

O TRANSPLANTE COMO FENÔMENO VIVIDO PELO PACIENTE E SEUS IMPACTOS EMOCIONAIS

TRANSPLANTATION AS A PHENOMENON EXPERIENCED BY THE PATIENT AND THEIR EMOTIONAL

Bruna Lopes Linares¹

Luciene Aparecida Cezare²

Patricia Wichr³

Cinthia Gil Pereira Dos Santos⁴

Gisleangela Lima Rodrigues Carrara⁵

RESUMO

Este artigo é relato de uma pesquisa que objetivou explorar as percepções dos pacientes frente às mudanças emocionais decorrentes do processo de transplante renal. A insuficiência renal crônica é uma doença que provoca a perda parcial ou total da função do órgão, que com o decorrer do seu comprometimento torna-se necessário a terapia renal substitutiva ou até mesmo o transplante. Os pacientes renais precisam se adaptar as mudanças decorrentes a doença, controlando seu estado emocional que por sua vez é altamente prejudicial à adesão do tratamento e ao seu novo padrão de vida. A intervenção assistencial de enfermagem no cuidado humanizado auxilia no processo de aceitação, proporcionando esperança ao ser doente através da assistência prestada ao mesmo, compete à equipe de enfermagem descrever as percepções do seu estado emocional durante essa vivência. Os artigos foram obtidos

¹ Graduada em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: brunalinares.3348@gmail.com

² Graduada em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: luciene.cezare@gmail.com

³ Docente em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: patriciawichr@hotmail.com

⁴ Docente em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: cinthiagil@hotmail.com

⁵ Docente em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: gisacolina@yahoo.com.br

através da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do LILACAS, SCIELO e BDEF, os descritores utilizados foram transplante de órgão, impactos emocionais e enfermagem no período de 2010 a 2017 a partir do critério de inclusão e exclusão.

Palavras-chave: Transplante de Órgão, Impactos Emocionais e Enfermagem.

ABSTRACT

This article is an account of a research that aimed to explore the patients' perceptions regarding the emotional changes resulting from the kidney transplant process. Chronic renal failure is a disease that causes partial or total loss of organic function, which as a result of its inability requires renal replacement therapy or even transplantation. Kidney patients need to adapt to changes resulting from the disease by controlling their emotional state, which in turn is highly detrimental to treatment adherence and to their new standard of living. The nursing assistance intervention in humanized care assists the acceptance process, providing hope to the patient through the assistance given to it, it is the responsibility of the nursing team to describe the perceptions of their emotional state during this experience. The articles were obtained through the Virtual Healthy Library (VHL), in the database of the LILACAS, SCIELO e BDEF, the descriptors used were organ transplantation, emotional impacts and nursing in the period from 2010 to 2017, based on the inclusion and exclusion criteria.

Key words: Organ Transplantation, Emotional Impacts and Nursing.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Brasil (2016) transplante é a transferência de células, tecidos, órgãos, ou partes do corpo do doador para o corpo de outra pessoa, considerado atualmente um procedimento terapêutico com aprimoramento cirúrgico e medicamentoso, que objetiva restabelecer uma função do corpo do receptor ou melhorar sua expectativa de vida.

Em 1964 foi realizado o primeiro transplante de rim no Brasil, e desde então já ocorreram mais de 75.600 transplantes de órgãos, direcionando a capacitação de equipes de saúde os avanços científicos e tecnológicos ocorridos em todas as etapas

do procedimento (MENDES et al., 2012).

Extrapolando o âmbito das equipes de saúde, a maioria das informações que a população recebe sobre doação de órgãos se dá através de rádio, televisão, jornais e revistas, devendo-se reconhecer a importância de uma boa comunicação nas campanhas de doação de órgãos, esclarecendo dúvidas negativas e medos, como mecanismo de incentivo a doação de órgãos. A comunicação positiva sobre o funcionamento dos programas de transplantes, a fila de espera e a vida pós-transplantes faz com que ocorra maior aceitação da doação de órgãos (LOPES et al., 2006).

No Brasil, o desequilíbrio entre a demanda de órgãos e o número de doações acarreta a formação de lista de espera que algumas vezes se prolonga por grande período chegando ao óbito do paciente (BRASIL, 2016).

Pessoa (2013) explica que são diversas as causas que dificultam esse processo, entre elas as falhas de reconhecimento da morte encefálica, a recusa dos familiares na doação de órgãos, a irregularização de possíveis doadores e a necessidade de profissional capacitado para realizar a abordagem aos familiares sobre a doação dos órgãos para que possam dar continuidade de captação de órgãos.

