentar teoricamente a dissertação, realizou-se revisões de literatura que apresentam o estado da arte da temática. Ressalta-se que o capítulo dois referido a seguir, foi aceito para publicação na

Revista Gestão & Saúde. A partir das revisões de literatura realizadas, foram construídos os seguintes capítulos teóricos:

1.1 A doença renal crônica e as terapias renais substitutivas

1.2 O transplante renal e suas implicações na qualidade de vida do paciente.

1.3 Estratégias de enfrentamento e aspectos psicológicos em pacientes transplantados renais

2. Revisão de literatura

2.1 A doença renal crônica e as terapias renais substitutivas

Os rins são órgãos vitais que compõe o sistema urinário e excretor e são considerados essenciais para homeostase do corpo. As principais funções do sistema renal englobam: manutenção do equilíbrio hídrico, eletrolítico e acidobásico; regulação hormonal e dos níveis pressóricos e excreção de catabólitos. Tais funções endócrinas, regulatórias e excretoras são fundamentais para preservação da estabilidade e equilíbrio do organismo (Silva *et al.*, 2015). Na ocorrência de patologias renais, como a doença renal crônica (DRC), a integridade e funcionalidade de diversos órgãos são comprometidas impactando de maneira significativa a expectativa de vida e a saúde (Silva *et al.*, 2015).

A doença renal crônica é uma patologia multifatorial, de característica lenta e progressiva, capaz de lesionar os rins de forma irreversível (Romão, 2004; Siviero, Machado & Cherchiglia, 2014). O desequilíbrio causado pelo mau funcionamento renal ocasiona diversas complicações metabólicas, bioquímicas e clínicas as quais, quando não adequadamente manejadas podem levar o paciente a óbito (Oliveira *et al.*, 2016).

Os efeitos da DRC afetam de maneira complexa a função de múltiplos sistemas, a saber: cardiovascular, digestivo, respiratório, nervoso, imunológico, musculoesquelético e endócrino-metabólico (Silva, Souza, Arenas & Barros, 2017). Dessa forma, verifica-se que à medida que a função renal diminui, além da progressão da DRC, há propensão para o desenvolvimento de outras comorbidades que elevam o risco de complicações e desfechos clínicos desfavoráveis como hospitalizações prolongadas e mortalidade (Oliveira *et al.*, 2014).

No que tange ao dado supracitado, destaca-se o resultado de um estudo realizado em 2013, com 386 pacientes hospitalizados em uma enfermaria da clínica médica de um hospital

universitário brasileiro; nesta investigação foi verificado que os pacientes com DRC tiveram maior tempo de internamento e uma proporção de óbitos superior em relação àqueles sem a doença (Pinho, Silva & Pierin, 2015). Além dos aspectos fisiológicos mencionados, a DRC tem o potencial de trazer prejuízos, e impactos negativos no âmbito social, laboral, sexual, psicológico e familiar, interferindo de forma significativa, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas acometidas (Navarrete & Slomka, 2014).

A DRC possui crescente incidência em nível mundial sendo apontada como um relevante um problema de saúde pública global (Magalhães & Goulart, 2015; Pereira *et al.*, 2015) No Brasil, dados da SBN (2016) indicam que a incidência da DCR vêm aumentando em torno de 8% ao ano. Respalhando a estatística citada, dados do senso brasileiro de diálise estimou que no ano de 2016, cerca de 40 mil doentes renais iniciaram tratamento dialítico crônico (Sesso, Lopes, Thomé, Lugon & Martins, 2017).

Por ser uma patologia comumente assintomática em seus estágios iniciais, pois frequentemente as manifestações só aparecem quando o paciente já perdeu cerca de 50% do funcionamento dos seus rins, estima-se ainda um grande número de diagnósticos tardios e subnotificações (BRASIL, 2014; Machado & Pinhati, 2014). Fatores como o aumento da expectativa de vida da população e o elevado número de casos de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), principais etiologias da DRC, vem sendo relacionados ao aumento dos casos (Jornal Brasileiro de Nefrologia [JBN], 2016; Oliveira, Formiga & Alexandre, 2014).

De acordo com a SBN (2014), a evolução clínica da DRC é dividida em estágios funcionais, os quais correspondem ao grau de comprometimento do desempenho renal e ao nível da taxa de filtração glomerular: capacidade do rim para depurar substâncias tóxicas e reabsorver solutos e componentes essenciais (Romão, 2004; Dallacosta, Dallacosta e Mitrus, 2017). Até o avanço final, para a insuficiência renal crônica terminal (IRCT), verifica-se cinco

estágios gradativos anteriores (BRASIL, 2014). Ressalta-se que os três primeiros estágios da doença renal correspondem ao período denominado de tratamento conservador ou fase pré-dialítica (BRASIL, 2014; Silva *et al.*, 2015).

Para fins didáticos, segue abaixo a tabela 01 de estadiamento e classificação da doença renal crônica a partir da verificação da taxa de filtração glomerular segundo a *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*.

Tabela 01

Estadiamento e classificação da DRC.

Estágio	Filtração glomerular (ml/min)	Grau de insuficiência renal
0	>90	Grupos de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	>90	Lesão renal com função renal normal
2	60-89	IR leve ou funcional
3	30-59	IR moderada ou laboratorial
4	15-29	IR severa ou clínica
5	<15	IR terminal ou dialítica

DRC = doença renal crônica; IR = insuficiência renal.

Na fase, denominada estágio zero – a função renal do paciente encontra-se resguardada. A filtração glomerular está dentro dos padrões. Nesta fase, há risco importante para determinados grupos de pacientes, principalmente aqueles que apresentam: hipertensão arterial, diabetes mellitus ou histórico familiar de doenças renais (Telles & Boita, 2015).

A fase correspondente ao estágio I é caracterizada pelo início da lesão renal e presença de proteinúria (excreção de proteínas na urina). No entanto há ausência de outros sintomas específicos e complicações. A capacidade e o ritmo da filtração glomerular (FG) encontram-se

nos padrões normais ou levemente elevados (Romão, 2004; Silva *et al.*, 2015) . A partir desta etapa, o prognóstico da doença dependerá intensamente de fatores como: a adequação do estilo de vida e adesão aos tratamentos de doenças sistêmicas associadas (Kirsztajn *et al.*, 2014).

O estágio II refere-se ao declínio renal de grau leve, a taxa de filtração glomerular é considerada levemente diminuída. Nesta fase, o controle do meio interior e a eliminação dos resíduos metabólicos são realizados pelos rins de maneira razoável não havendo alterações clínicas (Silva, Souza, Arenas & Barros, 2017).

A etapa III da DRC equivale à insuficiência renal de grau moderado, nesta fase, a eficiência da degradação metabólica está deficitária. É comum verificar elevados níveis de creatinina e ureia associados a sintomas de disfunção renal, no entanto a literatura aponta que neste período o paciente apresenta-se clinicamente estável (Machado & Pinhati, 2014; Bastos & Kirsztajn, 2011).

Os estágios mais avançados e graves desta patologia ocorrem a partir da fase IV no qual, a insuficiência renal já é considerada severa, avançada e claramente sintomática. Os sintomas de uremia (acúmulo de toxinas urêmicas no sangue) podem incluir dentre outros: anemia, fraqueza, edema, alterações digestivas, sintomas neurológicos e mudança de coloração da pele (Romão, 2004).

A fase terminal da doença renal crônica representa à falência das funções renais (insuficiência renal terminal) na qual os rins não realizam o papel regulatório necessário a manutenção da vida (Romão, 2004; BRASIL, 2014). Neste último estágio, o paciente apresenta intensos sintomas clínicos e para sobreviver necessita de terapia de substituição renal (Gonçalves *et al.*, 2015).

As estratégias terapêuticas que realizam a substituição renal são as terapias dialíticas, a saber: hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP), as quais realizam a filtragem e depuração

do sangue com auxílio de recursos médicos; e para os pacientes elegíveis há a opção da transplantação de um aloenxerto renal, onde o rim implantado passará a desempenhar as funções de filtração e eliminação de toxinas (Lemos 2016; BRASIL, 2014). A escolha da terapêutica mais adequada ao doente renal em estágio final é realizada pela equipe de saúde e paciente baseando-se fundamentalmente em critérios clínicos (BRASIL, 2014).

No que tange à hemodiálise, método de substituição renal mais utilizado no Brasil, trata-se de um recurso tecnológico que simula o processo biológico de filtração glomerular (Frazão *et al.*, 2014). A técnica é baseada no mecanismo de difusão e objetiva depurar fluidos e solutos, por intermédio de uma máquina denominada dialisador. Para que isso ocorra, o paciente necessita de uma via de acesso vascular que pode ser através de uma fístula arteriovenosa, obtida através de técnica operatória, ou através de um material sintético implantado denominado cateter duplo lúmen (Rudnicki, 2014; Gonçalves *et al.*, 2015).

O processo de filtração realizado pela HD é extracorpóreo. O sangue é impulsionado através de uma bomba para fora do corpo e por meio um tubo é transportado até o dialisador, neste compartimento o sangue é exposto à solução de diálise que retira o excesso de líquidos e toxinas, após isso, purificado retorna ao corpo do paciente através de outro tubo (SBN, 2014; Rudnicki, 2014). A HD é realizada em centros especializados ou hospitais, tradicionalmente a frequência é três vezes por semana com duração de três a quatro horas em cada sessão (Nascimento, 2013). Esta característica, inerente ao tratamento acaba impondo ao paciente o afastamento de suas atividades cotidianas e do convívio social (Brito *et al.*, 2017; Nascimento, 2013).

Outro recurso disponível para substituição renal é a diálise peritoneal, que pode ser dividida em duas modalidades, a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC). Ambas realizam o processo dialítico no próprio corpo do paciente e isso acontece através de um filtro natural chamado de peritônio (membrana que

reveste os órgãos abdominais), o peritônio age realizando os processos de filtração e remoção de toxinas. Para que ocorra a diálise, nas duas modalidades, é necessária a colocação cirúrgica prévia de um cateter permanente no abdome do paciente. Enquanto terapia a diálise apresenta como principais benefícios não exigir acesso vascular e ser realizada no próprio domicílio do paciente (SBN, 2014; Machado & Pinhati, 2014).

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) é realizada diariamente de forma manual no próprio domicílio, pelo paciente ou familiar treinado (SBN, 2014). Neste procedimento, utiliza-se uma solução a fim de se obter a purificação do sangue da seguinte maneira, através do cateter abdominal a solução é levada a cavidade peritoneal e após a infusão, o líquido passa um período determinado nesta região e posteriormente é drenado para uma bolsa externa (Machado & Pinhati, 2014; Costa, 2015). Na maioria das vezes, são necessárias quatro trocas ao dia e o tempo de troca é em torno de 30 minutos (Dias, Prado, Oliveira & Galdino, 2014).

O procedimento da dialise Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) ocorre de maneira semelhante, porém as trocas e drenagem do líquido são realizadas, diariamente à noite enquanto o paciente dorme e com auxílio de uma máquina cicladora. De forma automatizada, o equipamento infunde e escoa a solução de diálise na superfície peritoneal, fazendo as trocas conforme prescrição. O tempo total do processo dependerá do volume do líquido de cada drenagem, comumente é de aproximadamente 08 a 10 horas (SBN, 2014; Bedusch, 2017).

A modalidade do transplante renal (TX) tem sido descrita como a terapêutica mais efetiva para o tratamento da doença crônica terminal, em termos de minimização das limitações impostas pelas terapias dialíticas, mortalidade, custo-benefício e expectativa de vida (Oliveira, Santos & Salgado, 2012; Orlandi *et al.*, 2015). O objetivo da transplantação é substituir ou compensar as funções do órgão nativo doente; para que o procedimento cirúrgico se realize é necessário obedecer a diretrizes legais e clínicas (Siqueira, Figueiredo, Costa &

Riegel, 2016).

No que se mencionam aos aspectos legais e éticos, a doação e recepção de órgãos obedecem a leis específicas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde através do Sistema Nacional de Transplantes. No Rio Grande do Norte, a coordenação da política de transplante fica a cargo da Central de Transplante do RN, órgão ligado a Secretaria Estadual de Saúde Pública (BRASIL, 2009).

Em termos clínicos para que a intervenção ocorra, são realizadas avaliações pré-operatórias globais que incluem avaliações de saúde, psicossociais e psicológicas, as quais visam minimizar os riscos e favorecer desfechos positivos (Moura Souza & Oliveira, 2014). Destaca-se ser necessário identificar, à disponibilidade do órgão seja este proveniente de órgão captado com base na fila única de espera (estadual e/ou regional) ou de doador vivo (relacionado ou não com o receptor) bem como, a histocompatibilidade sanguínea e imunológica entre os tecidos (Mendonça, 2014; Costa, Neto & Sampaio, 2016).

Evidencia-se que, embora a literatura aponte que em comparação com as outras modalidades de substituição renal referidas acima, o transplante seja a terapia que eleva longo prazo a sobrevida do paciente e a que resulta em melhor prognóstico (Tizo & Macedo, 2015). Para que esta terapêutica, após o procedimento cirúrgico bem sucedido, continue apresentando resultados satisfatórios e melhor sobrevida do enxerto renal irá exigir do transplantado um comprometimento contínuo, sobretudo com a terapia imunossupressora, acompanhamento ambulatorial e cuidados com saúde de forma geral (Morais *et al.*, 2016).

Verifica-se deste modo que para além do sucesso do procedimento do transplante em si, o processo de adaptação e enfrentamento do paciente, bem como, sua capacidade de engajamento, adaptação e adesão a todas as exigências da DRC e tratamento, poderá interferir no sucesso da terapia e por consequência repercutir na sua qualidade de vida (Morais *et al.*, 2016).

Por fim, considerando os aspectos já mencionados a respeito da doença renal crônica e das terapias substitutivas e seus consequentes impactos fisiológicos e psicossociais na vida do paciente, cabe investigar como o transplante renal, terapêutica apontada na literatura como a mais adequada ao tratamento da DRC (Souto, Costa, Marques & França, 2016; Silva, Mansur, Araújo & Rocha 2016) afeta a qualidade de vida do paciente transplantado. O tópico a seguir tratará da qualidade de vida no transplante renal

2.2 O transplante renal e suas implicações na qualidade de vida do paciente

Os resultados terapêuticos do transplante renal dependem de uma complexa combinação de múltiplos fatores positivos e negativos (Santos, Viegas, Feijó, Lise & Schwartz, 2016). No entanto, de modo geral, o transplante renal tem sido apontado como uma terapêutica redutora de desfechos negativos para o doente renal crônico (Souza, Junior & Filho, 2012).

Nas investigações científicas, o transplante renal vem sendo frequentemente avaliado, sobretudo quanto à sua efetividade na elevação da longevidade e na redução da morbidade (Costa & Nogueira, 2014; Ortiz *et al.*, 2014). A atenção aos aspectos subjetivos e a própria qualidade de vida do paciente transplantado tem se tornado interesse das pesquisas recentemente (Costa & Nogueira, 2014; Czyzewski, *et al.*, 2014). Ao abordar a qualidade de vida, a literatura científica apresenta a predominância de pesquisas que buscam comparar a QV de pacientes transplantados com a população em geral. A exemplo de estudos como o de Nanna *et al.*, (2014), pesquisa longitudinal realizada com 110 pacientes noruegueses, o qual apontou que a QV de pacientes transplantados renais, a longo prazo de maneira global, é consideravelmente menor se comparada a população em geral.

Resultados semelhantes à pesquisa descrita acima foram encontrados na investigação de (Wei *et al.*, 2013) que investigou a QV de 88 pacientes, após 10 anos de transplante e encontrou uma QV mais pobre em relação a população geral. Apesar deste aspecto, as investigações científicas de modo geral consideram bem estabelecidos os benefícios do transplante para aqueles que necessitam de tratamento de substituição renal (Ortiz *et al.*, 2014).

O transplante renal é evidenciado na literatura nacional e internacional como um tratamento amplamente aceito e apontado como a melhor opção terapêutica para pacientes com doença renal irreversível (Costa & Nogueira, 2010; Nanna *et al.*, 2014; Mendonça, *et al.*, 2015). Os estudos indicam que este tratamento quando bem-sucedido pode aumentar a capacidade funcional elevando as chances de retorno à rotina de vida anterior ao surgimento da doença (Ay *et al.*, 2014; Costa & Nogueira, 2014; Ortiz *et al.*, 2014; Painter *et al.*, 2012).

Estudo desenvolvido na Finlândia, com 49 pacientes avaliados em períodos distintos, inicialmente quando estavam recebendo terapias dialíticas e após a efetivação do transplante renal, apontou que 57,4% de todos os pacientes que realizavam hemodiálise ou diálise peritoneal melhoraram sua QV, enquanto que 21,3% dos pacientes a mantiveram inalterada e 21,3 % dos receptores consideraram que a QV se deteriorou. Aspectos relativos a efeitos colaterais do uso de imunossupressores, evolução de comorbidades e medo da perda do enxerto renal relacionaram-se com a percepção de piora da QV (Ortiz *et al.*, 2014).

No âmbito nacional, uma pesquisa realizada no Piauí com 147 pacientes, indicou uma avaliação positiva da qualidade de vida após o transplante renal nos aspectos: capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e dor. À exceção da melhoria foi à dimensão aspecto físico, que neste estudo, obteve baixo escore (Costa & Nogueira, 2014). Outro estudo brasileiro realizado em 2014 com 63 receptores de rim, antes e após o transplante, apresentaram resultados que demonstraram melhora significativa na

qualidade de vida geral após o transplante, quando comparada a tratamento dialíticos anteriores. A retomada das atividades cotidianas, a redução de sintomas físicos como dor e fadiga, e a sensação de menor dependência do tratamento saúde, obtiveram correlação com uma melhor percepção da QV (Mendonça *et al.*, 2015).

