



ciência plural

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES QUE RETORNAM A HEMODIÁLISE APÓS SEREM SUBMETIDOS A UM TRANSPLANTE RENAL

Quality of life of patients returning hemodialysis after submitting a renal transplant

Fernanda Luiza Soares Ramos • Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem (UNIT-AL).
E-mail: fernanda_s21@hotmail.com

Valdiene Maria dos Santos Salazar • Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem (UNIT-AL). E-mail: valdiene_salazar@hotmail.com

Waleska de Lima Santos • Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem (UNIT-AL).
E-mail: waleskaalimaa@gmail.com

Luciana de Melo Mota • Especialista em Docência no Ensino Superior (FEJAL). Docente Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL).
E-mail: lummota@hotmail.com

Autora responsável pela correspondência:

Fernanda Luiza Soares Ramos. E-mail: fernanda_s21@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda gradual e irreversível da função renal, esse fato ocorre quando os rins deixam de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora. O transplante renal envolve transplantar o rim de um doador vivo ou falecido para um receptor que não apresenta mais função renal. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pessoas que retornaram a hemodiálise após transplante renal. **Métodos:** Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Utilizou-se de uma entrevista semiestruturada e o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-100. Foram entrevistados dois pacientes, recrutados por meio do contato com o serviço de Nefrologia onde os mesmos realizavam o tratamento dialítico. **Resultados:** A entrevista demonstrou que o diagnóstico de rejeição do órgão é um dos momentos mais difíceis para o paciente, a assistência da família durante o tratamento é de fundamental importância, as restrições dietéticas e hídricas tornam-se uma carga a mais durante o tratamento e as expectativas futuras possivelmente serão menores considerando a fase da vida em que esse diagnóstico é constatado. No WHOQOL-100, os entrevistados apresentam níveis iguais ou acima da média de qualidade de vida, sendo apenas o domínio de nível de independência o de menor escore. **Conclusão:** A pesquisa enfatiza a necessidade de uma atenção profissional humanista e acolhedora, visto que esse retorno a hemodiálise após passar pelo transplante pode ocasionar um impacto negativo nas dimensões físicas, psíquicas e sociais das pessoas que voltam a realizar hemodiálise.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Transplante de Rim; Unidades Hospitalares de Hemodiálise; Rejeição de Transplante.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is characterized by the gradual and irreversible loss of renal function, this occurs when the kidneys fail to remove the metabolic products produced by the body or to perform its regulatory function. Kidney transplantation involves transplanting the kidney from a living or deceased donor to a recipient who has no kidney function. **Objective:** To evaluate the quality of life of people who returned to hemodialysis after a kidney transplant. **Methods:** Qualitative research, case study type. It used a semistructured interview and the assessment tool of quality of life of the World Health Organization, WHOQOL-100. Two patients were interviewed, recruited through contact with the Nephrology service where they performed the dialysis treatment. **Results:** The interview demonstrated that the diagnosis of rejection of the organ is one of the most difficult moments for the patient, the family assistance in treatment is of fundamental importance, dietary and water restrictions become overloaded during the treatment and the future expectations possibly will be smaller considering the stage of life in which the diagnosis is established. The WHOQOL100, the interviewees feature levels equal to or above the average quality of life, being only the domain of independence level with the lowest score. **Conclusion:** The research emphasizes the need for a professional humanist and friendly attention, Since this return to dialysis after passing by the transplant can cause a negative impact on physical, psychological and social dimensions, of the people who come back to perform hemodialysis.

Keywords: Quality of life; Kidney Transplantation; Hospital Hemodialysis Unit; Transplant Rejection.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda gradual e irreversível da função renal. Esse fato ocorre quando os rins deixam de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora. As substâncias que são eliminadas pela urina acumulam-se no organismo, ocasionando retenção de líquidos, prejudicando as funções metabólicas e endócrinas. Assim, a substituição da função renal é exigida, podendo adotar-se como tratamento a hemodiálise, a diálise peritoneal ou o transplante renal.¹

Em decorrência do transplante renal ser indicado para pessoas com DRC, torna-se necessária uma rotina de cuidados contínuos com a saúde. Embora o processo de transplantação liberte a pessoa com DRC da máquina, ainda sim, manterá a dependência dos cuidados, das medicações, das práticas profissionais e das instituições de saúde. No contexto do transplante renal, é importante que a equipe de enfermagem examine continuamente sua prática profissional, buscando maneiras de melhorar a assistência prestada.²

