

## TRANSPLANTE RENAL: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

RENAL TRANSPLANTATION: BASIC HUMAN NEEDS INJURED DURING PRE AND POST-SURGERY PROCEDURES

TRANSPLANTE RENAL: NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS AFECTADAS EN EL PRE Y POST-OPERATORIO

MAGDA CRISTINA QUEIROZ DELL'ACQUA\*, LUIZ ANTONIO CORRÊA\*\*  
e ANA MARIA KAZUE MIYADAHIRA\*\*\*

### RESUMO

O estudo teve como objetivo investigar as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes em pré e pós-operatórios de transplante renal. Os dados foram coletados através de 31 entrevistas com pacientes em fase de pré-operatório e 25 entrevistas com pacientes em fase de pós-operatório. Os resultados mostram que: existe maior comprometimento físico nos pacientes em fase pré-operatória e nos pacientes transplantados, em geral, o que predomina é a insegurança e a ansiedade referentes aos resultados do enxerto. Concluiu-se que existiu uma expectativa positiva para os pacientes na fase pré-operatória que aguardavam o transplante e isto foi corroborado por 100,0% dos transplantados desta amostra, que referiram melhora na qualidade de vida após receberem o enxerto.

**Palabras chave:** Transplante Renal, Necessidades Humanas Básicas, Cuidados de Enfermagem.

### ABSTRACT

The study aimed to investigate basic human needs injured during pre and post surgery procedures in renal transplantation. Data were collected from 31 interviews with patients during pre surgery procedures and 25 interviews with patients during post-surgery procedures. Results show that there is a higher physical harassment in patients during pre-surgery stage and on transplanted patients, in general, uncertainty and anxiety are predominant concerning graft results. It was concluded that there exist a positive approach for patients during pre-surgery stage who were waiting for transplantation and this was evident in 100,0% of the transplanted patients on this sample who showed an improvement on their life quality after receiving the graft.

**Keywords:** Renal Transplantation. Human Basic Needs. Nursing Care.

\*Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina-UNESP. Botucatu (S.P.), Brasil.

\*\*Professor Adjunto do Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina-UNESP. Botucatu (S.P.), Brasil.

\*\*\*Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem-USP/ SP, São Paulo, Brasil.



RESUMEN

El objetivo del estudio fue investigar las necesidades humanas básicas afectadas en los pacientes en pre y post-operatorio de trasplante renal. Los datos fueron obtenidos a través de 31 entrevistas con pacientes en fase de post-operatorio. Los resultados demuestran que: hay mayor riesgo físico para los pacientes en fase pre-operatoria y para los pacientes transplantados, en general, con predominio de inseguridad y ansiedad relacionado con los resultados del injerto. La conclusión fue que hay una expectativa positiva para los pacientes en la fase pre-operatoria que aguardan el trasplante, lo que fue corroborado por 100,0% de los pacientes que recibieron el trasplante de esta muestra, con la información de mejorar en la calidad de vida después del injerto.

**Palabras claves:** Transplante renal, Necesidades humanas básicas, Asistencia de enfermería.

1. INTRODUÇÃO

O paciente com insuficiência renal em fase crônica terminal vivencia no decorrer do seu tratamento várias fases e experimenta forte sentimento de insegurança pelo risco de morte iminente, tendo assim sua qualidade de vida bastante comprometida. Ao acompanhar tal realidade, e para oferecer a assistência de enfermagem de forma a atender estes indivíduos integralmente, sentiu-se o interesse de investigar quais seriam suas principais necessidades que estariam afetadas e para tanto será utilizada como referencial a teoria das Necessidades Humanas Básicas (N.H.B.).

Com isto, considera-se o paciente renal crônico como possível candidato a receber um transplante de rim e pretende-se conhecer as N.H.B. comprometidas no pré e pós-operatório do transplante.