A QV dos pacientes transplantados renais é considerada melhor que a de pacientes que realizam tratamentos dialíticos, entretanto, quando comparada à pacientes renais crônicos em tratamento conservador e a população geral é inferior (Nanna *et al.*, 2014; Gentile *et al.*, 2013). Corroborando esta informação, pesquisa realizada em Taiwan, demonstrou que pós-transplantados renais, possuem uma pior saúde física e psicológica comparando-se com a população geral (Wei *et al.*, 2013).

Estudo desenvolvido na França, com 1061 pacientes com enxerto renal funcionante há pelo menos um ano, chama atenção que, embora, as prerrogativas positivas a respeito do transplante renal estejam bem consolidadas, há amplas diferenças de QV entre os pacientes receptores. Nesta investigação, baixa carga de medicamentos imunossupressores, saúde psicológica e reinserção no mercado de trabalho, foram variáveis que alteraram positivamente a QV após o transplante (Gentile *et al.*, 2013).

Os escores mais altos referentes à QV após o transplante renal estiveram presentes em pacientes mais jovens, do sexo masculino e aqueles que usavam uma menor quantidade de comprimidos (Wei *et al.*, 2013, Gentile *et al.*, 2013). O benefício do transplante tende a ser menor em pacientes mais idosos e aqueles com múltiplas comorbidades (Wei *et al.*, 2013; Nanna *et al.*, 2014). Os piores índices de QV associam-se dentre outros: a presença de doenças infecciosas, a hospitalizações recorrentes e/ou recentes, maiores efeitos colaterais das medicações, saúde mental comprometida, menor nível educacional e desemprego (Gentile *et al.*, 2013). Os fatores psicossociais, como não possuir um cônjuge ou ser do gênero feminino, também foram identificados como fatores de risco para uma QV inferior (Müller *et al.*, 2015).

No que diz respeito à associação entre a atividade laboral e a QV após transplante, em um estudo brasileiro realizado no ano de 2014 os pesquisadores assinalaram que, o convívio social conquistado com o retorno ao trabalho, pode auxiliar a prevenir quadros psicopatológicos como a depressão e ansiedade. Além disso, essa reinserção no mercado pode favorecer a autoestima, estimular a sensação de competência e elevar o nível de satisfação pessoal o que pode contribuir para melhoria na QV geral (Costa & Nogueira, 2014).

Outro relevante aspecto na consideração da QV dos pós-transplantados renais refere-se à adesão as medicações imunossupressoras, requisito essencial para garantir o êxito do transplante. Pesquisa realizada no Irã com 230 receptores de rim apontou a não adesão aos medicamentos imunossupressores como condição que, pode levar à perda do enxerto, redução da QV e aumento a taxa de mortalidade dos transplantados (Hamedan & Aliha, 2014).

Vale salientar, a importância de se acompanhar e intervir na saúde e na evolução da QV dos pacientes transplantados, pois a progressão de comorbidades, juntamente com efeitos secundários das medicações, complicações clínicas e potenciais problemas psicológicos ou a perda do enxerto renal podem acarretar em piora da QV em pacientes após o transplante (Gentile *et al.*, 2013; Stømer, Bergrem & Goransson, 2013). Pesquisa realizada na Noruega com 76 pacientes acrescenta que a qualidade de vida inferior é um fator preditivo de mortalidade em paciente com doença renal terminal (Stømer *et al.*, 2013).

Detectar possíveis impedidores da QV após o transplante pode beneficiar esses pacientes. Por este motivo, torna-se relevante especificar e identificar os fatores pessoais, ambientais e clínicos que influenciam os resultados do transplante. Realizar o gerenciamento das complicações médicas e psicológicas que possam interferir na percepção da QV dos receptores de rim é essencial para o sucesso desta terapêutica, já que possibilita a adequação de intervenções (Raiesifar *et al.*, 2014).

Os aspectos acima supracitados foram pesquisados por um estudo realizado no Irã com

90 pacientes receptores de rim divididos em grupo experimental e controle. A pesquisa verificou que ao empregar um modelo de cuidado continuado para a saúde dos pacientes pós-transplantados, foi possível averiguar possíveis “impedidores” da QV após o transplante e partir disso, intervir e beneficiar esses pacientes. Neste estudo, houve melhoria na QV após o transplante, em ambos os grupos, todavia o grupo que recebeu o modelo de cuidado continuado obteve maiores escores de QV quando comparado ao grupo controle (Raiesifar *et al.*, 2014).

No que concerne, a inclusão da consideração dos aspectos psicológicos sobre a QV do paciente pós-transplantado, verificou-se que poucas pesquisas focalizaram esta dimensão. Nesta breve revisão, apenas um dos estudos possuía como objetivo principal a avaliação da resiliência, estratégia de enfrentamento e identificação de sintomas psiquiátricos e depressivos nesta população. Trata-se da investigação de Müller *et al.*(2015), realizada na Alemanha com 252 pós-transplantados, resultados da pesquisa concluem que, sintomas depressivos e ansiedade são indicativos de um menor escore de QV além disso, associam-se ao risco de maior mortalidade. O estudo ainda traz que estilos de enfrentamento adaptativos e a resiliência são fatores que podem contribuir para desfechos positivos para QV.

Embora seja notório o impacto significativo que os aspectos psicológicos possuem sobre a saúde e QV, este quesito é abordado de maneira acessória (Mendonça *et al.*, 2014), é necessário incluir a consideração dos aspectos psicológicos como indicadores expressivos de saúde e QV em todas as fases da doença renal e nos tratamentos substitutivos, como o transplante, pois fatores como: progressão de sintomas e limitações da doença, restrições e modificações da rotina do doente renal, podem causar efeitos psíquicos prejudiciais a percepção da QV (Alencar *et al.*, 2015).

A partir das pesquisas supracitadas, verificou-se que os principais aspectos de investigação a respeito da QV nos estudos abrangem: domínios de funcionamento referentes

aos aspetos físicos e a capacidade funcional; fatores psicossociais como os económicos e interações sociais. Embora de maneira secundária, também foram abordadas as condições psicológicas e o bem-estar. Assim como registrado nas investigações de Carvalho *et al.*(2012).

2.3 Estratégias de enfrentamento e aspectos psicológicos em pacientes transplantados renais

A transplantação de órgãos, em termos globais, é um procedimento complexo que além de abranger aspectos bioéticos e avanço da medicina e tecnologia, sobretudo envolve a subjetividade humana, mobilizando valores, crenças, sentimentos e emoções, já que há uma associação direta com a representação de vida e morte (Fontoura, 2012). Para além das representações sociais e psíquicas a cerca do transplante, a partir da efetivação da terapêutica, o paciente transplantado renal se percebe diante de uma nova condição clínica, a qual exige dele novos comportamentos e disposições para o autocuidado, temores, incertezas, expectativas e vivências de sensações diversas, sejam estas positivas ou negativas (Brito *et al.*, 2015).

Frente a estes desafios, o que pode fazer a diferença no resultado desta adaptação é a maneira como o transplantado vai lançar estratégias para lidar com as vicissitudes do tratamento. As estratégias de enfrentamento são respostas cognitivas, comportamentais e emocionais empregadas diante de situações consideradas estressoras; trata-se de um processo dinâmico associado à experiência de estresse (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010).

No que se refere ao estresse, Lazarus e Folkman, (1984) ao fundamentarem a teoria do estresse e *coping*, modelo hegemônico atualmente, referem que este ocorre a partir da interação indivíduo e seu ambiente podendo advir de uma causa interna ou externa. Para os autores, a situação estressora é compreendida pela pessoa como significativa e pressupõe

avaliações fisiológicas e cognitivas sendo desta forma, ativadora de processos de enfrentamento. A partir da teoria acima referida, pode-se dizer que o estresse é um processo dinâmico e contextual, e seu manejo irá depender de características ambientais, sociais e pessoais (Santos, 2013). Ressalta-se que este construto que tem sido investigado por diversas raízes teóricas. Entretanto, apesar de divergências conceituais, há certo consenso em considerar o estresse como uma reação biopsicossocial diante de um estressor (Chagas, 2010).

Voltando-se as estratégias de enfrentamento, cabe aqui mencionar, uma breve perspectiva respeito dos modelos teóricos e estudos voltados à investigação deste mecanismo. O estudo do *coping* vem ganhando destaque desde início do século XX. A princípio a perspectiva teórica dominante fundamentava-se na consideração de estilos hierárquicos com destaque para uma visão estrutural do *coping*, considerando-se, sobretudo mecanismos de defesas inconscientes, traços da personalidade e a psicologia do ego. Neste período, as críticas ao modelo dominante, fundamentado na visão psicanalítica do desenvolvimento humano, centravam-se principalmente na possível falta de consistência da teoria dos traços de personalidade e na dificuldade em se testar empiricamente tais proposições (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998; Ramos, Enumo e Paula, 2015).

A partir da década de 60/70 surge uma visão que passa a considerar o conceito de enfrentamento, como uma espécie de modelo interativo do estresse – postulado por Lazarus e Folkman (1984). Este modelo compreende o enfrentamento a partir do contexto da situação, a ênfase dada às estratégias de enfrentamento, volta-se ao entendimento do caráter processual e flexível, além de pressupor como requisito avaliação consciente e administração da situação considerada estressora (Jorge *et al.*, 2014; Ramos, Enumo e Paula, 2015).

Com base no interesse pela investigação deste construto tanto pela psicologia como pelas áreas afins, principalmente nos contextos de saúde, passou-se a estabelecer critérios de avaliação e mensuração. A construção de instrumentos para investigação do *coping* ocorreu

em diversos países, destacam-se autores basilares na construção de instrumentos como: Folkman & Lazarus (1980) com o *Ways of Coping Checklist* (68 itens) em seguida, Vitaliano *et al.*(1985) a partir de análises fatoriais e de conceito chegaram a uma nova versão da versão da *Ways of Coping Checklist* (57 itens) ressalta-se que esses autores compartilhavam a visão do modelo interativo do estresse.

Quanto à classificação, as estratégias de enfrentamento são estabelecidas dois modelos básicos, que podem atuar de forma simultânea e complementar, a saber: enfrentamento centrado no problema e enfrentamento voltado a emoção. O primeiro refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais que buscam confrontar e modificar a situação estressora; o segundo são os esforços que visam mediar e paliar – sensações desagradáveis e o impacto emocional negativo do evento estressor – esta estratégia pode corresponder em algumas situações, a atitudes de distanciamento em relação à fonte de estresse. Além destas estratégias de *coping* fundamentais, há inúmeras outras das quais se destaca a busca pelo suporte social e as práticas e pensamentos religiosos (Lazarus & Folkman, 1984; Vitaliano *et al.*, 1985; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2011).

As estratégias de enfrentamento que se baseiam na busca de suporte social são aquelas focalizadas nas relações interpessoais. Nessa estratégia o indivíduo procura apoio externo para resolver ou amenizar as demandas decorrentes do evento estressor, é considerada um fator psicossocial positivo (Silva *et al*, 2016). A estratégia centrada na religiosidade é aquela em que se busca o manejo da situação adversa através da fé e das práticas religiosas. A depender de como esse modo de enfrentamento é empregado, pode produzir efeitos adaptativos ou não adaptativos frente à situação de adoecimento (Gobatto & Araujo, 2010; Santos, 2012).

Diante do processo saúde-doença, as estratégias de *coping*, correspondem ao leque de ferramentas acessadas pelo paciente a fim de se minimizar o custo psíquico em decorrência dos desafios e transições enfrentadas ao longo do adoecimento e tratamento (Viana &

Kohlsdorf, 2014). Ao considerar adoecimento como processo gerador de crise e desestruturação pessoal, o qual é envolto de sofrimento e necessidade de adaptação, os recursos de enfrentamento são elementos estruturantes que podem auxiliar no gerenciamento dos impactos causados pelo adoecimento; uma vez que, estão associados à busca pelo controle pessoal frente à situação de estresse (Melo, Zeni, Costa & Fava, 2013; Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007).

No contexto do adoecimento as estratégias de enfrentamento exercem papel mediador na tríade indivíduo – saúde – doença (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007). A disposição adaptativa diante da doença e o uso de estratégias ativas de enfrentamento estão relacionados a fatores como: motivação para o autocuidado e a adesão ao tratamento de saúde, os quais podem contribuir positivamente no processo de adaptação frente às enfermidades (Seidl, Melchíades, Farias & Brito, 2007). Em contrapartida, admite-se que determinadas estratégias de enfrentamento frente às demandas do adoecimento, podem conduzir a um padrão adaptativo ineficaz (Brito *et al.*, 2015).

Considerando o processo saúde-doença as estratégias de enfrentamento tem sido foco de pesquisadores em diferentes áreas. Dentre estas, destacam-se: a oncologia, a exemplo das pesquisas de Iamin e Zagonel (2011); Costa e Leite, (2009) e Campos e Otatti (2014); às pesquisas voltadas às doenças de comprometimento imunológico como as investigações de Catunda, Seidl e Lemétayer (2017) e Pinho, Dâmaso e Gomes (2017) e as investigações que se voltam aos doentes renais crônicos hemodialíticos com os estudos de Lira (2015); Marques, Botelho, Marcon e Pupulim (2014) e Ferreira *et al.*, (2011).

No entanto, de forma geral são escassas as pesquisas que se voltam às estratégias de enfrentamento de pacientes pós-transplantados renais (Costa-Requena *et al.*, 2014; Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007; Muller *et al.*, 2015). Verifica-se que não somente as estratégias de enfrentamento, mas os aspectos psicológicos e psicopatológicos no pós-transplante renal

têm sido pouco abordados pela literatura.

Apesar disso, é bem estabelecido pela comunidade científica que, o paciente receptor de enxerto renal ao longo de seu tratamento se depara com estressores que desafiam o bem estar psicológico e sua qualidade de vida (Costa-Requena *et al.*, 2014). De acordo com Fontoura (2012), desde o período pré-operatório, o paciente experimenta situações conflitantes e estressantes. Por exemplo, nesta fase são comuns sentimentos ambivalentes, temor do procedimento cirúrgico e da anestesia, temor das modificações na imagem corporal e medo da morte.

Ao longo do seguimento do transplante renal, os estressores permanecem, assim como a cronicidade da doença renal. Um fator de constante preocupação na vida do transplantado se refere às dúvidas quanto à durabilidade e sobrevida do órgão, pois nesta terapêutica não há garantia de prazos, haja vista que as rejeições e deterioração do enxerto renal podem ocorrer a qualquer tempo. Estes aspectos são fatores contribuintes para a instabilidade emocional e para o sofrimento psíquico do paciente transplantado (Navarrete & Slomka, 2014).

Destaca-se que, mesmo após longo prazo cirúrgico, o paciente encontra-se exposto a contínuas demandas e desafios referentes ao contexto de saúde física e emocional. Necessitando desta forma, acessar recursos pessoais cognitivos, psicológicos e sociais que possam ajuda-los a administrar a situação (Brito *et al.*, 2015). Voltando-se aos aspectos psíquicos dos pacientes transplantados renais – Alencar, Silva, Salgado, Santos, Ferreira e Corrêa (2015), ressaltam que é essencial que se reconheça e se avalie aspectos psicopatológicos de transplantados a fim de se contribuir para minimização de estados psíquicos disfuncionais e desfechos negativos como a perda do enxerto renal.

No estudo de Müller *et al.* (2015), que avaliou aspectos referentes à qualidade de vida, *coping* e resiliência em 269 pacientes em terapia de substituição renal, em fase pré e pós-transplante, é sinalizado que a existência de alterações psíquicas como ansiedade e depressão

está relacionada a um maior comprometimento somático dos pacientes transplantados. Nesta investigação, verificou-se pouca diferença quanto à presença de sintomas psiquiátricos e psicológicos em pacientes hemodialíticos e transplantados. Diante deste achado, os autores chamam atenção para necessidade de atenção à saúde mental dos doentes renais crônicos mesmo após o transplante.

Além de aspectos voltados a saúde mental, é de suma importância que a rede de assistência à saúde do transplantado renal considere também os modos de enfrentamento destes pacientes. O estudo de Brito *et al.*, (2016), chama atenção que equipe de saúde deve buscar conhecer as estratégias de enfrentamento desta população e quando necessário intervir, uma vez que o manejo de fatores de estresse nestes pacientes estão relacionados a importantes comportamentos, voltados por exemplo, a disposição adesão ou não aos medicamentos imunossupressores.

Face ao exposto, pode-se afirmar que o processo de enfrentamento é de suma relevância, pois, este pode relacionar-se tanto as respostas adaptativas que podem facilitar a aceitação da doença e a predisposição para mudanças comportamentais produtoras de saúde, como pode associar-se a modos dificultadores de um bom ajustamento biopsicossocial (Bertamoni & Dornelles, 2013). Por fim, verificou-se a partir deste apanhado da literatura que é escassa a bibliografia que investigue o construto estratégias de enfrentamento em receptores de transplante renal. Embora seja reconhecido pela literatura científica que estes pacientes vivenciam processos de estresse e tensões psíquicas que podem comprometer sua saúde e qualidade de vida.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral:

Avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais.

3.2 Específicos:

Investigar se há correlação entre qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais.

Averiguar potenciais relações entre a qualidade de vida e as condições clínicas e sociodemográficas nos pacientes estudados.

Investigar se há relação entre variável tempo de transplante renal com a qualidade de vida e os modos de enfrentamento.