O transplante renal envolve transplantar o rim de um doador vivo ou falecido para um receptor que não apresenta mais função renal. Mesmo com uma compatibilidade perfeita não há garantia que o órgão transplantado não será rejeitado. Assim, nem todos os pacientes estão aptos para um transplante renal. Para facilitar a compatibilidade de um receptor com um doador, o paciente é colocado numa lista nacional de espera.³ O processo de doação e transplante de rim no Brasil é organizado pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).⁴

O Brasil apresenta tendência crescente no número de rins transplantados. No país entre 2004 e 2014, o aumento foi de 73,03%, passando de 3.126 para 5.409 unidades, respectivamente.⁴ Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos⁵ nos anos entre 2014 e 2017, em Alagoas foram transplantadas 61 pessoas que estavam realizando alguma terapia renal substitutiva, sendo 70,5 % de doadores falecidos e 29,5 % de doadores vivos.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o número total de pacientes que foram internados por atendimento no estado de Alagoas entre 1 de janeiro de 2013 e dezembro de 2017 foi de 7.433. Esses números abrangem pacientes do sexo feminino e masculino com idade entre 15 e 69 anos.⁶

A perda do órgão transplantado se caracteriza como uma experiência difícil, considerando a complexidade do cuidar das pessoas que possuem DRC e que realizam terapias renais substitutivas, suas rotinas árduas no que se relaciona ao cumprimento de um rígido regime terapêutico e o imaginário de liberdade que perpassa na mente daqueles que desejaram realizar o transplante.⁷

Este artigo procurou entender a qualidade de vida dos pacientes que retornaram para hemodiálise, após serem submetidos a um transplante renal e ter seu órgão rejeitado. Os objetivos foram avaliar a qualidade de vida de pessoas que retornaram à hemodiálise após transplante renal, identificar fatores que levam a má qualidade de vida dos hemodiáliticos e comparar o padrão de vida dos pacientes antes do transplante e após o procedimento.

Diante das características apresentadas, esse estudo surgiu a partir de inquietações e questionamentos sobre a qualidade de vida dos pacientes transplantados que retornaram a hemodiálise, após rejeição do órgão, diante do procedimento invasivo e complicações ocasionadas, que geralmente causam um grande desconforto mental e físico.

MÉTODOS

É uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, entendido como a observação detalhada de um contexto ou pessoa, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico, que fornece informações relevantes para tomada de decisão.⁸

O local de pesquisa foi a Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Álcool de Alagoas, localizado na cidade de Maceió no estado de Alagoas, situada na Avenida Fernandes Lima, Km 05, s/n, Farol, no setor de Hemodiálise (Pronefron), onde os pacientes dialisam. De acordo com as características do estudo que não tem a perspectiva de inferência estatística, mas de compreensão do desfecho estudado em sua profundidade, foram entrevistados dois pacientes em terapia de substituição renal, e o recrutamento ocorreu por meio do contato com o serviço de Nefrologia onde os mesmos realizavam o tratamento dialítico. Eles apresentaram rejeição ao transplante de rim e retornaram à hemodiálise, sendo assistidos em um serviço local de nefrologia.

Foram usados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade superior a 18 anos; ter rejeição ao transplante de rim, estar realizando hemodiálise no período da coleta de dados e comunicar-se em língua portuguesa; já os critérios de exclusão: aqueles que possuíssem déficits cognitivos que dificultassem ou impedissem a comunicação.

A entrevista foi registrada a partir da transcrição e análise, segundo o método proposto por Minayo⁹ que consiste em anotar todas as observações feitas durante o encontro com o paciente, devendo ser registradas as impressões pessoais, resultado de conversas informais, observação de comportamentos incoerentes, manifestação dos interlocutores dentre outras particularidades. Foi solicitado que o paciente descrevesse os acontecimentos desde que foi diagnosticado com Insuficiência Renal Crônica (IRC) até o

presente momento. Durante as narrativas, perguntas complementares foram feitas, para estimular os depoimentos. Ao término do questionário foi verificado se o paciente não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão. Os dados foram analisados e interpretados segundo a literatura consultada.