De acordo com Brasil (2016), a resolução do Conselho Federal de Medicina utiliza critérios clínicos e tecnológicos que deverá diagnosticar se ocorreu de fato à morte encefálica, para ser diagnosticada e validada, deve ser constatada por dois Médicos que não tenha participação ou envolvimento com os membros que realizam a remoção e processo de transplante dos mesmos.

O processo de doação por morte encefálica é válido por ser uma situação irreversível na qual se cessam todas as funções do cérebro, com ausência dos reflexos encefálicos e apneia. Após a confirmação do diagnóstico é de suma importância prestar esclarecimentos aos familiares no processo de doação, incluindo a notificação por morte encefálica (GUETTIL, MARQUES, 2008).

A morte é um evento natural que coexiste com o ser humano desde o seu nascimento, ocorrendo, entretanto, mudanças emocionais provocadas pelo luto antecipatório desenvolvido pela dor antes da perda ou na morte propriamente dita (CUNHA, 2010).

A perda, a experiência da angústia e os sofrimentos vivenciados pela família dificultam a autorização da doação de órgãos, estando associadas à falta de

conhecimento, orientação e questões culturais. Nesse contexto, a capacitação de profissionais de enfermagem tem por finalidade, ajudar no enfrentamento da morte e conscientizar os familiares sobre a importância na doação de órgão e a empatia de poder salvar vidas (CINQUE et al., 2010).

Os transplantes são medidas eficazes para reabilitar pacientes que necessitam substituir o órgão doente pelo sadio, dispondo de perspectivas sólidas de melhoria e prolongamento da vida. Ressalta-se, porém, que enquanto o paciente está na lista de espera, ele pode apresentar sintomas depressivos e de ansiedade devido à doença manifestada em si ou as possíveis complicações durante a cirurgia, aumentando o estresse emocional e gerando baixa autoestima, tornando-se fundamental o profissional de saúde já nesse momento (MELO et al., 2012).

Dentre os diversos fatores envolvidos no transplante, os testes de compatibilidades entre os receptores e doadores são realizados assegurando que o risco de rejeição seja diminuído, uma vez que ele também gera expectativas e estresse emocional no paciente (BRASIL, 2016).

Para diminuir a expectativa emocional pós-transplantes, é necessário esclarecer o paciente quanto ao procedimento cirúrgico e as possíveis rejeições com o objetivo de identificar as fantasias criadas com relação às alterações físicas e mentais provocadas pelo órgão recebido e de doadores do sexo oposto. Ressaltam que os transplantados precisam de tempo para elaborar o processo de luto, a perda de uma parte sua e integrar uma parte de outra pessoa no seu corpo. (GARCIA, SOUZA, HOLANDA, 2005)

A preparação emocional e psicológica dos pacientes transplantados é necessária, com adaptação fora da unidade hospitalar, uma vez que podem ocorrer sintomas orgânicos, mudanças psicológicas e algumas limitações devido à dor e a sensação de desconforto decorrente do procedimento realizado. O enfermeiro frente às etapas vividas ao transplante pode gerar vínculo entre a equipe profissional, o paciente e a família, favorecendo em si um apoio psicológico (KOHLSDOR, 2005).

Contudo Associação Brasileira de Transplante de Órgão ressalta que o paciente transplantado continua submetido às preocupações da demanda rotineira dos cuidados pós-cirúrgico, despertando em si emoções estressoras nos seis primeiros meses, período em que ocorrem consultas regulares e preocupações com o retorno ao convívio social e familiar.

Frente aos aspectos abordados e alta incidência, nesta pesquisa abordaremos os casos de transplantes renais, na qual o índice mostra que tem sido o transplante mais realizado no Brasil, devido o aumento de doadores efetivos. O transplante renal é considerado a mais completa alternativa de substituição da função, trazendo melhoria na qualidade de vida. (MOTA et al., 2016).

Frente aos aspectos abordados acima, o transplante de órgão ainda se constitui como um procedimento de alta complexidade envolvendo as perspectivas dos pacientes e suas percepções frente às mudanças ocorridas em suas vidas, identificando seu estado físico-emocional e compreendendo o impacto em sua qualidade de vida (MENDONÇA et al., 2014).

Qualquer pessoa pode ser doadora de órgãos, ainda que não manifeste em vida vontade de doar ou deixe documentada a intenção. A decisão cabe à família. No Brasil, a taxa de aceitação dos familiares para doar é de 55,7%, (Brasil, 2016)

Os avanços nos transplantes realizados no Brasil garantem uma estabilidade na vida desses pacientes. A equipe de enfermagem tem como um de seus objetivos diagnosticarem e prestar assistência as necessidades emocionais dos pacientes pós-transplante (MENDES et al., 2012).