4. Métodos

4.1 Desenho do estudo

O delineamento optado para alcançar os objetivos propostos foi à realização de um estudo transversal e correlacional com características quantitativas. O estudo transversal busca obter informações de uma única vez a partir de sujeitos em uma série de distintas condições que, espera-se, serem significativas para a mudança. O estudo correlacional é uma maneira de verificar a relação entre variáveis, não possui o objetivo concluir causas, mas verificar associações possíveis (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond, & Smith, 2010).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no ambulatório especializado em nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), localizado em Natal, no Rio Grande do Norte. O HUOL é credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviço à população em múltiplas especialidades. Esta unidade hospitalar é a referência do Estado no programa de Transplantes Renais, a unidade ocupa, em nível Norte/Nordeste, a quinta colocação no ranking dos hospitais que mais realizam transplantes renais (ABTO, 2015).

4.3 Sujeitos

Os participantes da pesquisa foram pacientes transplantados renais que realizam o acompanhamento clínico e de rotina em nível ambulatorial. A seleção dos participantes aconteceu através de aceitação voluntária e a partir da concordância e formalização do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para obtenção de um número amostral com maior representatividade, optou-se por considerar os dados referentes ao número de transplantes renais realizados no Rio Grande do Norte durante os anos de 2012 a 2015. De acordo com a ABTO, foi realizado neste período, um total de 246 transplantes renais. O cálculo da amostra foi baseado na fórmula de determinação do tamanho da amostra para populações finitas com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{NZ_c^2 \pi(1 - \pi)}{\varepsilon_p^2 (N - 1) + Z_c^2 \pi(1 - \pi)}$$

A amostra calculada considerou os seguintes parâmetros: O N representa o tamanho da população, ou seja, 246. O Z evidencia o valor crítico equivalente ao grau de confiança desejado, que é de 95% (erro amostral de 5%), sendo $Z = 1,96$ (valor tabelado). O valor de π corresponde à proporção populacional de indivíduos que pertencentes à categoria que será pesquisada, entretanto, quando não se sabe a respeito desta proporção, pode-se atribuir o valor de 0,5, de acordo com Levine, Berenson e Stephan (2000). Desta forma obtém-se:

$$n = \frac{246 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(246 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{236,25}{0,6125 + 0,9604} = \frac{236,25}{1,5729} = 150,20$$

Como resultado, alcançou-se uma amostra de 150 pacientes pós-transplantados renais.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser paciente transplantado renal, estar na faixa etária entre 20 anos a 59 anos de idade, a qual se refere à população adulta segundo a OMS, ter realizado o transplante renal há pelo menos três meses, tempo mínimo de recuperação cirúrgica após o transplante renal conforme recomendação da ABTO, e enquadrar-se na faixa

de pacientes com até 10 anos de transplante, após o período citado, os agravos e rejeições crônicas do enxerto renal podem atingir quase a totalidade dos pacientes transplantados impactando negativamente a sobrevida do órgão que na ocasião aproxima-se de 72,1% (Andrade *et al.*, 2014, Manfro, 2011). Considerando o exposto, e a fim de desviar-se de possíveis vieses advindos da condição de saúde optou-se por abarcar apenas a população citada.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: transplantados renais que estejam apresentando complicações clínicas que impossibilitem a participação na pesquisa, pacientes com história prévia de doença psiquiátrica grave e os pacientes que perderam o enxerto renal.

4.4 Protocolos e Instrumentos

Os instrumentos propostos para a realização desta pesquisa são validados para a realidade brasileira e possuem características que permitem averiguar os aspectos referidos nos objetivos desta pesquisa. Serão utilizados como protocolos:

A) Questionário Clínico e Sociodemográfico: objetivou obter dados referentes à idade, sexo, naturalidade, escolaridade/tempo de estudo, estado civil, religião, tempo de realização do transplante, dados de saúde e tratamento, comorbidades, ocorrência de hospitalização e situação profissional. O questionário seguirá um roteiro de entrevista estruturado elaborado para o presente estudo. [Apêndice A]

B) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: documento cujo conteúdo fornece informações sobre a pesquisa, identificação dos pesquisadores, riscos, benefícios, confidencialidade e garantias de outros direitos (a assistência psicológica em caso de dano decorrente da pesquisa e ressarcimento de gastos por causa da investigação, mediante comprovação e solicitação). [Apêndice B]

C) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP. [ANEXO B]

A escala avalia as estratégias de enfrentamento através de 45 itens que compõe quatro fatores numa escala do tipo likert 1 a 5 (1= eu nunca faço isso; 2 = eu faço isso um pouco; 3 = eu faço isso às vezes; 4 = eu faço isso muito; 5 = eu faço isso sempre). No final do questionário há a seguinte questão subjetiva: Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com seu problema? A avaliação da EMEP é realizada de acordo conforme sugerido pelos autores, da seguinte forma: o valor atribuído a cada fator é resultado da média aritmética de cada item que o compõe. A escala foi adaptada ao português por Gimenes e Queiroz (1997) e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001).

No que se refere à distribuição dos fatores, a escala segue o seguinte modelo:

Fator 1 – Enfrentamento focalizado no problema é representado pelas seguintes questões: 01, 03, 10, 15, 16, 17,19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42 e 45 (totalizando 18 itens); Fator 2 – Enfrentamento Focalizado na emoção engloba as perguntas: 02, 05, 11, 12, 13,18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37 e 38 (total de 15 itens); Fator 3 – Enfretamento focalizado em práticas religiosas/pensamento fantasioso: 06, 08, 21, 26, 27, 41 e 44 (totaliza 7 itens); Fator 4 – Enfrentamento voltado à busca de suporte social: 04, 07, 09, 31 e 43 (total de 5 itens).

A parte final do instrumento EMEP, traz uma questão subjetiva que pretende abarcar outras estratégias de enfrentamento não contempladas pelo instrumento. Trata-se da seguinte pergunta: você tem feito alguma outra coisa para lidar com condição de ser um paciente transplantado renal? Para demonstrar as respostas que foram dadas pelo pacientes, procedeu-se da seguinte forma: em primeiro lugar, buscou-se realizar a leitura de todas as respostas em seguida, procedeu-se a categorização das temáticas a partir da frequência realizando-se o agrupamento das respostas comuns, conforme sugerido por Silva (2005).

D) O instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. [ANEXO A]

Instrumento produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que objetiva avaliação da percepção da qualidade de vida, considerando que a mesma é caracterizada por ser um construto pessoal, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Trata-se um instrumento genérico que avalia as dimensões da qualidade de vida, podendo ser aplicado à população saudável, ou a grupos que possuem condições de saúde específicas ou gerais (Kluthcovsky, Aragão & Kluthcovsky, 2009). Ressalta-se que o instrumento é adaptado para o Brasil por Fleck (2000) é considerado confiável e fidedigno e segundo as propriedades psicométricas.

O WHOQOL-Bref é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100. A versão abreviada apresenta 26 questões, das quais as duas primeiras, são questões que visam avaliar a qualidade de vida global as demais questões se referem as 24 facetas presentes no instrumento original. As respostas para cada questão são organizadas numa escala do tipo likert de 1 a 5 pontos. As 24 questões compõem quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

A composição dos domínios acontece da seguinte maneira: I - domínio físico é composto por dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de tratamento ou medicação e capacidade de trabalho. II - Domínio psicológico abarca as seguintes dimensões: sentimentos positivos; aprendizagem, memória e concentração; autoestima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade e crenças pessoais (Fleck, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

Os demais domínios são: III - domínio das relações sociais - relações pessoais; suporte/apoio social e atividade sexual. E por fim, o IV- domínio meio ambiente composto o qual é composto por segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade) oportunidades de adquirir novas

informações e habilidades; participação/oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (Fleck, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

Para a avaliação do instrumento, inicialmente realiza-se a recodificação das questões 3,4 e 26 (que possuem valor negativo) após esse procedimento, efetua-se os cálculos dos escores brutos os quais se referem às médias aritméticas tanto das facetas quanto dos domínios. Conforme instrução do grupo WHOQOL, os escores brutos são convertidos inicialmente em uma escala de 0 a 40 e posteriormente na escala analógica de 0 a 100. Os escores seguem uma direção positiva, isto é, quanto mais alto melhor é a qualidade de vida (Fleck, 2000).

4.5 Aspectos Éticos:

A pesquisa seguiu todos os trâmites recomendados aos estudos envolvendo seres humanos em cumprimento à Resolução nº. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) obtendo aprovação das instituições sob o CAAE 56191516.0.0000.5537 e parecer 1.599.728/2016. A participação dos pacientes transplantados renais aconteceu de forma voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguiram-se de forma criteriosa, as orientações e os preceitos resguardados por este instrumento. A guarda do material obtido pela pesquisa obedecerá ao prazo de cinco anos, o mesmo encontra-se em local seguro. Ressalta-se que foram resguardadas as identidades de todos os participantes da pesquisa.

4.6 Procedimento de coleta dos dados

A assistência e o acompanhamento à saúde dos pacientes transplantados renais ocorrem de maneira continuada a nível ambulatorial. No HUOL, além da prestação do serviço médico, é disponibilizado ao paciente acesso à equipe multiprofissional e aos exames diversos. O convite à participação e coleta de dados para a pesquisa ocorreu no ambulatório de nefrologia, em horário conveniente ao paciente antes ou após as consultas marcadas. Os dados foram coletados individualmente em local reservado e destinado a esta finalidade. A leitura e formalização do TCLE precedeu a aplicação dos instrumentos, que aconteceu em um único momento, a fim de evitar vieses.

A coleta de dados aconteceu durante o período de setembro de 2016 a agosto de 2017, no setor de nefrologia do HUOL, no período da manhã e/ou tarde, a depender da existência de pacientes agendados para consulta com o médico nefrologista. Neste sentido, a técnica de amostragem se deu por conveniência. Todas as entrevistas foram realizadas por um único pesquisador. Para os instrumentos utilizados, precedeu-se a leitura assistida (em voz alta), em caso de dúvida, repetia-se a leitura da questão de forma pausada, não havendo explicações extras sobre o item.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi baseada na estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva objetiva resumir as principais características em um conjunto de dados. É considerada a melhor estimativa que o pesquisador possui do parâmetro de uma população. A estatística inferencial refere-se ao uso dos dados de uma amostra com a finalidade de se fazer enunciados a respeito da população da qual essa amostragem procede (Breakwell *et al.*, 2010).

Para proceder à apreciação dos dados, em primeiro lugar, os mesmos foram organizados e armazenados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), após esta etapa os dados foram inseridos e analisados através da utilização de um software de processamentos de dados estatísticos para ciências sociais (SPSS) versão 20.0.

Para as análises das estatísticas descritivas, os dados foram organizados e apresentados através de frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. A análise inferencial foi precedida pela verificação da distribuição da normalidade de todas as variáveis através do teste de Kolmogorov Smirnov. A partir deste teste, verificou-se que variáveis investigadas se comportaram de forma não paramétrica. Para análise inferencial, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para verificar as correlações possíveis de acordo com as características de cada variável e o teste U Mann – Whitney para se testar hipóteses e realizar as diferenciações.

Para fins de esclarecimento a respeito às correlações realizadas, adotou-se classificações de magnitude conforme os seguintes critérios: correlação $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $\geq 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $\geq 0,5$ (de forte magnitude). De acordo com o estabelecido em Scattolin, Diogo e Colombo (2007).

5. Resultados e Discussão

A seguir serão apresentados os resultados e as discussões dos dados obtidos pelo estudo. Inicialmente serão dispostas as informações referentes à caracterização da amostra, a saber: Aspectos sociodemográficos e dados clínicos. Em seguida, serão expostas às análises dos objetivos geral e específicos da pesquisa.

5.1 Aspectos sociodemográficos

A amostra foi composta por 150 pós-transplantados renais, que se encontravam em seguimento ambulatorial. As informações coletadas através do Questionário Clínico e Sociodemográfico apontaram uma discreta predominância do gênero masculino, correspondendo a 56% do grupo estudado, em contrapartida as mulheres representaram 44% da amostra. Os dados apresentados estão em conformidade com os estudos de Mendonça, (2014), realizados no Rio Grande do Norte com 63 pacientes que se submeteram ao transplante de rim, em que o gênero predominante foi o sexo masculino com 61,9% da amostra, enquanto que a frequência de mulheres foi de 38,1%.

A predominância do sexo masculino em tratamento de substituição renal tem sido referida em outros estudos. Pesquisa realizada por Moura, Souza e Oliveira (2014) com 202 pacientes renais terminais que se encontravam em lista de espera para o transplante rim, apresentou como resultado a frequência de 65,84% para população masculina.

A literatura aponta que histórica e culturalmente, os homens possuem uma maior dificuldade em reconhecer e cuidar das suas necessidades de saúde. A perspectiva patriarcal de invulnerabilidade masculina acaba contribuindo para um comportamento não preventivo que conduz a maus prognósticos de saúde e ao manejo inadequado de sinais e sintomas de

doenças de base, como hipertensão e diabetes, as quais se constituem fatores associados à evolução do dano renal e a conseqüente necessidade de TSR (Cavalcanti *et al.*, 2014).

Em relação a variável idade, organizou-se a distribuição através de quatro faixas etárias: 1ª) 20 – 29 anos que representou 14,7% da amostra, 2ª) 30 – 39 anos 20,7%, 3ª) 40 – 49 anos 30% e 4ª) 50-59 anos 34,7% onde se verificou prevalência dos entrevistados. Neste quesito, observou-se uma média de idade 43,01 anos (DP 11,022). Dados semelhantes foram encontrados na investigação de Nogueira e Costa (2014), em que a média de idade dos receptores de rim em acompanhamento ambulatorial após seis meses de transplante foi de 40,8 anos (DP=11,6) e a faixa etária de maior representatividade correspondeu a 41-59 anos.

Cabe ressaltar, que a população idosa não foi incluída neste estudo. No entanto, verificou-se que as pessoas a partir de 50 anos, representaram a maior parcela dos transplantados entrevistados. Tal característica está em consonância com a crescente prevalência de doenças crônicas e agravos de saúde na população adulta brasileira. Dados do Ministério da Saúde expressam que, cerca de 40% dos adultos possuem pelo menos uma doença crônica (Brasil, Ministério da Saúde [MS], 2014).

No que se refere aos dados conjugais, independentemente do sexo, constatou-se que 43,3% dos transplantados são casados, os solteiros representaram a segunda maior parcela 24%, união estável correspondeu a 16%. As menores frequências foram de separados/divorciados 14,7 % seguidos por viúvos 2%.

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Souza e Dutra (2013), que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida de após transplante renal. Na investigação mencionada, 52,4% dos pacientes eram casados enquanto que 42,8% eram solteiros. No quesito filhos, 70,7% dos pacientes afirmaram possuir filhos, enquanto que 29,3% afirmaram não possuir.

Quanto ao grau de instrução, o ensino fundamental (completo ou incompleto) teve o

maior predomínio representando 46% dos entrevistados, em sequência vem o ensino médio (completo ou não) com 40,7%. O percentual menor correspondeu ao nível superior com 13,3% dos entrevistados. Na pesquisa de Martins (2015), realizada com 237 transplantados renais em uma cidade nordestina, encontrou-se um contexto similar quanto à baixa escolaridade. Na investigação 40,4% da amostra declararam ter apenas o ensino fundamental (completo ou não). Os dados acima refletem a realidade do nordeste brasileiro, que se encontra dentre as piores taxas de escolarização e os maiores índices de desigualdades educacionais do país (Rodrigues, Araújo, Guedes & Silva, 2017).

Em relação à renda familiar mensal, optou-se pela divisão em duas categorias salariais. Conforme distribuído na tabela 02.

Tabela 02

Caracterização sociodemográfica quanto a variável renda familiar mensal

Variável		N	%
Renda familiar mensal	Até 2 salários mínimos	120	80
	Acima de 2 salários mínimos	30	20

A faixa de renda de até 02 salários mínimos foi a mais frequente correspondendo a 80% dos transplantados. Nos estudos de Mendonça e colaboradores desenvolvidos nos anos de 2006 e 2014 no mesmo hospital universitário em que esta pesquisa ocorreu, apresentou resultados análogos nas duas investigações com predominância de renda familiar mensal dos transplantados renais de até 2 salários mínimos. O perfil de renda observado equivale ainda ao padrão encontrado em estudo nacional multicêntrico realizado por Sanders-Pinheiro, Marsicano, Colugnati, Geest e Medina (2017) com 1130 transplantados renais, no qual o perfil renda familiar mediana encontrado foi de 2 salários mínimos/mês.

No que se menciona aos dados referentes à atividade laboral, houve um predomínio de pacientes que informaram não está trabalhando 87,3%, em contrapartida a uma minoria 12,7% que informou estar empregada. Dos que se encontravam sem vínculo empregatício (n=131), 42% destes eram aposentados, 35,3% recebiam benefícios do INSS e outros 10% não eram contemplados com benefícios sociais e encontravam-se sem nenhuma fonte de renda própria no período da pesquisa.

No tocante aos dados laborais destacados, evidencia-se que apesar da transplantação, objetivar, dentre outros aspectos, a reintegração do transplantado ao convívio social e as atividades laborativas, somente um número reduzido desses pacientes é reinserido em atividade profissional, após sucesso do transplante renal (Santos *et al.*, 2015). A inatividade após o transplante de rim é achado corriqueiro nos estudos que, em algum aspecto, abordam os dados profissionais dessa população. Nas análises de Cardoso, Cavalcante e Miranda (2014), realizadas no estado do Maranhão, verificou-se que dos 150 transplantados renais estudados, 89 (59%) eram inativos laboralmente.