Após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis, foram utilizados na coleta dos dados o questionário de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100),¹⁰ que consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, alimentação. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.¹¹

Utilizou-se também um questionário semiestruturado de elaboração própria, que serviu por base para realização da entrevista feita pelos pesquisadores, tendo assim, o preenchimento de informações relacionadas à qualidade de vida após o transplante, tendo retornado a hemodiálise e também possíveis causas decorrentes desse processo, relatado pelos pacientes.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o formulário padrão através da escala de Likert (quadro 1), utilizando-se o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 13.0 para Windows. Os resultados da aplicação do WHOQOL-100 são expressos através dos escores de cada faceta e domínio. Foi realizado, também, o cálculo da estatística descritiva de cada faceta e domínio. A OMS aconselha a utilização desse software para o cálculo dos resultados do WHOQOL-100. Finalizamos com as etapas de transcrição e textualização.

Quadro 1 - Relação entre a escala de Likert e as escalas usadas: %, avaliação, capacidade e frequência. Maceió-AL, 2018.

Likert		1	2	3	4	5
(%)		0	25	50	75	100
Avaliação	Satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito,	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Qualidade	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Felicidade	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
Capacidade		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
				Médio	Muito	Completamente
Frequência		Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes – UNIT, em Maceió-AL, sob parecer de nº 2.993.917/2018. Os parâmetros éticos para pesquisas com seres humanos foram seguidos, respeitando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise da Entrevista

Foram entrevistados dois sujeitos (B1, B2), do sexo masculino, com idade entre 18 e 69 anos, e com tempo de transplante renal entre 1 e 5 anos. Os órgãos transplantados foram de doadores cadáveres e o transplante foi feito no Hospital do Açúcar e do Álcool em Alagoas.

As categorias encontradas com a análise temática foram: O impacto ao retorno a hemodiálise após o transplante renal; Importância da inserção da família no tratamento; Restrição dietética e hídrica; O vínculo entre o setor de hemodiálise e paciente; e Enfrentamento para o futuro do tratamento. Elencou-se, ainda, realizar uma síntese da influência destas percepções e das mudanças na qualidade de vida que essas pessoas demonstraram.

O impacto ao retorno a hemodiálise após o transplante renal

A partir do diagnóstico da doença e do impacto gerado, os pacientes sofrem ruptura nas suas vidas, de forma abrupta, o que afeta seu cotidiano, agora permeado por compromissos com o tratamento, a diálise, a dieta, os exames e medicamentos necessários.¹² O choque ao retornar ao tratamento após o transplante renal suscita sentimentos de medo em relação ao futuro, insegurança, raiva e não aceitação da doença e seu tratamento.

A hemodiálise pode acarretar sentimentos ambíguos de aceitação e revolta nos sujeitos que necessitam deste tratamento para sobreviver, pois ao mesmo tempo em que garante a vida, torna a pessoa dependente da tecnologia levando-o a realizá-la periodicamente. Há um simbolismo atribuído à hemodiálise, tratando a mesma como uma relação de “vida e morte”, considerando que a sobrevivência é possível pelo procedimento de hemodiálise.¹³

De outro modo, as mudanças no estilo de vida acarretadas pela insuficiência renal crônica e pelo tratamento dialítico ocasionam limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, que podem afetar a qualidade de vida.¹⁴ Na vivência cotidiana com estes pacientes, os mesmos expressam sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da autoimagem, como é visto na fala dos sujeitos entrevistados:

“[...] Quando o médico disse que teria que retornar a hemodiálise, pois tinha sido rejeitado, fiquei sem chão, queria parar de fazer o tratamento, queria me entregar, não queria mais viver, pois teria que passar por tudo novamente, só queria que tudo aquilo parasse, mais era a minha sobrevivência.” (B1)

“[...] Fiquei mal, perturbado, ia me entregar, não queria fazer mais nada, apenas parar, só voltei a fazer o tratamento a pedido de minha esposa e pensei no meu filho que precisa de mim.” (B2)

O retorno às atividades hemodialíticas foi descrito como a pior das sensações sentidas pelos pacientes depois de todo esse processo. Nele estão incluídas as atividades sociais, físicas, de lazer e ocupacionais, vinculadas ou não à produção de renda. A obrigatoriedade em comparecer três vezes no centro de diálise torna-se um empecilho para a programação de viagens e passeios, limitando o desempenho social.