No Brasil estima-se que houve um aumento de 18% no número de transplantes de órgão, ainda que 40% dos familiares recusam em doar órgãos. O crescimento em 2016 em geral o índice de transplante de rim aumentou 18%; o coração 13% atingindo um número Record dos anteriores; pulmão 53%; fígado 34%; o de medula óssea registrou 39% (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPORTE DE ÓRGÃOS, 2016).

1.1 Compreendendo a Insuficiência Renal e o Transplante

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2014) destacou que o índice de pacientes acometidos pela Insuficiência Renal Crônica (IRC), mais que dobrou nos últimos anos, constituindo-se hoje em um importante problema de saúde pública na qual as estimativas de prevalência é aumentar.

Os rins são responsáveis pela filtragem de substâncias e nutrientes presentes no sangue, eliminando as toxinas, o excesso de água, sais, e eletrólitos pela urina. Este equilíbrio é evidente na formação de glóbulos vermelho, um dos responsáveis pelo controle da pressão arterial e absorção do cálcio para fortalecimento dos ossos

(BRASIL, 2016).

A Insuficiência Renal Crônica é uma lesão irreversível da função do rim e quando não identificada ou tratada precocemente pode levar à paralisação do funcionamento do órgão (BRASIL, 2016).

Após a confirmação do diagnóstico da doença renal crônica, podem ocorrer manifestações psíquicas não somente do paciente, mas também da família que o acompanha, ao vivenciar o processo de adoecimento, pois surge à necessidade de fazer adaptações que acabam envolvendo mais de um ente familiar e a aceitação da doença desarticula a organização do ser doente e de seu universo familiar, afetando o comportamento de ambos. Embora seja evidente o sofrimento dos familiares nessa situação, a família procura manter suas forças, oferecendo sustentação e apoio na tentativa de amenizar o sofrimento (SILVA et al., 2016).

As causas ou as etiologias da IRC podem ser divididas em três grupos: 1- doenças sistêmicas que também acometem os rins; 2- doenças do trato urinário; 3- Diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica; hipertensão não controlada; obstruções no trato urinário, que são apontadas como as principais dentre outras que já existem. Ressalta-se que a frequência das etiologias varia de acordo com faixa etária e a população renal crônica em diálise (RIBEIRO et al., 2008).

Os principais sinais e sintoma são classificados por Ribeiro (2010) como náusea, anorexia, prurido, fadiga, hipertensão, emagrecimento, hematúria, nictúria e/ou poliúria, isso, porém, não significa que a doença possa desenvolver algum sinal e sintoma, como acontece na maioria dos casos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2017), nos estágios avançados da doença, condiciona o paciente a realizar terapias de substituição da função renal na forma de diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal, considerando-se as duas primeiras como métodos conservadores capazes de estabilizar a doença, restringindo, contudo, as atividades diárias do paciente.

A hemodiálise é uma forma de tratamento realizada por meio de uma máquina capaz de filtrar o sangue e eliminar as toxinas e o excesso de líquidos do organismo, mantendo o equilíbrio de substâncias como: creatinina, sódio, uréia e potássio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2017). Dependendo do estado clínico do paciente, o autor acima ressalta que a sessão pode variar de três a cinco horas, com frequência de duas ou mais vezes por semana, podendo ocorrer diariamente.

A diálise peritoneal é definida por fulano como um método físico-químico de tratamento que ocorre dentro do corpo do paciente com auxílio de um filtro natural que substitui a função renal que é denominado peritônio, constituindo de membrana semipermeável que reveste internamente a cavidade abdominal. Durante a diálise peritoneal, que é realizada por meio da infusão da sucção dialítica na cavidade abdominal, elimina-se o excesso de líquidos e toxinas do sangue (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2017).

Os pacientes submetidos a estes tipos de tratamentos vivenciam limitações e mudanças em seu cotidiano, decorrente das restrições e adaptações hídricas, alimentares, medicamentos contínuos e pela dependência de uma máquina que afeta diretamente seu estado físico-emocional (FRAZÃO; ARAÚJO; LIRA, 2013).

Para BRASIL, (2016) o transplante é uma forma substitutiva para pacientes com doença crônica terminal, sendo realizado a partir de doador-falecido, doador-vivo- com grau de parentesco, doador- vivo- sem grau de parentesco.

A assistência de enfermagem visa o preparo bio-psico-sócio-espiritual e emocional de pacientes e familiares no pré-transplante, implementando intervenções que possa estimular esperança perante as preliminares vista de um relacionamento entre paciente/enfermeiro proporcionando um cuidado humanizado (ORLANDI et al., 2012).