Para Costa e Nogueira (2014), diversos fatores dificultam a reinserção dos receptores de transplante renal ao mercado de trabalho. Dentre estes, destaca-se: o desinteresse e a negativa dos empregadores na contratação de transplantados, a idade do paciente quando ocorreu o transplante renal – pessoas mais velhas possuem maior dificuldade para se reintegrar ao mercado – a baixa escolarização, o tipo de profissão exercida antes do transplante – profissões que exigiam maior esforço físico possuem contraindicações para o reingresso. Além desses, há ainda o desejo do paciente em manter seus benefícios previdenciários (auxílio doença ou aposentadoria).

Ressalta-se que a rotina do transplantado, possui distinções e limitações em comparação com as pessoas saudáveis. A diferença ocorre principalmente devido aos cuidados contínuos exigidos para a manutenção do enxerto renal saudável, a fim de se evitar o risco de

complicações ou rejeições (Santos *et al.*, 2015).

Dados relativos à procedência em termos geográficos indicaram que, 72,7% dos pacientes são provenientes do interior do estado e 27,3% são da capital potiguar. Ressalta-se que nenhum dos entrevistados era proveniente de outros estados brasileiros. As características supracitadas refletem o perfil do hospital Universitário Onofre Lopes, o qual é uma unidade pública, referência em média e alta complexidade em diversas áreas para todo o Rio Grande do Norte.

No quesito religiosidade, a maioria dos entrevistados referiu possuir alguma religião dentre as citadas, a católica obteve as maiores frequências com 56%, seguidos dos evangélicos 32%, os que referiram não possuir religião representaram 10%. As menores frequências foram de outras religiões cristãs 1,3% e por fim, 0,7% de pessoas espíritas. O resultado encontrado nesta pesquisa corrobora com as estatísticas do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual, registrou-se que 92,6% da população brasileira possuem uma religião e a maior parte destes, 64,6% são católicos (IBGE, 2010).

5.2 Características Clínicas

Em relação à terapia renal substitutiva os pacientes realizavam antes do procedimento do transplante renal, os dados destacaram que a maior parte destes pacientes (n=142) se submetia ao tratamento hemodialítico. Apenas oito transplantados realizavam outras formas de tratamento de substituição renal. De acordo com o apresentado na tabela 03 a seguir.

Tabela 03

Caracterização clínica quanto à terapia de substituição renal anterior ao transplante

Variável		N	%
Terapia de substituição renal anterior ao transplante	Hemodiálise	142	94,7
	Diálise peritoneal	4	2,7
	Tratamento Conservador	4	2,7

No Brasil, a hemodiálise, vem se configurando como uma terapia hegemônica. Dados do último censo brasileiro de diálise (2016) aponta que 91% dos pacientes em tratamento de DRCT realizam o procedimento de HD (Sesso, Lopes, Thomé, Lugon & Martins, 2016).

Quanto ao tipo de doador (vivo ou cadáver), 78,7% dos transplantados investigados, eram receptores de doador falecido enquanto que 21,3% receberam o enxerto renal de doador vivo. Considerando dados nacionais, segundo a ABTO (2017), em 2017, o número de transplantes renais com doador cadáver cresceu 11,16% enquanto que a transplantação intervivos, caiu 6,8%. No Rio Grande do Norte, dos 62 transplantes renais realizados no período supracitado, 48 transplantes foram com doador falecido, em contrapartida 14 enxertos renais foram obtidos de doador vivo.

A diminuição do número de doadores vivos vem refletindo uma nova postura das equipes, as quais estão manifestando cautela para esse tipo doação. Além disso, reflete uma mudança da sociedade que paulatinamente vem demonstrando maior conscientização sobre a doação de órgãos ABTO (2017). Nota-se que o perfil da amostra estudada seguiu a tendência nacional e estadual.

Sobre o tempo de realização do transplante considerado em meses, a média foi de 50,19 (DP 36,38). A partir do agrupamento desta variável em três faixas, obteve-se os seguintes resultados: houve predomínio de transplantados que enquadraram-se na categoria de 03-40 meses de transplante, em seguida apareceram aqueles que realizaram o transplante entre

41-81 meses e por último, os transplantados que se encontravam no intervalo de 82- 120 meses pós transplante renal. Conforme disposto na tabela 04.

Tabela 04

Caracterização clínica quanto ao tempo de transplante renal em meses

Variável	N	%
Tempo de transplante	3 – 40 meses	46
	41 – 81 meses	29,3
	82 – 120 meses	24,7

No que diz respeito ao tempo de espera para a realização do transplante, considerou-se apenas os pacientes que estiveram em fila única do transplante renal, ou seja, aqueles que receberam o rim de doador falecido (n=118), logo foram excluídos 32 pacientes que conseguiram um doador vivo compatível para realização do procedimento e não necessitaram passar pela fila. O tempo médio de espera para realização do transplante foi de 20,63 meses com mínimo de 01 mês e máximo de 156 meses. Considerando dados nacionais, Torres *et al.*, (2013) indicam que o tempo médio de espera por um rim é de aproximadamente 2,8 anos.

Quanto à presença de comorbidades associada à doença renal, 83% dos pacientes afirmaram possuir pelo menos uma. Em relação as mais prevalentes destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), citada por: 114 pacientes. Dentre os transplantados hipertensos, 31 possuíam em concomitante o diagnóstico de diabetes mellitus. O alto quantitativo de hipertensos encontrado na população deste estudo é respaldado pelos dados da literatura, os quais apontam a HAS associada tanto a causa como a consequência da DRC (Pereira *et al.*, 2016; Pinho, Silva & Pierin, 2015).

Ainda em relação às comorbidades, o estudo de Beber, Fontela, Herr e Winkelmann

(2017), que objetivou avaliar a qualidade de vida de transplantados renais após longo período de transplante, apresentou os seguintes resultados em relação à presença de comorbidades: 87,5% dos receptores de rim eram hipertensos e 45,9% eram diabéticos. Os dados referidos corroboram com os achados deste estudo.

No que tange as informações a respeito das internações nos últimos 12 meses, (34%) dos 150 pacientes necessitou se hospitalizar. As doenças infecciosas foram responsáveis pela maior parte destas internações. A investigação de Ghisi *et al.* (2017), desenvolvida no estado de Rondônia, demonstrou resultados correlatos, onde 74,8% das internações de transplantados renais entre maio/2014 e dez/2016 em um hospital universitário, foram em decorrência de infecções. No presente estudo, após as infecções, seguiram-se com maior frequência as rejeições, complicações vasculares e urológicas e outras patologias diversas, as quais foram citadas como motivos internações.

A imunossupressão medicamentosa é um importante aspecto a ser considerado na compreensão deste desfecho, pois, trata-se de um fator de risco para o desenvolvimento de infecções oportunistas (Taminato *et al.*, 2015). Os mesmos autores destacam ainda que, a prevalência de complicações infecciosas após transplante de rim pode chegar a 80%.

Aspectos referentes à autoavaliação a respeito do nível de satisfação com o transplante renal e a percepção de aspectos positivos e negativos relacionados à terapêutica, também foram investigados. As distribuições das respostas obtidas estão representadas na tabela 05 a seguir.

Tabela 05

Percepção de aspectos positivos e negativos advindos do transplante renal

Variável		N	%
O Transplante renal trouxe algum aspecto negativo	Nenhum	113	75,3
	Poucos	30	20
	Alguns	6	4
	Muitos	1	0,7
O Transplante renal trouxe algum aspecto positivo	Nenhum	1	0,7
	Poucos	5	3,3
	Alguns	19	12,7
	Muitos	125	83,3

Para esclarecimento dos aspectos vistos como positivos e negativos, foi solicitado que o mesmo especificasse o que considerava como fator negativo ou positivo advindo do transplante renal. A maior parte dos pacientes não referiu aspectos negativos advindos da terapêutica da transplantação renal.

Sobre essa escassa referência ao aspecto negativo, à investigação de Brito, Paula, Grincenkov, Lucchett e Sanders-Pinheiro (2015) verificou que pacientes transplantados renais habitualmente mantém na memória lembranças aversivas sobre o período do tratamento dialítico, havendo temor em se perder o enxerto renal e assim voltar a depender da máquina dialisadora. Assim, compreende-se que a comparação com o vivido na terapia dialítica, no período anterior ao transplante, aliado à falsa crença de “cura”, são fatores que podem relaciona-se em parte, com a avaliação predominante positiva a respeito da transplantação pelos receptores de rim.

Na presente investigação, os aspectos negativos foram considerados somente por 25,30% dos transplantados entrevistados. Verificou-se que as consequências adversas do uso de imunossupressor foi o fator mais citado como negativo (n=21) pacientes, em seguida a

resposta dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e restrições alimentares foram citadas cada uma por (n=6) transplantados. Por último a exigência de cuidado contínuo foi referida por (n=5) pacientes.

Já os aspectos positivos, foram mencionados por 149 participantes. Neste quesito, as maiores frequências das respostas foram: sair do tratamento hemodialítico (n= 70), em segundo lugar, foi mencionado à melhora da saúde e qualidade de vida (n= 33), em seguida o aspecto positivo mencionado foi à sensação de maior liberdade (n=16), ingesta de líquidos sem restrições (n= 16) e por último os aspectos melhora da disposição física/mental e melhora da saúde e QV contaram com (n=8) frequência cada.

Observou-se que o aspecto de maior impacto positivo do transplante renal foi a saída da hemodiálise. Ressalta-se que a literatura aponta o tratamento hemodialítico como fonte de estresse sofrimento para o doente renal crônico (Silvia *et al.*, 2016). A possibilidade de deixar este tratamento através do transplante renal é visto pelos pacientes como algo “libertador” (Nascimento, 2013). Considerando o exposto, é esperado que não precisar se submeter a hemodiálise, seja apontado como um aspecto favorável advindo do transplante renal.

No estudo de Brito, Paula, Grincenkov, Lucchetti e Sanders-Pinheiro (2015), o qual investigou questões relativas aos principais ganhos e estressores percebidos pelos pacientes, após o transplante renal. Foram encontrados resultados similares no quesito aspectos negativos (referidos como estressores). Nesta investigação, o uso da medicação imunossupressora e medo de perder o enxerto renal, foram os pontos negativos mais citados. Quanto aos ganhos (aspectos positivos) em decorrência do transplante renal houve predominância das respostas: retorno às atividades de vida diária e liberdade/independência, o que diferiu dos resultados encontrados na presente pesquisa.

5.3 Qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais.

Para responder o objetivo geral desta pesquisa, que propõe a avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais. A hipótese deste objetivo é que pacientes transplantados renais possuem bons escores de qualidade de vida e utilizam estratégias de enfrentamento adaptativas.

5.3.1 Análise do WHOQOL-bref

Conforme instrução do grupo WHOQOL, os resultados do instrumento WHOQOL-bref são dados através dos escores de cada faceta e domínios. Os escores seguem uma direção positiva, numa escala de 0 a 100, quanto maior melhor é a qualidade de vida. Os resultados obtidos a partir de cada domínio estão representados na tabela 06 abaixo.

Tabela 06

Resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Bref

Domínios	Média	D.P
Domínio físico	65,05	15,75
Domínio psicológico	72,36	15,13
Domínio relações sociais	67,56	19,11
Domínio meio ambiente	59,83	15,42
QV Global	79,00	18,22

Avaliando-se os escores obtidos pelo WHOQOL-bref, verificou-se que a qualidade de vida geral, obteve a maior pontuação. Conforme ilustrado, o resultado apresentou um escore

de 79,00. Esse resultado apresentado corrobora com o achado de Ribeiro *et al* (2016) que investigaram pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um município de estado de SP, nesta investigação o escore para QV global foi de 72,25 o mais elevado dentre os aspectos investigados.

Analisando-se isoladamente as duas perguntas iniciais que compõem a qualidade de vida global, a saber: Como você avaliaria sua qualidade de vida? E Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? Verificou-se que os transplantados em sua maioria, consideram sua qualidade de vida entre boa (n=72) e muito boa (n=56). Quanto à saúde, houve predomínio de respostas entre satisfeito (n=65) e muito satisfeito (n=56).

Tabela 07

Composição das questões que representam a qualidade de vida global

Facetas		N	%
	Ruim	5	3,40
Como você avalia sua qualidade de vida	Nem ruim nem boa	17	11,30
	Boa	72	48,00
	Muito boa	56	37,30
	Insatisfeito	8	5,40
Quão satisfeito você está como sua saúde	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21	14,00
	Satisfeito	65	43,30
	Muito satisfeito	56	37,30

Os resultados apresentaram resultados similares com as investigações de Amaral, (2008) a qual objetivou avaliar a qualidade de vida em transplantados renais. Nesta investigação, obteve-se o seguinte resultado: 54% dos transplantados consideraram sua QV como boa e 33% como muito boa.

No que se refere aos domínios investigados anteriormente, averiguou-se que o domínio

físico apresentou o segundo menor escore em comparação com os demais domínios (65,05). Este domínio corresponde às facetas que representam: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades cotidianas; dependência de tratamentos e/ou medicações e capacidade de trabalho (Fleck *et al.*, 2000). O escore obtido, neste domínio, está em consonância com os achados de Souza e Dutra, (2013) onde o domínio físico obteve a segunda menor média dentre os quatro domínios com resultado de 60,5.

De acordo com Costa e Nogueira (2014), baixos escores no domínio físico, estão associados ao comprometimento da saúde física e capacidade funcional do paciente. Na tabela 08 a seguir está a composição dos escores de cada faceta que abarca o domínio físico.

Tabela 08

Composição do domínio físico

Facetas	Escore
Dor e desconforto	77
Necessidade tratamento	70
Energia e fadiga	35
Mobilidade	80
Sono e repouso	63
Atividades de vida cotidiana	70
Capacidade de trabalho	61

Avaliando-se a composição do domínio físico, verificou-se que a fadiga e a energia foram às facetas que apresentaram os menores escores, o que denota prejuízo da QV, levando-se em consideração estes fatores. Este resultado parece confirmar o que a literatura traz a respeito do transplante como uma terapia paliativa, que apesar de melhorar aspectos de morbidade não isenta o paciente de todas as limitações impostas pela doença renal (Brito, Paula, Santos, Lucchetti, Sanders-Pinheiro 2015; Santos *et al.* 2015).

De acordo com Mendonça, (2015) fadiga e energia interferem na capacidade para o autocuidado do transplantado, sendo uma importante dimensão a ser avaliada e considerada pela equipe de saúde. Em relação aos resultados do domínio físico no estudo citado, constatou-se valores mais elevados (83,81). Este dado difere do valor encontrado na presente investigação (65,05).

No que tange ao domínio meio ambiente, este obteve o pior resultado dentre os demais (59,83). As facetas deste domínio trazem as questões referentes à segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação/ e oportunidades de (recreação/lazer); ambiente físico (poluição, trânsito, ruído, clima) e transporte (Fleck *et al.*, 2000). A pesquisa longitudinal de Mendonça *et al.* (2014), realizada no estado do Rio Grande do Norte – apresentou resultados semelhantes onde dentre os 4 domínios avaliados pelo WHOQOL-*bref*. A composição desse domínio esta apresentada na tabela 09.

Tabela 09

Composição do domínio meio ambiente

Facetas	Escore
Segurança física e proteção	63
Ambiente no lar	65
Recursos financeiros	43
Cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade)	59
Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	48
Participação/oportunidade de lazer	71
Ambiente físico (poluição, clima, ruído e trânsito)	68
Transporte	62

Os piores resultados neste domínio foram: os recursos financeiros seguido das oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. Para Nascimento, Schiling, Ubal,

Biaggio e Kessler (2016), situações financeiras desfavoráveis, possuem capacidade de restringir o acesso à saúde e educação. Os autores citam ainda que, uma pior percepção da qualidade de vida no domínio meio ambiente pode estar relacionada ao cenário econômico nacional atual, no qual há crescente desemprego, elevados índices de violência e restrito acesso a serviços essenciais à manutenção da vida, uma vez que o domínio meio ambiente sofre influência do momento sociohistórico, principalmente as condições de vida e segurança.

No que se refere ao domínio psicológico, constatou-se que este obteve o melhor escore em comparação com os demais, com valor de 72,36. As facetas que compõem este domínio estão representadas na tabela 10 apresentada a seguir:

Tabela 10

Composição do domínio psicológico

Facetas	Escore
Sentimentos positivos	62
Pensar, aprender, memória e concentração	80
Auto-estima	66
Imagem corporal e aparência	78
Sentimentos negativos	77
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	72

Quanto ao resultado obtido pelo domínio psicológico, ressalta-se que os pacientes transplantados que realizam o acompanhamento no HUOL, possuem acesso à assistência psicológica a nível ambulatorial, o atendimento pode ocorrer a partir da busca direta do paciente ou através de encaminhamentos da equipe. As investigações de Souza e Dutra (2013) e de Farias e Mendonça (2009) encontraram dados similares, no que se refere ao maior escore obtido pelo domínio psicológico, em confrontação com os outros domínios. No entanto, apesar deste primeiro dado convergente, as investigações supracitadas apresentaram neste domínio, escores relativamente superiores aos encontrados na presente pesquisa, a saber: 76,0

e 79,68 respectivamente.

Para Souto, Costa, Marques e França (2017) a transplantação renal pode influenciar positivamente nos aspectos psicossociais, pois, está associada à redução de estressores inerentes ao tratamento dialítico; a retomada das atividades cotidianas; a maior independência e a melhora do apoio social. Ainda considerando o domínio psicológico, a literatura aponta que, as condições psíquicas de doentes renais tendem a melhorar após o transplante (Mendonça 2014; Joshi, Almeida & Almeida, 2013).