Segundo Wanda de Aguiar Horta que desenvolveu o modelo conceitual utilizando a Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, associada à classificação de João Mohana para as necessidades humanas (necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais), conforme a seguinte classificação destas necessidades, que será utilizada no estudo, como:

Classificação das Necessidades Humanas Básicas

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e Repouso	Criatividade
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade cutâneo-mucosa	Aceitação
Integridade física	Auto-realização
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.	Auto-estima
Locomoção	Participação
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Auto-imagem
Ambiente	Atenção
Terapêutica	<b>Necessidades psicoespirituais:</b> religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida

Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo HORTA (1979), p. 40<sup>10</sup>.



Para HORTA, 1979<sup>10</sup> as necessidades básicas são “estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”. Elas são comuns a todos os seres humanos, variando apenas em suas manifestações e, por consequência, o modo de satisfazê-las deve ser diferente, e que o desequilíbrio de uma necessidade expressa-se através de sinais e sintomas.

Com isto, conhecer a especificidade da clientela a ser assistida e, principalmente, as alterações que cada indivíduo pode apresentar faz-se necessário, para se atuar prevenindo ou intervindo nas complicações do doente renal crônico que poderá ser submetido ao transplante.

O transplante de rim é uma das propostas terapêuticas que oferece, atualmente, uma alternativa para o tratamento da insuficiência renal crônica, proporcionando maior sobrevida e melhor qualidade de vida, com o menor custo social para a maior parte dos pacientes urêmicos crônicos<sup>6,8,14,19</sup>.

Transplante como termo genérico é definido como ablação de órgãos de um organismo para ser instalado em outro, a fim de neste exercer as mesmas funções<sup>6</sup>.

No Brasil a lei de transplante nº 3.934, sancionada no dia 4 de fevereiro pelo presidente da República e que entrou em vigor em 21 de março de 1997, para ocorrer a remoção de órgãos dos doadores voluntários ou presumidos, sem o consentimento da família, para isto, o hospital precisa ter antes uma autorização do Ministério da Saúde que o habilite a realizar transplante<sup>7</sup>.

A indicação do transplante renal direciona-se aos pacientes renais crônicos terminais, dentro da faixa etária de 0 a 65 anos, com restrições à portadores de neoplasias e processos cardiovasculares intensamente sintomáticos. Pacientes com idade superior a 55 anos, se submetidos ao transplante renal, têm os riscos aumentados quando comparados ao tratamento dialítico<sup>19</sup>.

Historicamente, desde 1936, quando foi realizado o primeiro transplante renal, no qual o rim de uma pessoa falecida foi colo-

cado nos vasos femurais de um paciente em completa anúria, observou-se que este paciente sobreviveu 3 dias após o transplante; e em 1950 fez-se o primeiro transplante de rim, com localização intra-abdominal, sendo que o paciente sobreviveu 52 dias; passando pelo aprimoramento das técnicas cirúrgicas entre 1951 a 1953 e encontrando ainda as barreiras imunológicas, que foram estudadas por médicos de todo mundo. Eles pesquisaram os antígenos de histocompatibilidade, antígenos humanos e drogas imunossupressoras, chegando à 1961 quando surgiram os imunossupressores para uso em seres humanos, que proporcionaram um avanço significativo na sobrevida dos indivíduos transplantados, vê-se que muito progrediu<sup>3,17</sup>.

Apesar do progresso que se nota neste campo, para o candidato ao transplante renal a experiência é complexa e observa-se muita ansiedade durante esse processo, desde o pré ao pós-operatório.

O paciente passa por fases distintas, sendo a expectativa, a primeira, quando ele encontra-se aguardando a chamada pela equipe que o inscreveu. A definição da existência de doador é declarada após a realização dos exames clínicos e laboratoriais e ainda passará pela internação, onde terá que se adaptar ao ambiente, pessoal e o próprio tratamento que irá receber<sup>9</sup>.