O Herth Hope Index, instrumento utilizado para mensurar esperança sob as perspectiva da enfermagem que avalia a esperança de vida de seus pacientes diante do ato pré e pós-transplante oferecendo um suporte emocional e transmitindo confiança no tratamento (ORLANDI et al., 2012).

A esperança não cura, mas pode dar ânimo ao paciente para que ele continue a lutar pela sua melhora. O autor também afirma que a esperança torna o paciente árbitro final de seu destino, pois ela é a fonte de energia para continuar tentando, mesmo quando se sabe que são poucas as possibilidades de sobrevivência (SARTORE, GROSSI, 2008).

O transplante renal proporciona melhor qualidade de vida aos transplantados que almeja não mais necessitar de hemodiálise, visando estabelecer maior liberdade e estabilidade em sua vida, mantendo acompanhamento de imunossupressores contínuo. É de suma importância o comprometimento do paciente em seu tratamento, com o envolvimento de sua família e dos profissionais de saúde, assim sendo umas das formas de tratamento mais eficaz, desde que, seja realizado com sucesso

(PAULETTO et al.,2016).

No pós-operatório o paciente é monitorado por médicos e a equipe de enfermagem através de aparelhos apropriados em seu estado clínico, nas suas funções vitais controladas e exames laboratoriais. Buscando atender as necessidades do paciente e implementando seu planejamento e avaliação no cuidado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO, 2016).

A assistência de enfermagem deve ser qualificada e bem treinada, com diagnóstico de identificação baseado na NANDA e implementando a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes no período pós-transplante (RUBACK; MENEZES; ARAUJO, 2014).

Com base na percepção que o paciente apresenta ao longo do processo, no qual o medo da morte e a esperança de uma vida sem a doença requer uma intervenção multidisciplinar relacionado aos transtornos emocionais apresentando no pós-transplante por diminuição da capacidade sexual, alteração na imagem corporal e o medo de possível rejeição. Cabe a equipe de enfermagem discutir estratégias de enfrentamento, minimizando o impacto do estresse (RAVAGNANI et al, 2007).

Na trajetória do aperfeiçoamento compete à equipe de enfermagem esclarecer dúvidas no momento da alta hospitalar do transplantado, na qual a sistematização, o planejamento e uma comunicação eficaz se torna imprescindível para que o mesmo entenda a importância do uso correto da terapêutica medicamentosa e a importância no acompanhamento ambulatorial. Nesse contexto exige do enfermeiro uma assistência de qualidade e competências técnicas/científicas no processo da alta. (DELATORRE et al., 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção do paciente sobre a influência da assistência de enfermagem nas mudanças emocionais decorrentes do processo de transplante renal

2.2 Objetivos específicos

Descrever a percepção do paciente sobre suas vivências emocionais no momento que antecede ao transplante renal;

Descrever a percepção do paciente sobre suas vivências emocionais no momento posterior ao transplante renal;

Conhecer a percepção do paciente sobre a assistência de enfermagem no processo de transplante renal.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura quali-quantitativa e analítica, que é definida como pesquisa relevante para tomada de decisão que proporciona a síntese de conhecimento e resultados de estudos significativos na prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Mendes (2008), a revisão de literatura é utilizada como forma de obter diagnósticos críticos, a partir de evidências, informações que possam contribuir com processos de tomada de decisão nas ciências da Saúde, que permite a busca e a avaliação crítica.

Para tal, foram incluídos nesta pesquisa somente estudos primários, com objetivos, materiais e métodos claramente explicitados,

A coleta de dados foi realizada por meio de busca em banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), compreendendo a produção bibliográfica e institucional do Ministério da Saúde, do banco de dados Lilacs, que remete à Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciência as saúde e também da biblioteca eletrônica Scielo que abrange artigos científicos brasileiros disponíveis na íntegra, além da busca no banco de dados digital da ABTO- Associação Brasileira de Transplante de Órgão vinculado com demais organizações como ABN- Associação Brasileira de Nefrologia.

Nas etapas seguintes foram estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão dos estudos explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, com artigos disponíveis na íntegra da biblioteca virtual.

3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foi delimitado como critérios de inclusão da pesquisa, o tipo de publicação ser artigo científico dos últimos sete anos, publicados no idioma português Brasil, no período de 2010 a 2017, relacionados ao tema do assunto.

Foram excluídos deste estudo pesquisas que não atendiam aos critérios de inclusão, bem como os publicados em mais uma base de dados pesquisada, tornando-se repetidos.

3.2 Descritores de Assunto

Foram utilizados os seguintes descritores: Transplante de órgão, enfermagem e impacto emocional.