Quanto ao domínio das relações sociais, este obteve o segundo maior escore dentre os quatro domínios abarcados pelo instrumento. As questões deste domínio visam avaliar aspectos referentes às relações pessoais, atividade sexual e apoio social. O resultado deste escore foi de 67,56, apresentando desta forma uma QV considerada boa nesse quesito. O estudo de Souza e Dutra (2013) apresentou resultados superiores com escore neste domínio de 76,00. Ao avaliar a qualidade de vida sob o aspecto do domínio das relações sociais a investigação de Macedo (2012) conclui que as relações pessoais bem como o apoio social possuem influência na saúde, bem estar e QV das pessoas. Abaixo na tabela 11, segue a composição desse domínio.

Tabela 11

Composição do domínio relações sociais

Facetas	Escore
Relações sociais	72
Suporte (apoio) social	68
Atividade sexual	63

Considerando as facetas dos domínios das relações sociais, verificou-se que a atividade sexual obteve o menor escore. De acordo Lira e Lopes (2010) que investigaram

diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais – a disfunção sexual e os padrões de sexualidade ineficazes são diagnósticos comuns verificados em receptores de transplante renal.

Por fim, os resultados da avaliação da QV indicaram que 85,3% (n= 128) dos transplantados avaliados consideraram sua qualidade de vida global como boa ou muito boa; 11,3% (n=17) referiram uma QV como neutra (nem ruim nem boa) e uma minoria (n=5) 3,4% referiram uma QV ruim. Dentre os domínios avaliados pelo instrumento *WHOQOL-bref*, os que obtiveram os escores mais elevados, considerando a escala de 0 a 100 foram: o domínio psicológico e as relações sociais, os domínios meio ambiente e físico e apresentaram mais prejudicados.

5.3.2 Análise do EMEP

Para avaliação das estratégias de enfrentamento verificou-se a média e desvio padrão de cada um dos quatro fatores que compõem a escala. A saber: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, enfrentamento focalizado em práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca por suporte social. Os resultados do EMEP são obtidos através das médias aritméticas dos itens que compõem cada fator. As escalas possuem um valor máximo de 5 e quanto mais elevado for a média maior é frequência de uso da estratégia em questão.

Os resultados desta investigação apontaram que as estratégias de enfrentamento, as mais utilizadas pelos transplantados renais entrevistados foram respectivamente: Fator 3 (Estratégia busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso) apresentando Média = 3,72; Fator 1 (Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema) exibiu Média = 3,70; o Fator 4 (Estratégia de busca de suporte social) expressando Média = 3,10 em seguida, o Fator 2

(Estratégia de enfrentamento focalizada na emoção) evidenciando Média = 2,03. Conforme tabela 12 a seguir:

Tabela 12

Resultados obtidos na Escala Modo de Enfrentamento de Problema EMEP

Fatores	Média	D.P
Enfretamento Focalizado no Problema	3,70	0,51
Enfretamento Focalizado na emoção	2,03	0,47
Enfretamento Focalizado em Práticas Religiosas	3,72	0,51
Enfretamento Focalizado na Busca de Suporte Social	3,10	0,30

Os resultados obtidos na presente investigação sugerem que as crenças e práticas religiosas se constituem um relevante recurso para adaptação e enfrentamento dos transplantados renais pesquisados. O enfrentamento com ênfase nas práticas religiosas/pensamento fantasioso referem-se aquelas respostas que buscam manejar o evento estressor a partir de comportamentos e pensamentos religiosos (Lira, Avelar e Bueno, 2015).

De acordo com Videres *et al.* (2013) a religiosidade tem o potencial de instrumentalizar o indivíduo com crenças e pensamentos que podem favorecer a reavaliação positiva e o ajustamento em situações consideradas estressantes e inevitáveis. Para Nepomuceno, Melo, Silva e Lucena (2014), as práticas religiosas podem gerar efeitos positivos nos aspectos: biológicos, psicológicos, sociais, espirituais e saúde dos indivíduos.

Considerando-se os resultados das médias obtidas em cada fator verificou-se que os dados obtidos nesta pesquisa, divergiram do estudo de Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007) que investigou as estratégias de enfrentamento em pós-transplantados renais, através de um instrumento semelhante. Na investigação citada, o enfrentamento focalizado na emoção e

a estratégia voltada ao suporte social, foram as mais utilizadas pelos transplantados renais.

A pesquisa de Pfeifer e Ruschel (2013), realizada com a população de transplantados cardíacos utilizando-se o EMEP, apresentou resultados mais condizentes com os encontrados na presente pesquisa. No estudo em questão, as estratégias focalizadas no problema atingiram a Média=3,78, o enfrentamento voltado às religiosas/pensamento fantasioso exibiram Média=3,34, a busca por suporte social alcançou Média = 3,22 e por último, o enfrentamento focalizado na emoção obteve Média = 2,11.

A estratégia de enfrentamento focalizada no problema foi a segunda mais utilizada pelos transplantados investigados. Este estilo de enfrentamento, diz respeito aos posicionamentos de aproximação ativa frente ao evento estressor. Há o interesse em controlar, manejar e modificar/reavaliar a situação considerada estressora, ou seja, busca-se um posicionamento para agir diretamente sobre a realidade ou problema. O modo de enfrentamento voltado ao problema tem sido considerado pela literatura como positivamente adaptativo (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007; Ramos, Enumo & Paula, 2015).

O transplante renal requer do paciente uma postura funcional e contínua de autocuidado, para que não ocorra rejeição do enxerto (Fontoura, 2012). Neste sentido, entende-se que estratégias que refletem uma postura ativa de enfrentamento, podem favorecer o transplantado no desenvolvimento de comportamentos cognitivamente ativos e adaptativos, a atitude empoderada tem o potencial de contribuir com a adesão ao tratamento e com o sucesso da terapêutica (Taddeo *et al.*, 2012; Pfeifer & Ruschel, 2013). Na investigação de Pisanti *et al.* (2016), realizada na Itália com 174 transplantados, o estilo de enfrentamento voltado ao problema relacionou-se de forma positiva à responsabilidade do paciente diante do transplante renal.

A busca de suporte social foi à terceira estratégia de enfrentamento mais usada pelos entrevistados. Este modo de enfrentamento corresponde ao esforço em buscar suporte

instrumental, informacional e emocional através das relações sociais (amigos, familiares ou profissionais) (Videres, Vasconcelos, Oliveira, Pimenta, Sampaio & Simpson, 2013).

De acordo com Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007), a vulnerabilidade da saúde, a necessidade de cuidados médicos e possibilidades de internações levam o paciente transplantado a buscar com maior frequência o auxílio de seu círculo social e redes de apoio. Destaca-se que o apoio social pode atuar como fator de proteção em múltiplas situações, podendo ser uma ferramenta útil para melhora da saúde e bem estar do indivíduo (Videres *et al.*, 2013).

A estratégia de enfrentamento que alcançou a menor pontuação foi a focalizada na emoção. O modo de enfrentamento voltado à emoção corresponde àquelas estratégias que possuem a função de regulação do estado emocional diante das situações consideradas estressantes. Neste tipo de enfrentamento, há tendência de se manter condutas paliativas ou de afastamento da causa estressora (Suit & Pereira, 2008; Melo Carlotto, Rodriguez & Diehl, 2016).

O menor uso de estratégias de enfrentamento centradas na emoção por ser considerado um fato positivo. Pois, este tipo de enfrentamento pode ser indicativo de manifestações psíquicas relacionadas a sentimentos de auto e hetero culpabilização e comportamentos de passividade e esquiva, os quais podem representar caráter não adaptativo (Leite, Amorim, Castro & Primo 2012; Souza e Araújo, 2010).

Por fim, verificou-se que os participantes da pesquisa, fizeram uso de todos os estilos de enfrentamento. No entanto, recorreram com maior ênfase aos modos de enfrentamento voltados a práticas religiosas/pensamento fantasioso e acessaram com menor frequência, a estratégia de enfrentamento voltada a emoção.

5.3.3. Pergunta subjetiva – EMEP

Quanto à categorização da pergunta subjetiva do EMEP, você tem feito alguma outra coisa para lidar com a condição de ser um paciente transplantado renal? Abaixo estão referidas as respostas/conteúdos mais comuns. Ressalta-se que 16 transplantados não responderam a questão (referiram não terem nada a acrescentar quanto a outras formas de enfrentar a situação). As respostas dos demais ao questionamento foram diversificadas e contemplaram tanto, atitudes e pensamentos voltados ao enfrentamento de confronto diante dos problemas quanto às estratégias de afastamento de conduta passiva, representando o afastamento do estressor.

Respostas subjetivas da EMEP em ordem de frequência das mais citadas:

1. Apoiar-se na família;
2. Realizar planos para o futuro/ Ter planos para viver mais;
3. Ter fé/Confiar em Deus;
4. Procurar ter atitudes ativas para com a saúde e com a vida;
5. Querer sobreviver para cuidar/auxiliar de familiares e/ou terceiros;
6. Pensar de forma positiva/Manter-se tranquilo;
7. Buscar compreender-se como sobrevivente e ser grato pela vida;
8. Não pensar no adoecimento ou nas dificuldades do tratamento.

5.4 Correlações qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais.

Para responder ao objetivo da pesquisa que visa investigar se há correlação entre a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais,

utilizou-se o coeficiente de Spearman, considerando a distribuição não paramétrica para estes dados. Para realizar as correlações, avaliou-se cada escore obtido pelos domínios auferidos pelo WHOQOL-*bref*, com a média de cada um dos quatro fatores do instrumento EMEP. A hipótese deste objetivo é que há correlações entre as estratégias de enfrentamento e os domínios da qualidade de vida.

5.4.1 Correlação qualidade de vida global e estratégias de enfrentamento.

A seguir, na tabela 13, estão as correlações encontradas entre os construtos qualidade de vida global e as estratégias de enfrentamento.

Tabela 13

Correlação entre EMEP e WHOQOL-Bref - QV Global

Fatores	QV Global
Enfretamento Focalizado no Problema	$r = 0,258^{**} / \alpha = 0,001$
Enfretamento Focalizado na emoção	$r = -0,152 / \alpha = 0,063$
Enfretamento Focalizado em Práticas Religiosas	$r = 0,053 / \alpha = 0,518$
Enfretamento Focalizado na Busca de Suporte Social	$r = 0,162^{*} / \alpha = 0,047$

* Correlação significativa 0,05

** Correlação significativa 0,01

Os resultados apresentados acima demonstraram que a qualidade de vida global apresentou correlação com os quatro fatores do EMEP. No entanto, as correlações foram estatisticamente significativas apenas para os fatores I (Enfretamento focalizado no Problema) e para o fator IV (Enfretamento Focalizado no Suporte Social). Considerou-se um nível de significância de 5% (p valor $< 0,05$).

Avaliando-se o fator I (Enfrentamento focalizado no Problema) com o escore da QV global, verificou-se o valor de correlação de ($r= 0,258$), significando uma correlação positiva, o que indica que estas variáveis movem-se na mesma direção, ou seja, à medida que uma aumenta a outra tende a aumentar na mesma direção. Isso significa referir que, quanto maior for o escore da qualidade de vida global, maior será a estratégia de enfrentamento centrada no problema e vice-versa.

O segundo fator que obteve uma correlação estatisticamente significativa foi o fator IV (focalizado no Suporte Social). Para este fator, houve correlação positiva ($r= 0,162$), o que equivale afirmar que a qualidade de vida global e as estratégias de enfrentamento voltadas ao suporte social, tendem a aumentar ou diminuir em conjunto na mesma direção.

Resultados similares foram achados no estudo de Ottati e Campos (2014), onde o enfrentamento baseado no suporte social do mesmo modo apresentou correlação positiva com o domínio qualidade de vida geral. Na investigação citada, os autores concluíram que a adequada presença do suporte social e familiar pode influenciar positivamente a qualidade de vida do paciente. O estudo de Trevizan, Miyazaki, Silva, Roque (2017), com pacientes transplantados também alcançou resultados semelhantes onde o enfrentamento com base no suporte social correlacionou-se positivamente com a qualidade global.

O fator III (enfrentamento focalizado na religiosidade) obteve uma correlação positiva ($r= 0,053$) com a qualidade de vida global, o que indica que estes construtos seguem a mesma direção (seja para elevação ou diminuição). O estudo de Nepomuceno *et al.*, (2014) obteve resultados parecidos ($r= 0,22$), havendo correlação positiva da satisfação com a qualidade de vida global com o componente religiosidade. A pesquisa de Rocha e Fleck (2011) que buscou inferir a associação entre religiosidade e qualidade de vida em pacientes idosos, concluiu que a atitudes e crenças relacionadas à religiosidade está positivamente associada a vários domínios da qualidade de vida avaliados pelo instrumento WHOQOL.

Por fim, verificou-se que as estratégias de enfrentamento centradas na emoção - fator II - correlacionaram-se negativamente ($r=-0,152$) com a qualidade de vida global dos receptores de rim avaliados. A correlação de magnitude negativa se comporta da seguinte forma: à medida que uma das variáveis associadas cresce a outra decresce.

Ao se recorrer às investigações científicas verifica-se que têm se encontrado associações entre o maior uso das estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção com piores estados de saúde mental, de qualidade de vida e adaptação (Trevizan *et al.*, 2017). Para os autores referidos, quanto menos pacientes usam os modos de enfrentamento voltados para a emoção, melhor se mostra a percepções de qualidade de vida e a satisfação com saúde.

5.4.2 Associação fatores do instrumento EMEP e os domínios do WHOQOL-bref.

Para melhor organização dos dados, os resultados das correlações serão apresentados a partir de cada fator do EMEP. A começar pelas estratégias de enfrentamento voltadas ao problema, conforme apresentado na tabela 14.

Tabela 14

Correlação entre enfrentamento focalizado no problema (EMEP) e os domínios do WHOQOL-Bref

Domínio	Enfrentamento focalizado no problema
Domínio físico	$r = 0,325^{**} / \alpha = 0,000$
Domínio psicológico	$r = 0,416^{**} / \alpha = 0,000$
Domínio relações sociais	$r = 0,259^{**} / \alpha = 0,001$
Domínio meio ambiente	$r = 0,363^{**} / \alpha = 0,000$

*Correlação significativa 0,05

** Correlação significativa 0,01

Conforme visualizado na tabela 14 acima, o enfrentamento focalizado no problema

apresentou correlações positivas e estatisticamente significantes com os quatro domínios do WHOQOL-*bref*. Sendo correlações positivas, pode-se afirmar que quanto maior o uso do enfrentamento centrado no problema, maior serão os escores obtidos nos quatro fatores do instrumento da QV. Os resultados encontrados neste estudo convergem com os achados de Trevizan *et al.*, (2017), que investigaram pacientes transplantados utilizando os mesmos instrumentos, na investigação citada, os resultados da correlação do fator de enfrentamento centrado no problema e os domínios foram: físico ($r = 0,755$); psicológico ($r = 0,846$); relações sociais ($r = 0,719$) e meio ambiente ($r = 0,691$).

As correlações entre as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção e os domínios do WHOQOL-*Bref* serão apresentadas a seguir. Conforme tabela 15.

Tabela 15

Correlação entre enfrentamento focalizado na emoção (EMEP) e os domínios WHOQOL-Bref

Domínio	Enfrentamento focalizado na emoção
Domínio físico	$r = -0,212^{**} / \alpha = 0,009$
Domínio psicológico	$r = -0,315^{**} / \alpha = 0,000$
Domínio relações sociais	$r = -0,339^{**} / \alpha = 0,000$
Domínio meio ambiente	$r = -0,252^{**} / \alpha = 0,002$

*Correlação significativa 0,05

** Correlação significativa 0,01

O enfrentamento focalizado na emoção apresentou correlações negativas, com alta significância nos quatro domínios avaliados pelo instrumento da QV. Como postulado anteriormente as correlações negativas seguem sentidos opostos, tratando-se desta relação, quanto maior for o uso deste tipo de estratégia de enfrentamento menor serão os escores obtidos nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O estudo de Trevizan *et al.*, (2017), citado anteriormente também apresentou

resultados equivalentes para o fator focalizado na emoção, onde todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-*bref* apresentaram correlação negativa e significativa com este fator de enfrentamento. A saber: domínio físico ($r = -0,505$), domínio psicológico ($r = -0,458$), relações sociais ($r = -0,517$) e meio ambiente ($r = -0,426$). A investigação de Lira, Avelar e Bueno (2015), realizada com pacientes renais hemodialíticos encontrou o mesmo padrão de correlação negativa entre os domínios da qualidade de vida e o fator de enfrentamento baseado na emoção.

O fator de enfrentamento centrado na Religiosidade/pensamento fantasioso obteve correlações com três domínios da qualidade de vida. Embora- se nenhuma destas correlações tenham significância estatística. Se considerarmos somente o dado de correlação este esteve presente na associação com domínio físico ($r = -, 0148$) e meio ambiente ($r = - 0,07$) com direção negativa, ou seja, o maior uso desse fator de enfrentamento se correlaciona de forma inversa com os escores obtidos nos dois domínios em questão. O domínio das relações sociais obteve correspondência nula - o que equivale dizer que esta foi inexistente. A seguir na tabela 16, serão apresentados os dados referentes ao modo de problema voltado à busca de suporte social.