Importância da inserção da família no tratamento

O processo de doença pode provocar, na maioria das vezes, o fortalecimento afetivo entre seus familiares. Na verdade, a família é um sistema cultural de cuidado à saúde bem diferente, esse fato pode complementar o sistema profissional de saúde.¹⁵

A busca do apoio familiar começa quando há uma constatação de que alcançar um estado de bem-estar físico e mental é possível, para que assim haja uma recuperação da autonomia, das atividades de trabalho e lazer, da preservação da esperança e do senso de utilidade da pessoa em hemodiálise. Por outro lado, é importante destacar, que esses indivíduos podem reconhecer que o tratamento possibilita-lhes a espera pelo transplante renal e, com isso, uma expectativa de melhorar sua qualidade de vida. As mudanças decorrentes do tratamento atingem seus familiares, pois esses necessitam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar que apresenta insuficiência renal crônica.¹⁴ Isso é citado na fala dos sujeitos entrevistados:

“[...] O apoio da minha família foi muito bom, tanto antes quanto após transplante, só meus amigos que se afastaram” (B1).

“[...] O apoio da minha família em geral não tive, só o da minha esposa, agora que retornei a refazer a hemodiálise que meus irmãos estão me apoiando um pouco” (B2).

Para essas pessoas, a referência dos amigos e da família, bem como o seu relacionamento com eles é contribuinte significativamente na sua vida e no enfrentamento da patologia, sendo um aliado imprescindível para o viver e conviver com uma situação especial e difícil como a hemodiálise; porém nem sempre esses relacionamentos de amizades conseguem englobar as necessidades, deixando espaço para possíveis sentimentos de solidão.¹⁶

Restrição dietética e hídrica

O paciente renal crônico vive com muitas privações, e a dieta torna-se uma carga a mais. As restrições e outras recomendações nutricionais são, provavelmente, a parte mais difícil do tratamento, pois podem alterar o estilo de vida e ir contra as preferências, hábitos alimentares e aspectos culturais do paciente.¹⁷

O tratamento dialítico surge na vida do doente e transforma o seu cotidiano, trazendo em si diversas realidades, reveladas por alterações físicas, sociais e até de simples prazeres, como o de se alimentar com a comida de que gosta ou beber água à vontade.¹⁸

Esses pacientes são acompanhados por nutricionista que prescreve uma dieta individualizada e única, assim realizando o cálculo individual da quantidade de líquido prevista que o paciente pode ingerir e faz-se um cronograma do que pode ser consumido. Essas restrições hídricas e dietéticas são uma queixa comum entre os portadores de insuficiência renal. Em virtude disso, relacionam o transplante com a liberdade em poder ingerir água e comer sem nenhuma restrição, conforme pode ser visto nas falas dos sujeitos:

“[...] Minha alimentação não é correta, pois os gastos pra fazer essa dieta é muito grande e não tenho condições de comprar, e sobre a água isso dificulta muito a minha vida, pois gosto de sair e beber, e já no meu dia a dia não beber muita água me estressa” (B1).

“[...] Sim tenho uma alimentação correta na medida do possível, me alimento bem, como verduras, saladas, e bebo muita água, não tenho muita restrição quanto a água” (B2).

Em contrapartida, as falas dos entrevistados às orientações recebidas dos profissionais em relação à ingestão de líquidos e alimentos implica na utilização de um grau de autocontrole que nem sempre é alcançado. O fato de não poder comer os alimentos e de não beber a quantidade de líquidos que desejaria representa um grande obstáculo que precisa pode ser enfrentado a cada dia.¹⁹

O vínculo entre o setor de hemodiálise e o paciente

Os pacientes que fazem tratamento dialítico vivenciam experiências semelhantes que os aproximam numa relação de amizade, carinho e desleixo com outro. A frequência quase que diária na clínica faz com que convivam regularmente os mesmos pacientes, a terapêutica, os mesmos profissionais e funcionários. Dessa forma, criam-se vínculos de afetuosidade e confiança.²⁰

O Sistema Único de Saúde (SUS) que ancora as políticas públicas, busca fortalecer de forma concreta as novas demandas que se apresentam no campo da saúde, em suas múltiplas dimensões, quanto à questão social. Em conformidade com o regulamento técnico estabelecido, o Ministério da Saúde tem investido, também, na capacitação das equipes de enfermagem para que haja um melhor atendimento.⁴ As falas dos sujeitos ilustram esse aspecto:

“[...] Muito bem atendido, e faltava algumas coisas” (B1).