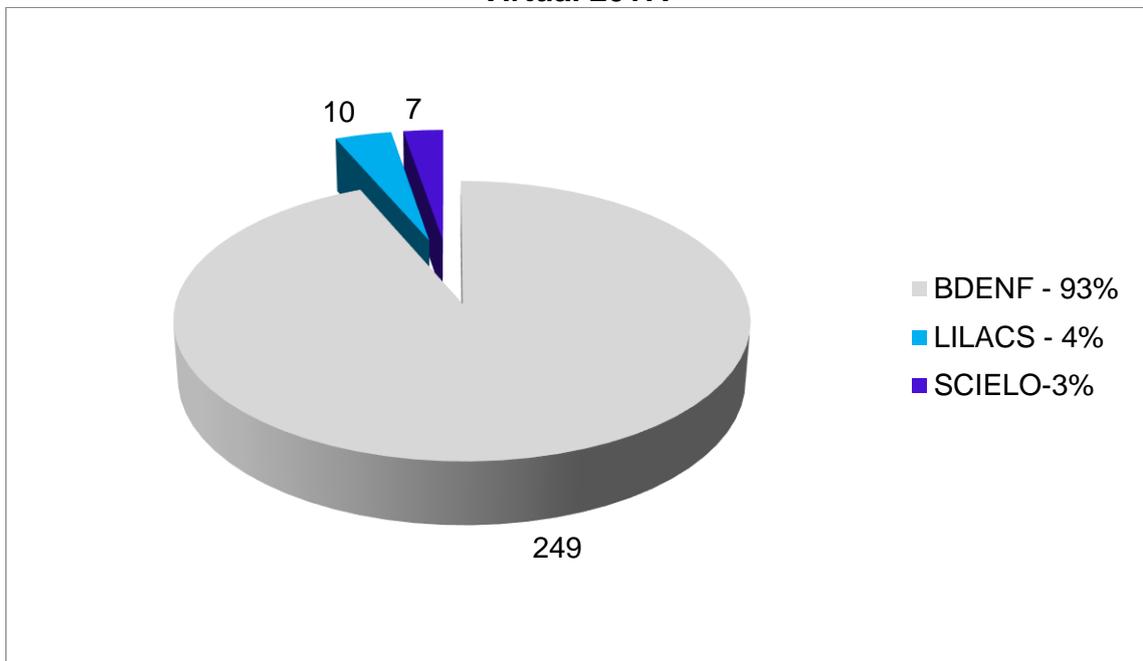
3.3 Análises de Dados

Utilizou-se a análise estatística percentual simples, para os aspectos quantitativos e a técnica da categorização para os aspectos qualitativos.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo de coleta de dados, foram encontrados 266 artigos e após realização de leitura superficial e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 18 textos para a leitura exaustiva e os dados trazidos estão esboçados em forma de tabela e gráficos demonstrativos contendo números absolutos e porcentagens calculadas com auxílio do programa “MICROSOFT OFFICE EXCEL 2007”.

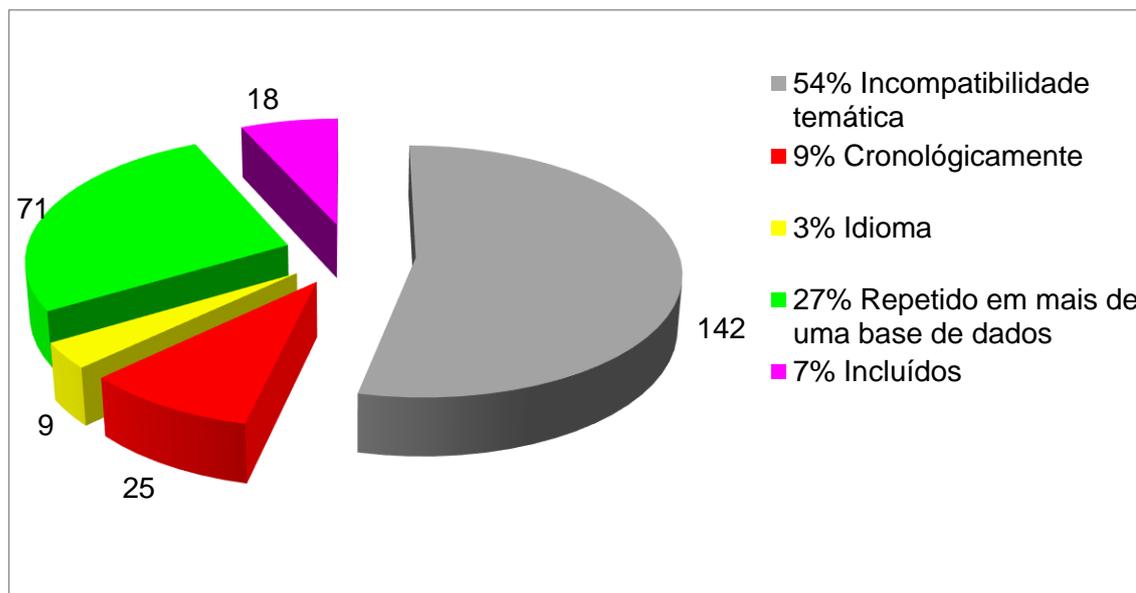
Gráfico 1- Distribuição das 266 publicações encontradas em momento anterior a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, conforme Banco de Dados Virtual 2017.