Tabela 16

Correlação entre enfrentamento focalizado no Suporte Social (EMEP) e os domínios WHOQOL-Bref

Domínio	Enfrentamento focalizado no suporte social
Domínio físico	$r = 0,171^* / \alpha = 0,036$
Domínio psicológico	$r = 0,309^{**} / \alpha = 0,000$
Domínio relações sociais	$r = 0,154 / \alpha = 0,059$
Domínio meio ambiente	$r = 0,200^* / \alpha = 0,014$

*Correlação significativa 0,05

** Correlação significativa 0,01

As correlações para esse fator considerando todos os domínios do WHOQOL-*bref*

seguiram uma direção positiva. Quanto à significância, para os domínios, físico e meio ambiente houve correlações estatisticamente significantes ($p < 0,05$), já o domínio das relações sociais não apresentou significância estatística. A direção positiva destas correlações permite inferir que quanto mais utilizada for a estratégia de busca pelo suporte social, maiores também serão os escores dos domínios da QV. A pesquisa de Seidl, Zannon & Tróccoli, (2005) infere a partir de análises de regressão, que o enfrentamento voltado à busca do suporte social, apresenta relação preditora significativa sobre as várias dimensões do construto QV.

5.5 Associações entre a qualidade de vida e as condições clínicas e sociodemográficas.

Para responder ao objetivo específico: averiguar potenciais relações entre a qualidade de vida e as condições clínicas e sociodemográficas nos pacientes estudados. Para verificação dos padrões de normalidade, realizou-se o teste de Kolmogorov–Smirnov. Uma vez constatada a distribuição não paramétrica dos dados escolheu-se o coeficiente de Spearman para associação das variáveis quantitativas e ordinais. Realizou-se ainda a análise estatística de U Mann - Whitney (não paramétrico) para diferenciações do grupo na associação dos escores da qualidade de vida (variáveis numéricas) com as variáveis nominais.

Ressalta-se que todas as variáveis referentes aos aspectos sociodemográficos e dados clínicos, foram submetidas aos testes. No entanto, somente serão apresentados os dados que obtiveram significância estatística. Para as variáveis avaliadas pelo U de Mann - Whitney foi necessária realizar a dicotomização dos dados. A hipótese neste objetivo é que as condições clínicas e sociodemográficas impactam na qualidade de vida dos pacientes transplantados renais.

5.5.1 Associações qualidade de vida e as condições sociodemográficas

Neste item serão apresentadas as correlações entre os escores da qualidade de vida geral e dos quatro domínios com as variáveis sociodemográficas. Conforme tabela 17 a seguir:

Tabela 17

Correlações da qualidade de vida com as condições sociodemográficas

Domínios	Variáveis sociodemográficas	
	Nº de filhos	Renda familiar mensal
Qualidade de vida global	-	$r = 0,216 / \alpha = 0,008$
Domínio físico	-	$r = 0,198 / \alpha = 0,015$
Domínio psicológico	$r = 0,205 / \alpha = 0,012$	-
Domínio relações sociais	-	-
Domínio meio ambiente	$r = 0,173 / \alpha = 0,035$	$r = 0,298 / p < 0,001$

Legenda: r → coeficiente de correlação / α → nível de significância

Com relação às variáveis sociodemográficas, observou-se que houve correlações estatisticamente significantes com a qualidade de vida global e três domínios do WHOQOL-BREF. A renda familiar obteve uma correlação positiva de com o escore da qualidade de vida global, ou seja, essas variáveis aumentam ou diminuem na mesma direção. Sobre este aspecto, compreende-se que os recursos financeiros que podem favorecer o acesso a bens e serviços, os quais são fatores de inclusão social, podendo contribuir para a qualidade de vida (Borba & Lima, 2011).

A literatura aponta a variável renda é tipo como importante fator a ser considerado quando se pesquisa a qualidade de vida (Farias & Mendonça, 2009). Conformando os dados obtidos pelo presente estudo, a pesquisa de Barros, Araújo e Lima (2016), traz que melhores condições de renda e maior nível educacional associam-se escores superiores de qualidade de vida.

Verificou-se que a variável quantidade de filhos obteve significância estatística e correlação forte com o domínio meio ambiente, ao se considerar as facetas que domínio abarca: recreação e lazer, disponibilidade de recursos financeiros, acesso a cuidados com a saúde e a oportunidade de adquirir informações e habilidades; a associação poderia estar ancorada no fato do paciente transplantado, perceber os filhos como figura de apoio para concretização e acesso aos fatores listados por este domínio. Ressalta-se que a na situação de adoecimento crônico, como é o caso do paciente transplantado renal, a família e frequentemente a figura dos filhos, pode ser fonte de apoio e cuidado (Teston, Santos, Cecílio, Manoel & Marcon, 2013).

Na tabela 18, serão apresentadas as diferenciações entre a qualidade de vida com relação ao tempo de estudo a partir de Mann Whitney.

Tabela 18

Diferenciações - qualidade de vida e a variável tempo de estudo

Variável	Tempo de estudo	N	Mediana	Valor α
Domínio físico	≤ 8 anos	69	60,83	0,000
	> 8 anos	81	87,99	
Domínio psicológico	≤ 8 anos	69	66,41	0,018
	> 8 anos	81	83,24	
Domínio meio ambiente	≤ 8 anos	69	61,03	0,000
	> 8 anos	81	87,83	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

No que se menciona ao grau de instrução, o teste de U Mann-Whitney demonstrou que houve diferenças estatisticamente significantes entre o grupo de pacientes com menos e mais que oito anos de estudo, considerando a qualidade de vida nos domínios: físico, psicológico e meio ambiente. Observou-se valores medianos mais altos para pessoas que possuíam mais que

oito anos de estudo e menores escores para aquelas com o tempo de estudo menor que oito anos.

A literatura aponta que melhores níveis educacionais podem estar relacionados ao melhor acesso a oportunidades de emprego qualificado e conseqüentemente melhores salários. Em contrapartida menores níveis de educação se associam as piores oportunidades no acesso ao emprego e renda (Mendonça, 2006; Souza & Dutra, 2013).

Atividade laboral foi outra variável que obteve resultados com significância estatística, neste caso, com o domínio das relações sociais. Ao se verificar o efeito de se exercer ou não atividade laboral, verificou-se que os pacientes que exerciam atividades laborais obtiveram melhores resultados da qualidade de vida no domínio das relações sociais. A composição deste domínio inclui as relações pessoais, atividade sexual e apoio. As diferenciações com relação à condição laboral, esta apresentado na tabela 19.

Tabela 19

Diferenciações - qualidade de vida e condição laboral

Variável	Exerce atividade laboral	N	Mediana	Valor α
Domínio relações pessoais	Sim	19	99,08	0,010
	Não	131	72,08	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

De acordo com Costa e Nogueira (2014) é através do trabalho que os indivíduos exercem influência sobre seu contexto social e relações pessoais. Para estes autores, o trabalho pode trazer a possibilidade de melhores rendimentos e acesso às atividades de lazer como também, está relacionado a melhores níveis de satisfação com a vida. Ao verificar a associação entre trabalho, renda e qualidade de vida em transplantados renais, os

pesquisadores acima citados, também atestaram melhores escores da qualidade de vida em domínios voltados a relações sociais nos transplantados que se encontravam trabalhando.

O domínio das relações pessoais associou-se com o estado conjugal, especificamente a situação estar ou não casado/união estável. Neste quesito, comprovou-se diferença significativa entre os grupos, ou seja, houve impacto na qualidade de vida (relações pessoais) o fato de se estar casado/união estável. Conforme tabela 20 a seguir, a mediana do grupo de pessoas não casadas/união estável apresentou um menor valor da qualidade de vida considerando o domínio das relações sociais.

Tabela 20

Diferenciações - qualidade de vida com estado conjugal

Variável	Casado/União estável	N	Mediana	Valor α
Domínio relações pessoais	Sim	89	87,79	0,004
	Não	61	63,41	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

O estudo de Silva Santos, Angelotti, Andrade e Tavares (2017), que investigou fatores de proteção para qualidade de vida, encontrou dados semelhantes. Neste estudo, o grupo de pessoas que possuíam parceiro (conviviam maritalmente) apresentaram maiores escores da qualidade de vida nos domínios físicos, relações sociais e meio ambiente. Para Manaf, Mustafa, Rahman, Yusof & Abd-Aziz (2016), pessoas casadas tendem a possuir um maior senso de segurança, proteção e apoio, devido à presença do companheiro (a), tais sensações podem inclusive influenciar positivamente em aspectos da vida social e saúde mental.

O último dado que obteve resultados com significância estatística foi o referente ao

local de moradia (capital ou interior). Para este dado, construiu-se a seguinte hipótese: pacientes transplantados que moram no interior possuem uma menor qualidade de vida global que os transplantados que moram na capital. O teste de U Mann-Whitney rejeitou a hipótese nula ($\alpha = 0,040$) no resultado, confirmou-se que pessoas que moram no interior possuem uma menor qualidade de vida global, como demonstrado na tabela 21.

Tabela 21

Diferenciações - qualidade de vida e local de moradia

Variável	Local de moradia	N	Mediana	Valor α
Qualidade de vida global	Capital	41	87,01	0,040
	Interior	109	71,17	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

As disparidades referentes entre o meio rural e urbano bem como, capital e interior no Brasil são bem estabelecidos. Verifica-se que as desigualdades econômicas, ambientais e sociais, também se confirmam quanto aos recursos de saúde e disponibilidade de profissional para atuar nesse ambiente (Silveira & Pinheiro, 2014). Considerando o contexto regional, entende-se que morar no interior do estado pode dificultar o acesso aos serviços e as equipes de saúde tão necessários ao paciente transplantado renal, deste modo esse resultado parece está associado a uma pior qualidade de vida global.

5.5.2 Associações entre a qualidade de vida e as condições clínicas

Seguindo modelo do item anterior, serão apresentados os resultados das correlações estatisticamente significantes entre as variáveis clínicas com os escores da qualidade de vida global e os domínios do WHOQOL-bref.

Para os dados clínicos encontrou-se somente uma correlação estatisticamente significativa. Esta correlação foi referente ao dado de tempo de terapia anterior a transplantação renal. Conforme tabela 22 a seguir, houve correlação negativa entre qualidade de vida nos domínios psicológico e meio ambiente, isto significa dizer que, à medida que o tempo de terapia anterior à transplantação renal é maior, menor é o escore da qualidade de vida referente aos domínios referidos, o inverso é verdadeiro.

Tabela 22

Correlações da qualidade de vida com o tempo de TRS anterior ao transplante renal

	Tempo de tratamento renal substitutivo anterior ao transplante
Qualidade de vida global	-
Domínio físico	-
Domínio psicológico	$r = -0,210 / \alpha = 0,010$
Domínio relações sociais	-
Domínio meio ambiente	$r = -0,240 / \alpha = 0,003$

Legenda: r → coeficiente de correlação / α → nível de significância

Considerando as diferenciações qualidade de vida e condições clínicas, nesse item, verificou-se diferenças significativas na qualidade de vida dos pacientes investigados quanto as variáveis, ocorrência de complicação clínica relacionada ao transplante nos últimos 12 meses (conforme representado na tabela 23 a seguir); internação relacionada ao transplante no último ano e presença de dor/desconforto em decorrência do transplante renal. Dentre outras, estas variáveis são apontadas pela literatura como sendo aquelas que possuem maiores associações com a qualidade de vida (Alvares *et al.*, 2013).

Tabela 23

Diferenciações - qualidade de vida e ocorrência de complicação clínica nos últimos 12 meses

Variável	Ocorrência de complicação clínica nos últimos 12 meses	N	Mediana	Valor α
Domínio físico	Sim	75	68,08	0,036
	Não	75	82,92	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

Quanto a item ocorrência de complicação clínica referente ao transplante renal, no último ano, observou-se a existência de diferenças significativas no domínio físico, naqueles pacientes transplantados que referiram alguma complicação. A mediana do domínio físico dos pacientes que não complicaram foi mais elevada (82,92).

Verificou-se anteriormente que o domínio físico, dentre outros aspectos, envolve energia e fadiga, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho. Compreende-se que diante de complicação clínica há alteração na saúde do transplantado, o que pode provocar certa restrição nos aspectos biopsicossociais, o que pode contribuir para o efeito verificado. De acordo com Silva, Pontes, Genzini, Prado e Amaral (2014), o transplantado convive com um estado clínico instável, com constante risco para o desenvolvimento de complicações.

No que diz respeito à ocorrência de internação, observou-se que houve diferença nos escores da qualidade de vida global, domínio físico e psicológico. De acordo com o referido na tabela 24 a seguir.

Tabela 24

Diferenciações - qualidade de vida e ocorrência de internação nos últimos 12 meses

Variável	Ocorrência de internação nos últimos 12 meses	N	Mediana	Valor α
Qualidade de vida global	Sim	51	65,29	0,033
	Não	99	80,76	
Domínio físico	Sim	51	64,12	0,021
	Não	99	81,36	
Domínio psicológico	Sim	51	65,61	0,044
	Não	99	80,60	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

No grupo de pacientes que necessitou se internar, o escore da qualidade de vida foi menor, em contrapartida esses escores se mostraram mais elevados nos pacientes que não necessitaram. Uma possível explicação para esse achado seria que a necessidade de hospitalização, pressupõe no mínimo um agravo de saúde que necessita de maiores intervenções, podendo também está associado a um pior estado de saúde. De acordo com Rufino, Gurgel, Fontes e Freire (2012) a internação é um recurso que visa recuperar o estado de saúde, entretanto, pode ser considerada de forma geral, como fator de risco, pois tende a gerar mudanças negativas na qualidade de vida.

A respeito das condições clínicas, averiguou-se por fim, diferenças quanto à qualidade de vida no aspecto dor/desconforto em decorrência do transplante renal. Conforme apresentado na tabela 25.

Tabela 25

Diferenciações - qualidade de vida e a variável (dor/desconforto)

Variável	Sente dor ou desconforto em decorrência do transplante	N	Mediana	Valor α
Domínio psicológico	Sim	23	57,22	0,028
	Não	127	78,81	
Domínio meio ambiente	Sim	23	52,78	0,006
	Não	127	79,61	

Legenda: $\alpha \rightarrow$ nível de significância

As pessoas que referiram sentir em alguma medida dor/desconforto obtiveram uma menor mediana para o domínio psicológico e meio ambiente. O estudo de *Alvares et al.*,(2013) chama atenção que embora pacientes transplantados possuam bons níveis de QV, os aspectos mais comprometidos, são comumente dor/desconforto e aspectos psicológicos. O resultado encontrado converge com a investigação citada e demonstra o quanto a dor/desconforto pode ser um fator limitante para os domínios da QV.

5.6 Tempo de transplante renal versus modos de enfrentamento e qualidade de vida.

Com finalidade de responder ao objetivo último específico: Investigar se há relação entre variável tempo de transplante renal, qualidade de vida global e modos de enfrentamento. Realizou-se análises de correlação Spearman considerando dados de distribuição não paramétricos, obtidos através da verificação do teste Kolmogorov-Smirnov. A hipótese neste objetivo é que o tempo de transplante renal interfere no uso das estratégias de enfrentamento e que tem correlação com a qualidade de vida dos pacientes transplantados.

5.6.1. Tempo de transplante e qualidade de vida global

Para população estudada verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, tempo de transplante renal e a qualidade de vida global do paciente transplantado. A correlação foi negativa, o que significa que as variáveis variam em sentido contrário, ou seja, os resultados indicaram que, quanto maior o tempo decorrido do transplante renal, menor se apresentou a QV global do paciente transplantado investigado, do mesmo modo que o menor o tempo de transplante renal esteve associado a melhores escores da QV global. Conforme apresentado na tabela 26.

Tabela 26

Correlação da qualidade de vida global com tempo de transplante renal

	Tempo de transplante renal
Qualidade de vida global	$r = -0,180^* / \alpha = 0,028$

Legenda: r → coeficiente de correlação / α → nível de significância

Os dados obtidos neste estudo convergem com as investigações de Ravagnani Domingos e Miyazaki (2007); Suddarth e Bare (2009) e Carvalho, Batista, Almeida, Machado e Amaral (2012). Nos achados destas pesquisas, encontrou-se que pacientes recém-transplantados (até seis meses de transplante renal), tendem a avaliar a qualidade de vida geral de forma superior que transplantados com longo tempo de seguimento. De acordo com os autores citados, estes resultados se devem em parte, a significação positiva que o transplante renal possui para os pacientes renais crônicos terminais, que se sentem aliviados ao realizar a transplantação, uma vez que visualizam o transplante como uma terapêutica que pode restaurar de forma integral sua saúde e bem estar. Os estudos ressaltam também que no

período inicial do transplante, há inclinação em se sobrepor os aspectos positivos que se alcançam através da terapêutica e de se amenizar aspectos negativos ou problemas presentes.

Fatores relacionados à saúde dos receptores renais no decorrer do tempo de transplante também podem estar associados aos resultados citados. O estudo de Costa e Nogueira (2014) que, investigou a qualidade de vida de transplantados renais, com instrumento análogo identificou menores escores de qualidade de vida - no aspecto estado de saúde geral - nos pacientes com maior tempo de transplante. Na investigação de Berrêdo e Carvalho (2013), verificou-se que pacientes com longo tempo de seguimento após o transplante renal, possuem maiores chances de dano nefrotóxico crônico, elevada prevalência de lesões dermatológicas e maiores chances de perda do enxerto.

Deste modo, infere-se que o maior tempo decorrido do transplante renal, pode estar relacionado a maiores agravos de saúde e conseqüentemente uma menor qualidade de vida global. No entanto, ressalta-se que os dados obtidos podem se associar a outras variáveis clínicas e/ou sociodemográficas da amostra estudada.

5.6.2. Tempo de transplante e modos de enfrentamento

Para análise bivariada entre as estratégias de enfrentamento e o tempo de transplante renal, realizou-se análises de correlação Spearman, considerando a distribuição não normal para estes dados. Neste quesito, verificou-se que houve a presença de correlação negativa em todos os fatores do EMEP, no entanto, nenhuma destas correlações se mostrou estatisticamente significantes. Conforme distribuição na tabela 27.