“[...] Muito bom, às vezes que o espaço não era legal por conta que não tinha privacidade as vezes, porque já vi muito amigo dele morrer do meu lado, o lanche não era bom, tinha um dia que era pior que o outro, pois já soube que em outro hospital era muito melhor de fazer, e as enfermeiras e técnicas de enfermagem eram muito boas” (B2).

Os profissionais de saúde, ao buscar essa compreensão acerca da espiritualidade, poderão entender algumas atitudes dos pacientes, assim como de suas famílias, que influenciam em suas condutas e tomadas de decisões relacionadas à terapêutica dialítica, com suporte nesse, será possível negociar ou manter as práticas promotoras de saúde.²⁰

Enfrentamento para o futuro do tratamento

Quando considera-se a fase da vida em que esse diagnóstico é constatado, o sofrimento pelas expectativas futuras possivelmente será maior.²¹ Para algumas pessoas com idade avançada é percebido um controle emocional que facilita a adaptação ao tratamento, enquanto que para outras significa um empecilho surgido em suas vidas no momento em que realmente estavam prontos para viver.

Assim, o período vivido pelo adulto jovem consiste na obtenção de uma posição social em consequência do desempenho profissional e familiar, embora tenham ocorrido modificações, como o prolongamento dos estudos, a instabilidade profissional que dificulta a inserção no mercado laboral e a emancipação residencial da família de origem mais tardia, influenciando na idade para a formação da própria família²² como pode se observar na fala dos sujeitos entrevistados:

“[...] Essa é minha vida, então para viver melhor eu faço tudo que posso” (B1).

“[...] vivo de acordo com as minhas crenças, faço por onde ter uma vida boa gosto de viajar quando posso, e vivo sem pensar no amanhã, pois se não vou enlouquecer” (B2).

Nesse contexto Santo Agostinho afirma que a fé está presente em todos os domínios da vida, e é um ato tão necessário que sem ela é impossível se concebê-la.²³

Análise do WHOQOL-100

A seguir, apresenta-se a estatística descritiva e conclusiva para os resultados da qualidade de vida de pacientes que retornam a hemodiálise após serem submetidas a um transplante renal (quadro 2 / gráfico 1).

Quadro 2 - Estatística qualitativa da qualidade de vida de acordo com os domínios (WHOQOL-100). Maceió-AL, 2018.

DOMÍNIO	MÉDIA
Físico	11,9
Psicológico	14,1
Nível de independência	10,6
Relações sociais	14,6
Ambiente	14,1
Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais	18
TOTAL	13,5

Ao analisar o quadro 2, foi classificado com média do WHOQOL-100 igual ou superior a 10 como sendo detentor de qualidade de vida suficiente. Foram tomados como base para esses resultados, os estudos realizados por Mello²⁴ ao utilizar o mesmo instrumento, apresentando a média para QV

semelhante ao encontrado na pesquisa. A mesma propõe uma classificação categórica do WHOQOL, onde escores entre 14,1 e 20 correspondem a QV alta, entre 11 e 14 a QV média, e escores abaixo de 11 significam QV baixa. Observou-se, na amostra, que os pacientes apresentaram níveis iguais ou acima de 10, sendo apenas o domínio de nível de independência com o menor escore (10,6).

A idade tem grande relevância, pois jovens nem sempre estão preparados para lidar com as exigências das novas situações e contextos onde estas ocorrem. Se pessoas mais velhas são capazes de lidar com os vários desafios e exigências dessas tarefas sem uma acentuada alteração no seu bem-estar psicológico e físico, os mais novos podem provocar uma exaustão nos seus recursos físicos, emocionais, cognitivos e sociais por exigirem esforços adaptativos e aceitação da sua imagem pelo processo de mudança, refletindo-se em profundas alterações no seu equilíbrio psicológico e no seu nível de independência.