Fonte: Próprias autoras

Calcula-se, neste primeiro gráfico, o total de artigos encontrados na biblioteca virtual e as ferramentas utilizadas nas pesquisas. Após analisar o gráfico, observa-se que as maiores porcentagens de artigos foram encontradas na biblioteca eletrônica do BDEF totalizando 93% dos artigos encontrados.

Gráfico 2- Distribuição das publicações conforme aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 2017



Fonte: Próprias autoras

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se também a elaboração das categorias analíticas, conforme demonstrado abaixo.

Tabela 1- Números de artigos inseridos nas categorias analíticas

Nº de artigos incluídos	Categoria de inclusão
10 Artigos incluídos na primeira categoria	A esperança na melhor qualidade de vida ao tratamento de hemodiálise
4 Artigos incluídos na segunda categoria	A comunicação e vínculo de confiança entre paciente e o profissional
4 Artigos incluídos na segunda categoria	Cuidados oferecidos aos clientes, uso de imunossupressores, possíveis rejeição e fatores de risco para o insucesso do transplante.

Fonte: Próprias autoras

4.1 A ESPERANÇA NA MELHOR QUALIDADE DE VIDA DURANTE O TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

O paciente teria como principal sintoma emocional o estresse, quando a função real está altamente comprometida necessitando de tratamento dialítico onde o mesmo busca força e esperança em ter uma melhor qualidade de vida, é nesse período que as negações se modificam enquanto os pacientes enfrentam a doença (SOLDÁ et al., 2010).

Considerando como medida de suporte perante as situações onde os clientes se encontram a participação da família e equipe profissional diante o tratamento em um contexto assistencial, necessita de um profissional preparado que tenha bons conhecimentos para realizar uma assistência humanizada. A enfermagem não presta somente o cuidado em si, a mesma abrange aos aspectos emocionais decorrentes das mudanças, limitações e adaptação ao tratamento (XAVIER et al., 2012).

É de suma importância observar o comportamento do paciente, pois pode ocorrer nesta fase de impacto, desequilíbrio emocional, ocasionando à recusa do tratamento, medo da morte, a desconfiança nos cuidados, insegurança de estar sozinho perante o enfrentamento, conseqüentemente afetando a estrutura familiar. Todos esses fatores e angustias vão se amenizando com o apoio familiar, fé e esperança de uma vida melhor com a chegada do tratamento e a um possível transplante (XAVIER et al., 2016).

4.2 A COMUNICAÇÃO E O VÍNCULO DE CONFIANÇA ENTRE PACIENTE E O PROFISSIONAL

A comunicação é um instrumento terapêutico para pacientes submetidos a transplante gerando um vínculo de confiança entre paciente e profissional. Através dessa pratica, ressaltando a importância da formação do vínculo como estratégia para prestar uma melhor assistência (CORRÊ et al., 2013).

Toda comunicação é composta pelo emissor, receptor e a mensagem a ser transmitida, de forma que o profissional de saúde consiga transmiti-la de forma clara, esclarecendo quaisquer dúvidas e anseios. A comunicação é entendida como habilidade do profissional em ajudar ao paciente a enfrentar uma situação temporária

de estresse, estando apto há passar confiança, empatia e envolvimento emocional, podendo sofrer alterações envolvendo condições físicas, emocionais, psicológicas e culturais (MONTEZELI et al., 2016).

4.3 CUIDADOS OFERECIDOS E O USO DE IMUNOSSUPRESSORES, POSSÍVEIS REJEIÇÃO E FATORES DE RISCO PARA O INSUCESSO DO TRANSPLANTE.

Em alguns casos existe transplante à possibilidade de acontecer um transplante malsucedido, onde são submetidos à retornar a hemodiálise, dentre os tratamentos, a hemodiálise é um dos principais que consiste em remover catabólicos do organismo e corrigir as modificações do meio interno através da circulação do sangue (BORBA et al., 2011).