Tabela 27

Correlações dos fatores do EMEP com o tempo de transplante renal

Fatores	Variável clínica Tempo de Transplante
Enfrentamento focalizado no problema	$r = -0,084 / \alpha = 0,309$
Enfrentamento focalizado na emoção	$r = -0,077 / \alpha = 0,351$
Enfrentamento focalizado em práticas religiosas	$r = -0,106 / \alpha = 0,199$
Enfrentamento focalizado na busca de suporte social	$r = -0,017 / \alpha = 0,841$

Legenda: $r \rightarrow$ coeficiente de correlação / $\alpha \rightarrow$ nível de significância

Os dados acima parecem referir que o padrão de uso das estratégias de enfrentamento tem pouca associação com tempo de transplante. Os resultados acima indicaram que não houve significância estatística para nenhuma das correlações realizadas considerando os quatro fatores do instrumento EMEP. No entanto, considerando somente as correlações, pode-se dizer que estas foram negativas e de fraca magnitude, demonstrando que fatores do instrumento EMEP e tempo de transplante mostraram-se inversamente proporcionais.

De forma geral, se verificou certa estabilidade no emprego das estratégias de enfrentamento quando se considera o tempo de transplante renal. Na consideração dos dados acima, é importante lembrar que o processo de enfrentamento é dinâmico e pressupõe comportamentos que podem variar com o tempo (Nunes, 2010). No entanto, se reconhece que para além do tempo em contato com o evento estressor, o uso das estratégias de enfrentamento é influenciado por inúmeros outros fatores, como por exemplo, significado que o paciente atribui à doença e as idiossincrasias da personalidade (Viana & Kohlsdorf, 2014).

6. Considerações finais

O presente estudo teve como intuito investigar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pacientes transplantados renais. Com a concretização da pesquisa foi possível atingir e responder aos objetivos propostos. No que diz respeito à qualidade de vida verificou-se adequados níveis de satisfação, principalmente observando a avaliação global e satisfação com a saúde. Considerando os domínios avaliados, os maiores escores se deram no psicológico e das relações sociais respectivamente, o que parece indicar adequado acesso a redes de apoio e ao suporte psicossocial.

Houve prejuízo da qualidade de vida no aspecto meio ambiente. Este domínio investiga tópicos como: renda, disponibilidade a rede de saúde, a transporte e segurança, fatores frequentemente tido como precários para grande parte da população brasileira, principalmente se consideramos o nordeste. O domínio físico obteve baixo escore quando comparado aos demais, esta avaliação parece demonstrar que apesar da qualidade de vida geral ser considerada entre boa e muito boa, há comprometimento desta nos aspectos de capacidade funcional e energia para executar tarefas da vida diária.

Verificou-se que houve correlações nos aspectos de qualidade de vida geral e domínios específicos com algumas das condições sociodemográficas e clínicas, com destaque para as relações renda familiar e tempo de estudo e ocorrência de complicações clínicas e internação relacionada ao transplante nos últimos 12 meses. Esses achados convergem para a constatação do construto da qualidade de vida como multifatorial, resultante da interação de variados aspectos biopsicossociais.

Ao considerar as estratégias de enfrentamento verificou-se que os transplantados investigados, utilizaram mais os modos de enfrentamento voltados à busca pela religiosidade/ pensamentos fantasiosos e o enfrentamento voltado ao problema. A influência da religiosidade

no enfrentamento foi um resultado esperado, considerando que em termos globais, a população brasileira é uma das que mais exercem a fé e religiosidade, além disso, o fator fé está constantemente associado à busca de conforto e esperança diante do adoecimento.

O enfrentamento focalizado no problema apresentou a segunda melhor média obtida dentre os domínios, este enfrentamento volta-se para estratégias ativas diante do estressor. O resultado encontrado pode ser considerado benéfico, pois de forma ampla, tal estratégia está relacionada com comportamentos adaptativos frente ao estressor. O transplante renal demanda do paciente, atitudes ativas principalmente aquelas voltadas às necessidades de administração de cuidados com a saúde e com a terapia imunossupressora.

As estratégias de enfrentamento voltadas à emoção as quais têm sido associadas a posturas passivas ou de afastamento em relação ao estressor obteve a média menor média dentre os fatores. Este resultado também é considerado positivo, pois, na medida em que o paciente lança mão das estratégias de afastamento ou negação frente estressor, para voltar-se ao gerenciamento ativo e direto das demandas advindas do transplante, pode ser fator contribuinte no engajamento frente à terapêutica como também pode facilitar o entendimento de sua corresponsabilização na garantia de sucesso do transplante renal.

O tempo de transplante renal pouco se associou a as estratégias de enfrentamento, neste quesito, verificou-se que não houve modificações estatisticamente significantes no uso das estratégias de enfrentamento ao longo do transplante renal. Este resultado foi surpreendente, pois as estratégias de enfrentamento frente ao estresse são mecanismos mutáveis e sujeito a mudança e reavaliações ao longo do tempo. No entanto, compreende-se também que o enfrentamento não está isento aos estilos pessoais e de personalidade que poderiam dar um caráter mais estável no uso destes recursos de enfrentamento.

Destaca-se que o conhecimento a respeito das estratégias de enfrentamento e da qualidade de vida do transplantado, pode ser ferramenta útil para as equipes

multiprofissionais, uma vez que estas informações podem permitir o planejamento de intervenções que busquem favorecer aspectos percebidos como deficitários, como no caso da qualidade de vida relacionada ao aspecto físico e meio ambiente, como também incentivar e instrumentalizar os pacientes para que estes obtenham mais resultados favoráveis, como o uso das estratégias de enfrentamento voltadas ao problema.

Considerando a temática de forma global, cabe ressaltar que a terapêutica da transplantação renal tem sido confirmada com uma opção de tratamento que apresenta bons resultados para o doente renal crônico terminal. No entanto, verificou-se que a literatura científica tem dado maior ênfase a aspectos de melhor sobrevida e menor morbimortalidade destes pacientes, quando comparados a outros tratamentos. Entretanto, os aspectos psicológicos, embora extremamente importantes para o próprio sucesso da terapêutica, tem sido relegado a segundo plano.

Quanto às limitações deste estudo, pode-se citar em primeiro lugar o fato dos instrumentos utilizados, EMEP e WHOQOL-*Bref* serem instrumentos gerais, não específicos para população de pacientes renais crônicos transplantados. Não foram verificados instrumentos específicos para investigação de *coping* ou mesmo da qualidade de vida desta população, há instrumentos que avaliam a QV em pacientes renais crônicos hemodialíticos, mas não se ajustam as especificidades do transplante renal. Quanto às estratégias de enfrentamento, encontrou-se diminutos estudos com a população de transplantados renais o que dificultou a comparação dos achados desta pesquisa com a literatura. Outro aspecto observado é que o autorrelato, característicos destes instrumentos está sujeitos à subjetividade das respostas, podendo estas em certos momentos, tender para os extremos de “otimismo ou negativismo”, com pouca reflexão de fato ao que se está respondendo.

No que se refere à relevância do presente estudo, compreende-se que se ancora na inclusão dos aspectos do campo subjetivo, que estão para além daqueles hegemonicamente

verificados como a avaliação clínica e de sobrevida do órgão transplantado. Espera-se que novos estudos que abordem os aspectos emocionais incluindo os modos de enfrentamento do pós-transplantado renal, e as possíveis correlações destes com a qualidade de vida sejam realizados. Uma vez que isto pode favorecer a instrumentalização da equipe de saúde em intervenções que visem favorecer a administração adaptativa diante de estressores comuns e com isso, influenciar de maneira positiva a qualidade de vida destes pacientes.

Referências

- Alencar E.O., Silva G.A.S., Salgado Filho N., Santos E.J.F. & Ferreira T.C.A., Corrêa R.G.C.F. (2015). *Revista Saúde e Ciência On line*, 4(2), 61-82.
- Alvares, J.A., Almeida A. M., Szuster D. A. C., Andrade E. I. G., Acurcio F. A. & Cherchiglia, M.L. (2013). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1903-1910.
- Amaral R.C. (2008). *Qualidade de vida do paciente transplantado renal submetido à ampliação vesical*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Andrade, L. G., Garcia P.D, Contti M.M., Silva A.L., Bani V.B, Duarte J.C & Carvalho M.F (2014). Os 600 transplantes renais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC da FMB) - UNESP: Mudanças ao longo do tempo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(2), 194-200.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio D.D. & Bandeira D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2) 273-294.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2017). Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro a setembro de 2017. *Registro brasileiro de Transplantes*. Veículo oficial da associação de Transplante de órgãos. São Paulo. 21(3), 3-27.
- Ay N., Anıl M., Alp V., Sevük U., Dinç B., Çelik M. & Danis R. (2014). Evaluation of Quality of Life Early and Late After Kidney Transplantation. *Annals of Transplantation*, 20(1),493-499.
- Barros P.M., Lima L.S. & Araújo O. (2009). Transplante de órgãos e tecidos: aspectos históricos, ético-legais, emocionais e repercussão na qualidade de vida. *Revista de Enfermagem UFPE*. 3(4),1192-1201.

- Beber G.C., Fontela P. C., Herr G.E.G. & Winkelmann E.R.(2017). Qualidade de vida de pacientes transplantados renais após longo período do transplante. *Saúde e Pesquisa*, 10(1), 163-170.
- Bertamoni T., Ebert G. & Dornelles V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia*, 42(2), 92-105.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde* Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 2014. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Característica da população e dos domicílios: resultados do universo*. Censo Demográfico. 2010. Brasília: Ministério do Planejamento.
- Breakwell G.M., Fife-Schaw C., Hammond S. & Smith, J.A. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brito D., Paula A., Grincenkov F., Lucchetti G. & Sanders-Pinheiro H. (2015). Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 419-426.
- Brito H.L., Seidl E.M.F. & Costa-Neto S.B. (2016). Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar. *Contextos Clínicos*, 9(2), 202-215.
- Camargo P.V., Quintana A.M., Weissheimer T.K.S. Junges N. & Martins, B.M.C. (2011). Transplante renal: Um caminho para vida ou um passo para morte? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 11(20), 515-524.
- Cardoso J., Cavalcante M. & Miranda, A. (2014). A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 24(2), 162-167.
- Carvalho M., Batista, A., Almeida P., Machado D. & Amaral E. (2012). Qualidade de vida dos pacientes transplantados renais do Hospital do Rim. *Motricidade*, 8(2), 49-57.

- Cavalcanti J. R. D. , Ferreira J. A., Henriques A.H.B., Morais G.S. N., Trigueiro, J. V. S., & Torquato I.M.B. (2014). Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery*, 18(4), 628-634.
- Costa J.M. & Nogueira L. T. (2014). Associação entre trabalho, renda e qualidade de vida de receptores de transplante renal no município de Teresina, PI, Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(3), 332-338.
- Costa P. & Leite R.C.B.O. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-364.
- Costa-Requena G., Cantarell-Aixendri M.C., Parramon-Puig G. & Serón-Micas D. (2014). Dispositional optimism and coping strategies in patients with a kidney transplant. *Nefrologia*, 34(5), 605 -610.
- Czyzewski L., Sanko-Resmer J., Wyzgal J. & Kurowski A. (2014). Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Annals of Transplantation*,19(1), 576–585.
- Farias, G.M. & Mendonça A.E.O. (2009). Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo “whoqol-bref. *REME Revista Mineira Enfermagem*, 13(4), 574-583.
- Faro A. & Pereira M.E. (2013). Estresse: Revisão Narrativa da Evolução Conceitual, Perspetivas Teóricas e Metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 78-100.
- Fleck M.P.A., Louzada, S., Xavier M., Chachamovich E.,Vieira G., Santos L. & Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref." *Revista de Saúde Pública*, 24(2), 178-183.
- Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Folkman S. & Lazarus R.S (1984). Personal control, stress, and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839-852.

- Fontoura, F.A. (2012). A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande MS, Brasil.
- Frazão C.M.F.Q., Sá J.D., Medeiros A.B.A., Fernandes M.I.C.D., Lira A.L.B.C. & Lopes M.V.O. (2014). Problemas adaptativos de pacientes em hemodiálise: aspectos socioeconômicos e clínicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 966-972.
- Freire M.E., Sawada N.O, França I.S., Costa S.F. & Oliveira C.D. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(2), 357-367.
- Gentile S., Beauger D., Speyer E., Jouve E., Dussol B., Jacquelinet C. & Briançon S. (2013). Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health Qual Life Outcomes*, 88(11), 110-126.
- Ghisi B.M., Matos T.E.S. M, Machado G.G, Pessoa D.N, Aguiar M.P., Tumelero A., Borche T., Brito L.H. & Prudente A. (2017) Epidemiologia do serviço de transplante renal de Rondônia até 2016: Análise de complicações e internações. *Anais do XV congresso brasileiro de transplantes 2017*. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 24.
- Gimenes M.G. & Queiroz E. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o cancer*, 173-195. São Paulo: Editorial Psy.
- Gobatto C.A. & Araujo T.C.C.F. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da SBPH*, 13(1), 52-63.
- Hamedan M.S & Aliha J.M. (2014). Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(4), 205-212.
- Iamin S.R.S. & Zagonel I. P. S. (2011). Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. *Psicologia Argumento*, 29(67), 427-435.

- Ionta M.R., Silveira J.M., Carvalho R.D.G., Silva S.C.C., Souza A.C.P. & Magno I.M.N. Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram transplante renal em um hospital beneficente. *Revista Paraense de Medicina*, 27(4), 74-78.
- Jorge H.M.F., Bezerra J.F., Oriá M.O.B., Brasil C.C.P., Araújo M.A.L. & Silva R.M. (2014). Enfrentamento de mães cegas no acompanhamento dos filhos menores de 12 anos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 1013-102.
- Joshi S.A., Almeida N. & Almeida A. (2013). Assessment of the perceived quality of life of successful kidney transplant recipients and their donors pre and post-transplantation. *Transplantation Proceedings*, 45(4), 1435-1447.
- Knihs N.S., Sartori D.L., Zink V., Roza A.B. & Schirmer J. (2013). A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(4), 1160-1168.
- Kristensen C.H., Schaefer L. S. Souto, & Busnello, F.B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 21-30.
- Landeiro G.M., Pedrozo C.C., Gomes M.J. & Oliveira E.R. (2011) Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. *Ciência Saúde Coletiva*, 16(10), 4257-4266.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Leite, F.M.C., Amorim, M.H. C., Castro, D.S. & Primo C.C. (2012). Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 211-217.
- Levine, D.M., Berenson, M.L. & Stephan, D. (2000). Estatística: Teoria e Aplicações, usando Microsoft Excel em português (1ª ed). São Paulo: LTC. 811p.
- Lira A.L.B.C. & Lopes M.V.O. (2010). Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 108-14.
- Lira, C.L.O.B., Avelar, T.C. & Bueno J.M.M.H. (2015). Coping e Qualidade de Vida de pacientes em hemodiálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1), 82-99.

- Manaf M.R.A., Mustafa M., Rahman M.R.A., Yusof, K.H. & Aziz, N.A.A. (2016). Factors Influencing the Prevalence of Mental Health Problems among Malay Elderly Residing in a Rural Community: A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 11(6), 156- 166.
- Manfro, R.C. (2011). Manejo da doença crônica do enxerto renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(4), 485-492.
- Marques F.R. B, Botelho M.R., Marcon S.S. & Pupulim J.S.L. (2014). Estratégias de coping utilizadas por familiares de indivíduos em tratamento hemodialítico. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 915-924.
- Martins B.C.C. (2015). Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes transplantados renais: da descrição aos desfechos clínicos. Dissertação de mestrado, Universidade do Ceará, Fortaleza, Brasil.
- Medina J.O.P. (2014). Modelo de gerencia do estudo multicêntrico não aderência aos imunossupressores em transplante renal no Brasil: diagnóstico e associações. Estudo adere Brasil. *Anais do XIX congresso paulista de nefrologia*. São Paulo, SP, Brasil, 24.
- Melnyk, B.M., Fineout O., Ellen S., Susan B. & Williamson K.M. (2010). Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. A successful search strategy starts with a well-formulated question. *Ajnonline.com*, 10(3), 58-65.
- Melo L.P., Carlotto M.S., Rodriguez S.Y.S. & Diehl L. (2016). Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(3), 125-144.
- Melo, A. F. V., Zeni, L.L., Costa C.L. & Fava, A.S. (2013). A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 152-166.
- Mendonca A.E.O. (2006). *Quality of life measured by "WHOQOL-bref : comparative study on hemodialysis and post-renal transplant patients*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- Mendonca A.E.O. (2014). *Análise da efetividade do transplante renal na qualidade de vida dos receptores no estado do Rio Grande do Norte*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

- Mendonça A.E.O., Salvetti MG, Maia E.M., Silva, A.C., & Torres (2015). Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. *Revista Escola Enfermagem USP*, 49(1), 76-81.
- Mendonça A.E.O., Torres G.V., Salvetti M.G., Alchieri J.C & Costa I. (2014). Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 287-292.
- Moura D., Souza I., & Oliveira A. (2014). Caracterização dos doentes que aguardam por transplante renal em Teresina. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 5(4), 2369-2386.
- Müller H.H, Englbrecht M., Wiesener M.S., Titze S., Heller K., Groemer T.W. & Maler, J.M. (2015). Depression, Anxiety, Resilience and Coping Pre and Post Kidney Transplantation—Initial Findings from the Psychiatric Impairments in Kidney Transplantation (PI-KT)-Study. *PloS one*, 10(11), 100-113.
- Nanna V.L, Bård W., Fredrik B, Amin AG, Anna V. & Ingrid O. (2014). From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC Nephrology*, 191(15), 239-268.
- Nascimento, F.A.F. (2013). Uma contribuição às reflexões sobre os aspectos emocionais e o papel do psicólogo na Hemodiálise. *Revista da SBPH*, 16 (1), 70-87.
- Nascimento, G. B., Schiling N.O., Ubal, S.R., Biaggio E.P.V., & Kessler T. M. (2016). Classificação socioeconômica e qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva. *Revista CEFAC*, 18(3), 657-666.
- Navarrete, S.S. & Slomka L. (2014). Aspectos emocionais e psicossociais em pacientes renais pós-transplantados. *Diaphora*, 14(1), 58-65.
- Nepomuceno F.C.L., Melo Júnior I. M., Silva E.A. & Lucena K.D.T. (2014). Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde em Debate*, 38(100), 119-128.
- Nunes C.M.N.S. (2010). O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da Psiconcologia. Encontro: *Revista de Psicologia*, 13(19) 91-102.