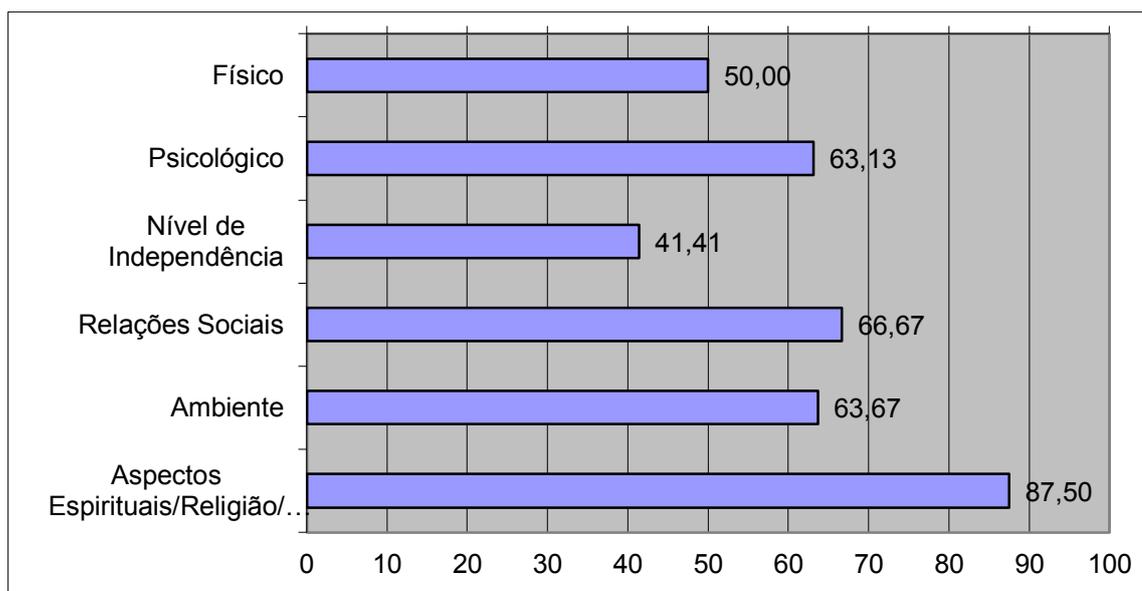


Gráfico 1 - Conversão dos resultados dos domínios para uma escala de 0 a 100. Maceió-AL, 2018.

Na conversão dos resultados dos domínios em forma de escala (0-100%) nota-se que o domínio nível de independência obteve uma porcentagem de 41,41% sendo considerada a menor. De forma geral, observa-se que teve apenas um domínio que avaliado, foi menor de 50% em relação à qualidade de vida do paciente diante do retorno a hemodiálise após o transplante renal, apresentando-se assim, de forma satisfatória, pois, entre os valores dos parâmetros, os pacientes encontram-se acima da média, com o resultado total de 62,06%, tendo assim uma qualidade de vida satisfatória.

Os pacientes com doenças crônicas possuem dificuldades em realizar suas atividades cotidianas e isto se torna um fato marcante em suas vidas, uma vez que, em virtude de sua condição de cronicidade, possuem perdas nas relações sociais, na capacidade de locomoção, de trabalho e também nas atividades de lazer.¹⁴

Diante do exposto percebe-se que os pacientes, diferentemente do que é enfatizado pelo autor¹⁴, conseguem desenvolver suas atividades do cotidiano de forma satisfatória, sem dificuldades para locomoção. O que mais é levado em consideração é o nível de independência que esses pacientes não têm, pois eles estão diretamente ligados à máquina, a remédios, e a uma vida cheia de regras e limitações.

CONCLUSÕES

Diante do exposto, a qualidade de vida dos pacientes que se submeteram ao transplante renal e retornaram a hemodiálise após rejeição do órgão transplantado diminuiu consideravelmente. Vale ressaltar que, a qualidade de vida desses pacientes durante a hemodiálise foi baixa comparada a fase transplantada, que foi considerada elevada.

A busca pela melhora da qualidade de vida inclui a superação dos limites impostos pela doença e o controle de sentimentos que provocam desconforto e tristeza após o retorno a hemodiálise, sendo fundamental o apoio familiar. Entretanto as ações educativas que envolvam estes pacientes, são indispensáveis com o propósito de gerar um convívio social saudável, essencial ao seu desenvolvimento, à sua vida e ser capaz de amenizar o impacto da doença.