O transplante renal surge quando o paciente não consegue se adaptar ao tratamento, devido às complicações provocadas pela doença, os pacientes enxergam o procedimento como uma libertação da hemodiálise (CORRÊA et al., 2013).

O enfermeiro deve oferecer um cuidado de qualidade aos pacientes transplantados e contribuir para a redução do risco de rejeição e orientar sobre o uso contínuo de imunossupressores onde o sistema imunológico reconhece, e protege o organismo contra infecções e tudo que for estranho. É frustrante para o paciente saber que transplante houve complicações e irá ter que passar novamente por um tratamento doloroso, cada paciente é submetido à punção da fístula arteriovenosa com uma agulha de grosso calibre (SILVA et al., 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar do ser doente abrange todo um contexto de dimensões que vão além do órgão afetado, pois o indivíduo passa por várias mudanças em seu contexto social, emocional, físico e psicológico tornando-se vulnerável a situação atual onde se encontra.

O preparo da equipe é de suma importância para uma assistência de qualidade voltada a todo contexto, carente de integralidade e visão holística do cuidado, que engloba o paciente desde o momento do diagnóstico e a aceitação do tratamento, uma vez que aspectos emocionais comprometem a adesão do tratamento.

A comunicação terapêutica o paciente e o conhecimento do profissional o sobre as fases de aceitação da doença, são fundamentais para o relacionamento terapêutico com esse paciente e seus familiares, bem como para a qualidade de toda a assistência.

Evidencia-se, então, a pouca valorização da comunicação com os familiares sobre a doação de órgão e morte encefálica e da atenção aos aspectos emocionais no pré e pós-transplante, tornando-se urgente o despertar e a capacitação profissional nesse sentido.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO. *Manual de transplante renal: período pós- transplante*. ABTO, São Paulo. Disponível em: < http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_transplante_pos.pdf>. Acesso em: 7/jun.2017.

BORBA, A. K. O. T.; LINHARES, F. M. P.; BARROS, P. M. R. *Diagnóstico de enfermagem e intervenções aos pacientes atendidos no ambulatório de pré-transplante renal*. **Nursing**, São Paulo, v. 14, n. 162, p. 590-595, Nov./2011.

BRASIL. *Entenda as etapas do processo de doação de órgãos*. **Portal Brasil**. 17/jun.2016. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/entenda-as-etapas-do-processo-de-doacao-de-orgaos>>. Acesso em: 6/mar.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica*. **Brasília**, v. 28, n. 3, p. 220-255, fev/2016. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/07/0103-507X-rbti-28-03-0220.pdf>>. Acesso em: 02/mar. 2017.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. *Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante*. **Rev. Esc. Enferm. USP**; São Paulo, v. 44, n. 4. Dez.2010.

CORRÊA, A. P. A.; BRAHM, M. M. T.; TEIXEIRA, C. C.; FERREIRA, S. A. L.; MANFRO, R. C.; LUCENA, A. F.; ECHER, I. C. *Complicações durante a intervenção de receptores de transplante renal*. **Rev. Gaúch. Enferm.** Porto Alegre, V. 34, n. 3, p. 46-54. Set. 2013.

CUNHA, A. S. *A perplexidade do homem diante da morte*. **5º Encontro de Pesquisa na Graduação em Filosofia da Unesp**; Marília, v. 3, n. 1, p. 188, 2010.

DELATORRE, P. G.; SÁ, S. P. C.; VALENTE, G. S. C.; SILVINO, Z. R. *Planejamento para alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Enferm. UFPE*. Recife, v. 7, n. especial 2013.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; ARAÚJO, A. D.; LIRA, A. L. B. C. *Implementação do processo de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise. Rev. enferm. UFPE*; Recife, v. 7, p. 824-30. mar. 2013.

GARCIA, M. L. P.; SOUZA, A. M. A.; HOLANDA, T. C. *Intervenção psicológica em uma unidade de transplante renal de um hospital universitário. Psicol. Cienc. Prof*; Brasília, V. 35, n.3, 2005.

GUETIL, N. R.; MARQUES, I. R. *Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev. Bras. Enferm, Brasilia*, V. 61, n. 1, p.91-7. Jan/fev. 2008.

KOHLSDORF, M. *Avaliação psicológica e candidatos a transplante renal intervivos. Psicol. Argum*. V. 30, n. 69, p. 337-346. abr/jun. 2012.

MELO, G. B.; AGUIAR, K. B.; MELO, G. B.; SILVA, V. M. S. S.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; B, M. Z. *Os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido na fila única de transplante. JBT J. Bras. Transpl.*, v. 15, n. 3, p. 1651-1688, 28/jun. 2012.