A perspectiva de mudança, após o transplante, também gera insegurança, trazendo à tona sentimentos contraditórios, de dúvidas, da presença de um órgão estranho começando a funcionar, representando um renascimento e ao mesmo tempo o medo da rejeição<sup>23</sup>.

Para atender as reais demandas de cuidado, cabe ao enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional, atuar tanto no pré como no pós-operatório de transplante renal, elaborando estratégias e assistência de enfermagem sistematizada junto aos pacientes, para satisfazer as principais necessidades básicas afetadas. Isto possibilitará melhor qualidade de vida ao indivíduo renal crônico, em qualquer fase que ele esteja.



## 2. OBJETIVOS

O presente trabalho tem por metas:

2.1. Identificar as necessidades humanas básicas, mais afetadas, nos pacientes em pré-operatório de transplante renal, cadastrados no SPIT (São Paulo Interior Transplante), atendidos na seção de hemodiálise, no programa de hemodiálise, em DPI (Diálise Peritoneal Intermitente) ou CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

2.2. Identificar as necessidades humanas básicas, mais afetadas, nos pacientes em pós-operatório tardio de transplante renal, atendidos no ambulatório de um hospital universitário.

2.2. Realizar as possíveis correlações, das necessidades humanas básicas, mais afetadas, entre a fase de pré e pós-operatório de transplante renal.

## 3. METODOLOGIA

### 3.1. Campo de pesquisa

A presente investigação foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Ambulatório e H. C. - FM - UNESP).

É um hospital de grande porte, com total geral de leitos de 349 e mais 27 leitos destinados à U.T.I. (Unidades de Terapia Intensiva). O H.C. possui um alto índice de ocupação, ao redor de 95,10%, com uma média de 1.219 internações e 1.153 altas mensais. O atendimento ambulatorial proporciona uma média mês de 21.542 consultas. (SAME - Seção de Arquivo Médico - Junho/1997)

A instituição é centro de referência de formação de recursos humanos na área de saúde do DIR-XI (Divisão Regional de Saúde). Trata-se de uma instituição autárquica, destinada a prestar assistência à doentes das diversas especialidades médicas. Constitui-se em campo de ensino e pesquisa para es-

tudantes da enfermagem, medicina e outros profissionais da saúde.

### 3.2. Sujeitos participantes do estudo

A amostra investigada foi constituída, na fase A - *Pré-Operatório*, por 31 pacientes inscritos no programa de transplante renal, através do SPIT (São Paulo Interior Transplante), central responsável para coordenar as doações.

Do total de 31, 17 (55,0%) pacientes são do sexo masculino e 14 (45,0%) pacientes são do sexo feminino. Em relação à idade 4 (12,9%) pacientes têm 19 anos ou menos; 3 (9,6%) pacientes têm de 20-30 anos, 10 (32,2%) pacientes de 31-40 anos; 8 (25,9%) pacientes de 41-50 anos; 6 (19,4%) pacientes de 51-60 anos.

Quanto à religião, 26 (83,9%) pacientes são católicos; 4 (12,9%) pacientes são evangélicos e 1 (3,2%) paciente não tem religião.

Em relação à cor, 25 (80,6%) pacientes são brancos, 4 (13,0%) pacientes são amarelos e 2 (6,4%) pacientes são não brancos.

Na fase B-*Pós-Operatório*, do total de 25 pacientes, 15 (60,0%) pacientes são do sexo masculino, e 10 (40,0%) pacientes são do sexo feminino. Em relação à idade 8 (32,0%) pacientes têm de 20-30 anos; 7 (28,0%) pacientes têm de 31-40 anos; 5 (20,0%) pacientes têm de 41-50 anos; e 5 (20,0%) pacientes têm de 51-60 anos.

Quanto à religião, 21 (84,0%) pacientes são católicos; 2 (8,0%) pacientes são evangélicos; 2 (8,0%) pacientes não têm religião.

Em relação à cor, 20 (80,0%) pacientes são brancos, 5 (20,0%) pacientes são não brancos e nenhum amarelos.