É essencial que a equipe multiprofissional, possa prestar uma assistência direcionada a um cuidado integral, favorecendo uma melhor adaptação ao tratamento, reconhecendo as necessidades e expectativas individuais e estimulando os pacientes a explorar seus potenciais, garantindo assim uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Santos BP, Lise F, Feijó AM, Machado RP, Schwartz E. Cuidados realizados pelas pessoas com transplante renal para a manutenção do órgão. Rev enferm UFPE online. 2017 Ago 11(8):3108-21. [Acesso em: 06 jun. 2018]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110216/22127>.
2. Primo HFBC, Hayakawa LY. Conhecimento da equipe de enfermagem na assistência ao paciente em pós-operatório de transplante renal. Rev Uningá Review. 2018 Jan-Mar 29(3):11-17. [Acesso em: 06 jun. 2018]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1975>.

3. Janice LH, Tamara M. Manejo de clientes com distúrbios renais. 13th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016 p. 1565.
4. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2015. Brasília: Diário Oficial da União; 2015. [Acesso em: 06 jun. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. ABTO, 2017. [Acesso em: 05 out. 2018]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/>.
6. Brasil. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso em: 05 out. 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>.
7. Bomfim RE, Schwartz E, Garcia RP, Lima JF, Santos BP, Silva MS. Vivências de pacientes que apresentaram rejeição ao enxerto de rim. Saúde. 2016 42(1):93-102. [Acesso em: 24 nov. 2018]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20445/0>.
8. Bogdan R. Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 1994.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. 407p.
10. World Health Organization (WHO). WHOQOL User Manual. Geneva, 1998. [Acesso em: 24 nov. 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/>.
11. Kluthcovsky FA. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev Psiquiat Rio Gd Sul. 2009 31(3). [Acesso em: 01 out. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007.
12. Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge MSN. Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. Rev Bras Enferm. 2008 mar-abr 61(2):193-200. [Acesso em: 24 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200008.
13. Reis CK, Guirardello EB, Campos CJG. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. Rev Bras Enferm. 2008 61(3):336-341. [Acesso em: 12 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300010&script=sci_abstract&lng=pt.
14. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev bras enferm. 2011, 64(5):839-844. [Acesso em: 24 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006.

15. Meireles VC, Goes HLF, Dias TA. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. *Rev Cienc Cuidad Saúd.* 2004 Mai-Ago 3(2):169-178, mai/ago. [Acesso em: 24 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5423>.
16. Silva SEM, Silva LWS. Impacto da hemodiálise na vida de adolescentes acometidos pela insuficiência renal crônica. *Adolesc & Saúd.* 2011 Jan-Mar 8(1):43-50. [Acesso em: 24 nov. 2018]. Disponível em: http://www.adolescenciaesauade.com/detalhe_artigo.asp?id=264. Acesso em 24 nov. 2018.
17. Martins C. Protocolo de cuidados nutricionais. In: Riella MC, Martins C. *Nutrição e o rim.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001 p. 114-31.
18. Machado LRC, Car MR. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37(3):27-35. [Acesso em: 25 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000300004.
19. Lima AF, Gualda DMR. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Rev Esc Enferm USP.* 2001 35(3):235-41. [Acesso em: 25 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342001000300006&script=sci_abstract&tlng=pt.
20. Pennafort, V. P. S. Crianças e adolescentes em tratamento dialítico: aproximações com o cuidado cultural da enfermagem. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2010. [Acesso em: 25 nov. 2018]. Disponível em: http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/viviane_pennafort.pdf.
21. Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enf.* 2009, 11(4):785-93. [Acesso em: 25 nov. 2018]. Disponível em: https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf.
22. Andrade C. Transição para a idade adulta: das condições sociais às implicações psicológicas. *Anál Psicol.* 2010 2(28):255-67. [Acesso em: 07 jun. 2018]. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/279>.
23. Cunha M.P.S. Santo Agostinho: fé e razão na busca da verdade. *Perspect Teológ.* 2012 Set-Dez 44(124):425-427, 2012. [Acesso em: 07 jun. 2018]. Disponível em: <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva/article/view/2896>.
24. Mello DB. Influência da obesidade na qualidade de vida de idosos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008. [Acesso em: 07 jun. 2018]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4503>.

Submissão: 10/8/2018

Aceitação: 20/3/2019