MENDES, K. D. B.; ROZA, B. A.; BARBOSA, S. F. F.; SCHIRMER, J.; GALVÃO, C. M. *Transplante de órgão e tecidos: responsabilidade do enfermeiro. Texto & Contexto – enferm*; Florianópolis, V. 21, n. 4, out/dez.2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm*. Florianópolis, V. 17, n. 4, p. 758-64, out. 2008.

MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V.; SALVETTI, M. G.; ALCHIERI, J. C.; COSTA, I. K. F. *Mudanças na qualidade de vida após transplante renal a fatores relacionados. Acta Paul Enferm*, v. 27, n. 3, p. 287-92, 26/mai. 2014.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. *Doação de órgão: é educar para avançar. Saúde debate*, Rio de Janeiro, V. 36, n. 95, ou/dez. 201.

MOTA, L. S.; OLIVEIRA, C. M. C.; PINHEIRO JUNIOR, F. M. L.; SANTOS, L. C. O.; NÓBREGA, D. G.; FERNANDES, P. F.; COSTA, A. A. M.; SILVA, S. L. *Estudo comparativo entre transplantes renais com doador falecido critério expandido e critério padrão em um único centro no Brasil. J Brás Nefrol*, v. 38, n. 3, p. 333-343, abr. 2016.

MONTEZELI, J. H.; INÁCIO, L. A.; SADE, P. M. C.; CAVEIÃO, C.; HEY, A. P. *Atuação do enfermeiro nas orientações de alta ao paciente pós transplante renal. Rev. Enferm. UFSM*. V. 4, n. 2, p. 323-331, abril-jun. 2014.

PAULETTO, M. R.; BEUTER, M.; THOMÉ, E. G. R.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; CAMPONOGARA, S. T. A. M. B. Percepção de pacientes para transplante renal sobre a hemodiálise fora da lista de espera. **Rev. Enferm. USP** online; v. 10, n. 4, p. 1194-1201, abr. 2016.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. A. *Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos*. **Acta. Paul. Enferm.** São Paulo. V. 26, n. 4, 2013.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M, MIYAZAKI, M. C. O. S. *Qualidade de vida e estratégias de enfrentamentos em pacientes submetidos a transplante renal*. **Estud. De . Psicol.** São José de Rio Preto. v. 12, n. 2, p. 177-184, 2007.

RIBEIRO, R. C. H. M.; OLIVEIRA, G. A. S. A.; RIBEIRO, D. F.; BERTOLIN, D. C.; CESARINO, C. B.; LIMA, L. C. E. Q.; OLIVEIRA, S. M. *Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo*. **Acta. Paul. Enfem**, v. 21, n. especial, p. 207-11, 27/fev. 2008.

RUBACK, T. M.; MENEZES, M. G. B.; ARAUJO, M. T. *Diagnóstico de enfermagem em um paciente portador de insuficiência renal crônica*. **Rev. digit. FAPAM**. Pará de Minas, v. 5, n. 5, p. 302-327, abr.2014.

SARTORE, A.C.; GROSSI, S. A. A. *Escala de Esperança de Herth- instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa*. **Ver. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, V.42, n.2, jun. 2008.

SILVA, R. A. R.; SOUZA, V. L.; OLIVEIRA, G. J. N.; SILVA, B. C. O.; ROCHA, C.C.T.; HOLANDA, J. R. R. *Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico*. **Esc Anaa Nery**, V. 20, n. 1, p. 147-154, jan./mar. 2016.

SILVA, A. S.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G. F. M.; LUNARDI, V. L.; BACKES, V. M. S. *Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise*. **Rev. bras. enferm.** Brasília, V. 64, n. 5, p. 839-844, et-out. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Hemodialíse 2017**. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>. Acesso em: 3/jun.2017.

SONESP. Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo. *Doença renal crônica atinge 11% da população mundial*. **Sonesp**, 14/out. 2017. Disponível em: < <http://sonesp.nefrosp.org.br/doenca-renal-cronica-atinge-11-da-populacao-mundial/#respond> >. Acesso em: 10/jul.2017.

SOLDÁ, D. A.; CARVALHO, J.; FORTES, V. L. F.; POMATTI, D. M.; MATTE, M. M. *O retorno à hemodiálise após o insucesso do transplante renal: manifestações do paciente*. **Nursing**, São Paulo, V.12, n. 140, p. 39-45, jan.2010.

XAVIER, B. L. S.; SANTO, I. *Sentimentos e expectativas de clientes com doença renal crônica aguardando transplante renal*. **Rev. pesquis. cuid. fundam**, Rio de Janeiro, V. 4, n.4, out/dez. 2012.