Como caracterização da amostra, pode-se perceber que não há diferença significativa entre os sujeitos que compõem a fase A e a fase B, no que diz respeito à idade, sexo, cor e religião.

### 3.3. Coleta de dados e procedimento

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos com dados de identificação,



levantamento sócio-econômico familiar, história da doença, levantamento das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psíquicas.

Esses instrumentos foram construídos embasados no referencial do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta, que o desenvolveu utilizando a teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow<sup>10</sup>.

Os instrumentos eram distintos e compuseram-se em: FASE A para pacientes em Pré-Operatório (CAPD, DPI, HEMODIÁLISE), e FASE B para os pacientes em Pós-Operatório transplantados, monitorizados através das consultas no ambulatório em pós-operatório tardio).

Os dados foram coletados pela pesquisadora através de entrevistas nos respectivos locais citados, e antes de realizá-las foram expostos os objetivos e após ter certeza que haviam sido esclarecidas as possíveis dúvidas, foi solicitado a permissão por escrito (Consentimento Informado), conforme recomendação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina.

Os pacientes na fase A referente ao pré-operatório foram entrevistados na Unidade de Hemodiálise, de Janeiro à Junho de 1996. Como critério de inclusão na amostra, além da permissão inicial, seria estes estarem cadastrados no SPIT (São Paulo Interior Transplante).

Os pacientes da fase B referentes ao pós-operatório, foram entrevistados de Fevereiro à Maio de 1996, após serem selecionados no ambulatório tendo-se como critérios de inclusão a permissão inicial e estarem em pós-operatório de enxerto renal.

### 3.4. Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise quantitativa, observando-se as frequências absolutas e percentuais. Possíveis correlações entre as variáveis foram utilizadas e os dados foram apresentados em tabelas e quadros. Não foi necessário aplicar nenhum teste estatístico, pois a amostra é homogênea sen-

do indicado a estatística descritiva para que tal análise seja feita.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente renal crônico tem como peculiaridade um tratamento prolongado, estando em programa de diálise ou após o transplante.

As doenças crônicas são caracterizadas como permanentes, causadoras de um declínio progressivo da função fisiológica normal, levando a uma desabilidade residual, devido à sua irreversibilidade, tendo como possibilidade o seu controle e minimização e não a sua cura<sup>5</sup>.

O seguimento faz-se necessário, e para se obter melhores resultados também é relevante considerar as questões *sócio-econômicas, culturais e familiares*.

Deste modo, é importante conhecer algumas destas variáveis, que quando alteradas, poderão interferir na qualidade de vida e na assistência que será prestada.

De acordo com os dados, na fase A 28 (90,4%) dos pacientes e na fase B 22 (88,0%) dos pacientes têm a *instrução* de nível primário e ginásial/colegial.

O grau instrucional é importante porque no decorrer do tratamento, pela condição de cronicidade da doença, exige-se que o paciente tenha condições de entender a complexidade do que está acontecendo e possa colaborar no seu autocuidado.

Como o objetivo geral da educação para a saúde é fornecer ao indivíduo informações com a intenção de provocar mudanças de comportamento e torná-lo responsável pelo seu autocuidado, possivelmente a variável grau de escolaridade interferirá. As mudanças de comportamento são indicadores que houve aceitação e a integração do significado dos conhecimentos que foram expostos<sup>4,23</sup>.

Neste caso, verifica-se que apenas 1 indivíduo na fase A e 1 na fase B são analfabetos, isto facilita em tese, uma participação mais efetiva nos programas de orientação.

Quanto ao estado civil, tanto para a Fase A como para a B, a maioria, cerca de 68,0%



dos pacientes são casados. Corroborando com os dados, relativos à convivência familiar, o fato de 96,8% dos pacientes residir com a família, na fase A e 100,0% residir com a família, na fase B. Entende-se por família neste contexto, além dos cônjuges, irmãos, avós, primos, tios, pois alguns pacientes apresentam convivência com estes membros. Somente 1 (3,2%) paciente (fase A) refere morar sozinho, sem estes vínculos.