- Ortiz F., Aronen P., Koskinen P.K., Malmstrom R.K., Finne P. & Honkanen E.O. (2014). Health-related quality of life after kidney transplantation: who benefits the most? *Transplant International* 27(11), 1143–1151.
- Ottati F., Campos M.P. & Pinhatari M. (2014). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. *Acta colombiana de Psicologia*, 17(2), 103-111.
- Painter P., Krasnoff J.B., Kuskowski M., Frassetto L. & Johansen K. (2012). Effects of modality change on health-related quality of life. *Hemodialysis International*, 16(3), 377-386.
- Peixoto K.S., Silva R.A. & Costa R.H. (2015). Nursing diagnoses in people with acquired immune deficiency syndrome: an integrative review of the literature. *Fundamental Care*, 7(1), 2123-2136.
- Pereira E.R, Pereira A.C., Andrade G.B., Naghettini A.V., Pinto F.K., Batista S.R. & Marques S.M.(2016). Prevalence of chronic renal disease in adults attended by the family health strategy. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 38(1), 22-30.
- Pfeifer P.M., Ruschel P. P. & Bordignon S. (2013). Coping strategies after heart transplantation: psychological implications. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 28(1), 61-68.
- Pinho N.A., Silva G.V. & Pierin A.M.G. (2015). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 91-97.
- Pisanti R., Lombardo C., Luszczynska A., Poli, L., Bennardi L., Giordanengo L., Berloco P.B. & Violani C. (2017). Appraisal of transplant-related stressors, coping strategies, and psychosocial adjustment following kidney transplantation. *Stress & Health*, 33(4), 437-447.
- Quintana A.M., Weissheimer T.K. & Hermann C. (2011). Atribuições de significado ao transplante renal. *Psico*, 42(1), 23-30.
- Raiesifar A., Tayebi A., Mehrii S.N., Ebadi A., Einollahi B., Tabibi H. & Saii A. (2014). Effect of Apply-ing Continuous Care Model on Quality of Life Among Kidney

- Transplant Patients: a Randomized Clinical Trial. *Iran Journal Kidney Diseases*, 8(2), 139-148.
- Ramos F.P, Enumo S.R.F. & Paula, & Pereira K.M. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 269-279.
- Ravagnani L. M., Domingos. A. & Miyazaki M. C. (2007). Qualidade vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos em Psicologia*, 12(2), 177-84.
- Ribeiro D., Ribeiro R., Baptista M., Cesarino C., Rodrigues C. & Parra W. (2016). Fatores sociodemográficos e clínicos associados à qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados renais. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 10(1), 57-64.
- Rodrigues, L.O., Araujo J.A, Guedes J.P.M. & Silva M.M.C. (2017). Mensuração da desigualdade educacional entre os municípios nordestinos. *Revista de Economia Contemporânea*, 21(1), 1-31.
- Rufino, G. P., Gurgel M. G., Pontes T.C. & Freire E. (2012). Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. *Revista Brasileira de Clínica Medica*, 10(4): 291-297.
- Sanders-Pinheiro H, Marsicano E.O., Roza B.A., Almeida S.S., Silva Jr H.T., Fernandes P. F.C.B.C., Mazzali M., Colugnati F., Geest S. & Medina J.O.P.(2017). Modelo de gerencia do estudo multicêntrico não aderência aos imunossupressores em transplante renal no Brasil: diagnostico e associações. Estudo adere Brasil. *Anais do XIX congresso paulista de nefrologia*, São Paulo, SP, Brasil, 24.
- Santos W.J.A. (2012). *Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa René Rachou. Belo Horizonte, MG, Brasil.

- Santos, Q. N. (2013). Estratégia de Enfrentamento (Coping) da Família Frente a um Membro Familiar Hospitalizado. Uma Revisão de Literatura Brasileira. *Mudanças Psicologia da Saúde*, 21(2), 40-47.
- Seidl E.M., Troccoli B.T. & Zannon C.M. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seidl EM, Zannon C.M.L. & Troccoli, B.T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS : enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Silva A. E. S., Pontes U.O., Genzini T., Prado, P.R. & Amaral T. L.M. (2014). Revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós-transplante renal. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 597-603.
- Silva R. A. R., Souza V. L., Oliveira G.J.N., Silva B.C.O., Rocha C.C.T. & Holanda J. R.R. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Escola Anna Nery*, 20(1), 147-154.
- Santos B.P., Schwartz E., Beuter M., Muniz R.M., Echevarría-Guanilo M.E., & Viegas, A.C. (2015). Consequências atribuídas ao transplante renal: técnica dos incidentes críticos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 748-755.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (2001). *Diretrizes em transplante renal*. Diretrizes para condutas médicas - Projeto Diretrizes Conselho Federal de Medicina. 2001. São Paulo.
- Souto, F.C. O., Costa R.M. A, Marques T.M.M. & França A.M.B. (2016) .Qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante renal. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(3) , 119-132.
- Souza A.M. & Dutra L.M. (2013). Qualidade de vida dos pacientes submetidos a transplante renal no Hospital Regional da Asa Norte. *Comunicação em ciências da saúde*. 24(1), 9-20.
- Souza J.R. & Araujo T.C. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de psicologia*, 27(2), 147-159.

- Stømer U., Bergrem H. & Goransson L.G. (2013). Health-related quality of life in kidney transplant patients and non-renal replacement therapy patients with chronic kidney disease stages 3b-4. *Annals of Transplantation*, 18(1), 635-642.
- Suit D. & Pereira M.E.(2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19(3), 317-340.
- Taddeo P.S., Gomes K.W.L., Caprara A., Gomes A.M.A., Oliveira G.C. & Moreira T.M.M. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2923-2930.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*,41(10), 1403 -1409.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*,41(1), 1403.
- Tizo, J. M & Macedo, L. C. (2015). Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Revista Uningá Review*, 24(1), 62-70.
- Torres G.V., Mendonça A.E, Amorim I.G, Oliveira I.C.M.O., Dantas, R.A.D. & Freire .I.L.S. (2013). Perfil de pacientes em lista de espera para transplante renal. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(1), 700-708.
- Trevizan F.B., Miyazaki M.C.O.S., SilvaY.L.W. & Roque C.M.W. (2017). Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 32(3), 162-170.
- Viana G. & Kohlsdorf, M. (2014). Qualidade de Vida e Enfrentamento em Pacientes Submetidos à Hemodiálise. *Interação em Psicologia*, 18(2), 131-138.
- Videres A.R.N., Vasconcelos T.C., Oliveira D.C.L., Pimenta E.F., Sampaio T.C. & Simpson C.A. (2013). Fatores estressores e estratégias de coping de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas. *Revista Rene Fortaleza*, 14(3), 481-92.

- Vitaliano P.P, Russo J., Carr J.E., Maiuro R.D., & Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1),3-26.
- Vitorino L.M., Paskulin L.M & Vianna L.A. (2013). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(9), 3-11.
- Wei T.Y., Chiang Y.J., Hsieh C.Y., Weng L.C., Lin S.C. & Lin MH. (2013)Health related quality of life of long-term kidney transplantation recipients. *Biomed Journal*, 36(5), 243-251.

Apêndices

Apêndice A



Nº

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGSI/UFRN)**

QUESTIONÁRIO CLÍNICO E SÓCIODEMOGRÁFICO

I- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME (Iniciais) _____

GÊNERO: () Feminino () Masculino

IDADE: _____ Anos

ESTADO CONJUGAL: () Solteiro () União Estável () Casado () Viúvo () Divorciado

GRAU DE INSTRUÇÃO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não Alfabetizado
<input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto
<input type="checkbox"/> Fundamental Completo
<input type="checkbox"/> Médio Incompleto
<input type="checkbox"/> Médio Completo | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto
<input type="checkbox"/> Superior Completo
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação Incompleta
<input type="checkbox"/> PósGraduação Completa |
|---|---|

ENDEREÇO: _____ **TELEFONE:** _____

RELIGIÃO: () Não Possui () Católica () Evangélica () Espirita () Outra:

TEM FILHOS? () Não () Sim, Quantos?

OCUPAÇÃO PROFISSIONAL: Encontra-se trabalhando? () Sim () Não

Caso não possua ocupação, recebe: () Aposentadoria () Benefícios () Sem ajudas financeiras

RENDA FAMILIAR MENSAL:

- Menos de 1 Salário Mínimo
 Até 2 Salários Mínimos Mensais 3 a 6 Salários Mínimos Mensais 7 a 10 Salários Mínimos Mensais
 11 Ou Mais Salários Mínimos Mensais

II - DADOS CLÍNICOS**COMORBIDADES (Coexistência de transtornos ou doença)**

Você possui alguma doença crônica além da renal?

- Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus
 Cardiopatia Obesidade Outra, especificar: _____

DADOS - TRANSPLANTE RENAL**Tempo em Fila de Transplante:**

Tempo de Transplante: 3 meses a 1 ano 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 10 anos Tipo de Doador: Vivo Cadáver

Você apresentou alguma complicação relacionada ao transplante nos últimos 12 meses? Não Sim, qual(is)? Rejeição Infecção Insuficiência Renal Aguda Outras

Ocorreu alguma internação relacionada ao transplante nos últimos 12 meses? Sim Não Se sim, quantas?
 Você sente algum tipo de dor ou desconforto em decorrência do transplante? Sim Não Se sim, especificar:

III- ASPECTOS SUBJETIVOS:

Como você considera sua satisfação com o transplante renal? Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito Satisfeito

Você acredita que o transplante renal trouxe algum aspecto negativo para sua vida? Nenhum Pouco(s) Alguns Muitos

Você acredita que o transplante renal trouxe algum aspecto positivo para sua vida? Nenhum Pouco(s) Alguns Muitos

Quão satisfeito você está em relação à sua qualidade de vida, após o transplante? Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito Satisfeito

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em pacientes transplantados renais”, que é coordenada pela Prof.^a Dr.^a Eulália Maria Chaves Maia. Essa pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (modo como cada pessoa enfrenta e se adapta às situações consideradas estressantes) em pacientes transplantados renais. A motivação para realização do estudo é procurar agregar, aos cuidados com a saúde do paciente transplantado renal, a consideração dos aspectos emocionais envolvidos no processo de transplante e suas possíveis relações com a qualidade de vida.

Caso decida aceitar o convite, você responderá de maneira assistida a três questionários, sendo estes: 1) Questionário clínico e sociodemográfico (que terá por objetivo obter dados sociais e clínicos como, por exemplo, referentes à idade, sexo, escolaridade/tempo de estudo, tempo de realização do transplante e dados de saúde); 2) Escala de modos de enfrentamento de problemas- EMEP (a qual investiga como você utiliza as estratégias de enfrentamento diante de problemas); 3) O instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref, (que objetiva a avaliar como você percebe sua qualidade de vida). Estima-se que o tempo gasto para a aplicação de todos os instrumentos seja menor que 60 minutos.

Os riscos envolvidos com sua participação serão mínimos, uma vez que os instrumentos de coleta de dados serão questionários com opções para marcar, além disso, será garantido que todas as informações obtidas serão absolutamente sigilosas, e seu nome não será identificado em nenhum momento. Caso haja algum tipo de desconforto emocional no decorrer da entrevista, serão realizadas intervenções psicológicas, prontamente, pela própria pesquisadora integrante da pesquisa.

Como benefício ao participar da pesquisa você terá: a possibilidade contribuir para agregar visibilidade à temática, e assim, auxiliar os profissionais da saúde, a traçarem modos de cuidado que considerem o paciente pós-transplantado renal para além da avaliação clínica e de sobrevida do órgão.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência psicológica gratuita que será prestada pelo Serviço de Psicologia Aplicada – UFRN, após contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa, a Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Os dados que você nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro por um período de cinco anos.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovada- mente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora responsável, Dr.^a Eulália Maria Chaves Maia, na sala 616, do Laboratório de Psicologia, setor verde, Campus Universitário Central da Universidade Federal do Rio Grande do Norte ou pelo telefone 3215-3592, Ramal 220. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa - UFRN pelo telefone (84) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, a importância, a maneira como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, além de ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa “*Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em pacientes transplantados renais*”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Participante da pesquisa:

Nome: _____

Assinatura: _____

Impressão
datiloscópica
do participante

Declaração do Pesquisador Responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “*Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em pacientes transplantados renais*”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Pesquisadora Responsável:

Eulália Maria Chaves Maia


 Prof.ª Dr.ª. Eulália Maria Chaves Maia
 Eulália Mª Chaves Maia
 Psicóloga / UFRN
 CRP-RN/0017

Natal, _____

Anexos

Anexo A

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Nem Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia- a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Veze	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, Ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo B

ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS-EMEP

Instruções

As pessoas reagem de diferentes maneiras nas situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está fazendo para enfrentar a internação na unidade de terapia intensiva. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação, no momento atual. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a internação.

1	2	3	4	5
ocê nunca faz isso	faz isso pouco	ocê faz isso às vezes	ocê faz isso muito	ocê faz isso sempre

Item	Alternativas resposta				
	1	2	3	4	5
1. Você leva em conta o lado positivo das coisas?	1	2	3	4	5
2. Você se culpa?	1	2	3	4	5
3. Você se concentra em alguma coisa boa que pode vir desta situação?	1	2	3	4	5
4. Você tenta guardar seus sentimentos para si mesmo?	1	2	3	4	5
5. Procura um culpado para a situação?	1	2	3	4	5
6. Espera que um milagre aconteça?	1	2	3	4	5
7. Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite?	1	2	3	4	5
8. Você reza / ora?	1	2	3	4	5
9. Conversa com alguém sobre como está se sentindo?	1	2	3	4	5
10. Você insiste e luta pelo que quer?	1	2	3	4	5
11. Você se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo?	1	2	3	4	5
12. Você briga consigo mesmo; Você fica falando consigo mesmo o que deve fazer?	1	2	3	4	5
13. Desconta em outras pessoas?	1	2	3	4	5
14. Encontra diferentes soluções para o seu problema?	1	2	3	4	5
15. Tenta ser uma pessoa mais forte e otimista?	1	2	3	4	5

16. Você tenta evitar que os seus sentimentos atrapalhem outras coisas na sua vida?	1	2	3	4	5
17. Você se concentra nas coisas boas da sua vida?	1	2	3	4	5
18. Você desejaria mudar o modo como você se sente?	1	2	3	4	5
19. Aceita a simpatia e a compreensão de alguém?	1	2	3	4	5
20. Demonstra raiva para as pessoas que causaram o problema?	1	2	3	4	5
21. Pratica mais a religião desde que tem esse problema?	1	2	3	4	5
22. Você percebe que você mesmo trouxe o problema para si?	1	2	3	4	5
23. Você se sente mal por não ter podido evitar o problema?	1	2	3	4	5
24. Você sabe o que deve ser feito e está aumentando seus esforços para ser bem sucedido?	1	2	3	4	5
25. Você acha que as pessoas foram injustas com você?	1	2	3	4	5
26. Você sonha ou imagina um tempo melhor do que aquele em que você está?	1	2	3	4	5
27. Tenta esquecer o problema todo?	1	2	3	4	5
28. Está mudando e se tornando uma pessoa mais experiente?	1	2	3	4	5
29. Você culpa os outros?	1	2	3	4	5
30. Você fica se lembrando de que as coisas poderiam ser piores?	1	2	3	4	5
31. Conversa com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o seu problema?	1	2	3	4	5
32. Você tenta não agir tão precipitadamente ou seguir sua própria idéia?	1	2	3	4	5
33. Muda alguma coisa para que as coisas acabem dando certo?	1	2	3	4	5
34. Procura se afastar das pessoas em geral?	1	2	3	4	5
35. Você imagina e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer?	1	2	3	4	5
36. Encara a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez?	1	2	3	4	5
37. Descobre quem mais é ou foi o responsável?	1	2	3	4	5

38. Pensa em coisas fantásticas ou irreais (como vingança ou achar muito dinheiro) que te fazem sentir melhor?	1	2	3	4	5
39. Você pensa que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela?	1	2	3	4	5
40. Você diz a si mesmo o quanto já conseguiu?	1	2	3	4	5
41. Você desejaria poder mudar o que aconteceu com você?	1	2	3	4	5
42. Você fez um plano de ação para resolver o seu problema e o está cumprindo?	1	2	3	4	5
43. Conversa com alguém para obter informações sobre a situação?	1	2	3	4	5
44. Você se apega à sua fé para superar esta situação?	1	2	3	4	5
45. Você tenta não fechar portas atrás de si? Tenta deixar em aberto várias saídas para o problema?	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para lidar com condição de ser um paciente transplantado renal?

Muito obrigada pela sua participação!