A variável estado civil, relaciona-se a possibilidade do paciente ter um companheiro, pois segundo Horta<sup>10</sup> quando esta necessidade está afetada, principalmente quando também o estado de saúde está comprometido, o indivíduo sentirá intensamente, como nunca, a ausência de amigos, ou um namorado, ou uma esposa. Sentirá necessidade de ter relações afetivas.

Quanto às *condições de moradia*, os dados demonstram que os pacientes na fase A, na sua maioria 18 (58,1%) pacientes e na fase B 15 (60,0%) residem em casa própria paga, e totalizam aproximadamente 90,0% do total morando na zona urbana.

Quanto ao saneamento básico, todos os indivíduos, na fase A e B contam com rede elétrica, em suas residências. Somente 1 (3,2%) indivíduo na fase A não possui rede de esgoto, água tratada e instalações sanitárias e este reside na zona rural. O abastecimento de água tratada, rede de esgoto, assim como a taxa de urbanização da população tem como taxas quase as mesmas reveladas pela Fundação SEADE: 1993<sup>12</sup>.

Da amostra pesquisada 15 (38,7%) pacientes na fase A e 10 (40,0%) pacientes na fase B referiram não possuir nenhum bem.

Na presente pesquisa constata-se que, apesar da grande diversidade de profissões entre os pacientes, na fase A 15 (48,3%) pacientes são aposentados e na fase B referente

ao pós-transplante, apenas 4 (16,0%) pacientes são aposentados. Estes dados estão em concordância com a literatura que mostra, dentre outros fatores, ser menos honroso manter o indivíduo transplantado, que em programas de diálise ou hemodiálise. Outro aspecto de relevância diz respeito a possibilidade de abrir uma nova vaga para um paciente com uremia para ser inserido no programa de diálise<sup>22</sup>.

A importância da renda, contextualizada no processo saúde-doença, é consenso, e advém do fato desta ser um mediador através do qual os indivíduos, de determinada classe social, conseguem consumir determinados produtos, dentre eles pode-se citar os bens e serviços (assistência médica, escola, alimentos, água, roupa, etc), essenciais à manutenção da saúde<sup>12</sup>. Isto está demonstrado pelos dados e percebe-se que na fase A, de pré-operatório, a renda per capita familiar é quase três vezes menor quando comparado com a fase B de pós-operatório. Nas duas fases a distribuição de renda é baixa, sendo que na Fase A, está abaixo de meio salário-mínimo referência, per capita.

Para entender a *história da doença* levantou-se o diagnóstico médico de base dos pacientes, conforme estão demonstrados na tabela 1 sendo a principal causa para a Insuficiência Renal Crônica, nesta determinada amostra, a Hipertensão Arterial Sistêmica, com cerca de 17 (54,8%) pacientes na Fase A e 17 (68,0%) pacientes na Fase B, seguida pelo diagnóstico médico de Glomerulonefrite Crônica.

Conforme a literatura descreve, fica demonstrado que também para essa determinada amostra, a hipertensão arterial é um contribuinte importante para a mortalidade e morbidade, diminuindo a expectativa de vida devido a insuficiência cerebral, coronária e no caso, renal<sup>11</sup>.



**Tabela 1.** Diagnóstico médico de base dos pacientes no Pré-operatório (Fase A) e no Pós-operatório (Fase B). Botucatu, SP, 1996.

Doença de Base / D.M.	Nº	%	Doença de Base / D.M.	Nº	%
H.A.S.	17	54,8	H.A.S.	17	68,0
Glomerulonefrite Crônica	4	13,0	Glomerulonefrite Crônica	5	20,0
Glomerulonefrite a					
Esclarecer	4	13,0	—	—	—
Diabetes Melitus	2	6,4	—		
Rins Policísticos	1	3,2	IRC por Nefrosclerose		
			Maligna	1	4,0
Hiperuricemia	1	3,2	—	—	—
Síndrome de Alport	1	3,2	IRC por Trauma e Infecção	1	4,0
Indeterminado	1	3,2	Indeterminado	1	4,0
Total	31	100,0		25	100,0

Do total de 31 pacientes, 26 (83,9%) pacientes não têm antecedentes na família de doença renal e 5 (16,1%) pacientes têm, inclusive um indivíduo com um filho que já foi transplantado.

Quanto ao tempo que os pacientes têm o enxerto e o tipo de doador, fica evidenciado que a maioria 11 (44,0%) pacientes têm de 2 a 4 anos sendo 15 (60,0%) pacientes receberam doação de familiares (pai, mãe, ou irmão) - doador vivo relacionado. Embora não seja objetivo desse estudo trabalhar com as questões da captação de órgãos, é importante registrar que há um estresse grande para os membros da família que consentem a doação dos órgãos dos seus entes. Nessa amostra a maioria contou com enxerto de doadores relacionados e isto também gera estresse, pela expectativa do resultado<sup>2,16,18,20</sup>.

Após a descrição dos dados referentes ao *Levantamento Sócio-Econômico-Familiar e História e Conhecimento da Doença*, aborda-se o *Levantamento das Necessidades Psicobiológicas Afetadas*, nas várias categorias que a compõem.

Na categoria *Sono e Repouso* 25 (80,6%) pacientes referem dormir de 5 a 8 horas, 6 (19,4%) pacientes mais de 8 horas, tendo um sono tranquilo porém com interrupções e

não se utilizam de drogas indutoras de sono. Isto na fase de pré-operatório (Fase A), quando questionados na fase B, pós-transplante referem ter sentido melhora no padrão sono, principalmente os pacientes que faziam DPI (Diálise Peritoneal Intermitente), que disseram ter "falta de ar e por vezes amanheciam acordados". Após o transplante, dos 25 entrevistados 3 (12,0%) pacientes referem tomar um indutor do sono "as vezes" e não todos os dias.

Quanto à *Atividade Física*, na fase A de pré-operatório 24 (77,4%) pacientes não fazem exercício regularmente, dizem ter "dores nas pernas, falta de ar e batadeira". No pós-operatório 19 (76,0%) pacientes fazem exercícios regularmente e relatam "jogar bola com cuidado para não bater no local da cirurgia", "fazer caminhada" e "jogar vôlei". Nas entrevistas fica evidenciado que mesmo orientados para terem cuidado com traumas no local da cirurgia, como eles se sentem bem e gostam muito, acabam jogando inclusive futebol.

No que se refere a *Alimentação e Hidratação*, na Fase A, de pré-operatório 24 (77,4%) pacientes têm uma alimentação com restrição de sal e 7 (22,6%) pacientes não têm restrição alimentar. No pós-operatório dos 25 pacien-



tes a maioria 19 (76,0%) pacientes referem não ter restrição total dos alimentos mas seguem as orientações dos médicos e nutricionistas e 6 (24,0%) pacientes por estarem num período de inabilidade, se restringem.

Após o transplante pode haver uma euforia e a sensação de poder fazer e comer de tudo. Isto deve ser visto com cuidado, pois pode levar o paciente à alterações metabólicas associadas ao uso de drogas como os corticosteróides e a ciclosporina, predispondo ao diabetes, às dislipidemias, à hiperuricemia e à hipertensão arterial. Por isso não se deve negligenciar as orientações dietéticas e no serviço em questão, conta-se com profissionais médicos e nutricionistas atentos a isso<sup>1</sup>.

A hidratação fica mais restrita na fase A para os pacientes que estão em hemodiálise, 15 (48,3%) pacientes referem tomar de 1 a 3 copos americanos de água ou suco por dia.

Com referência a frequência que os pacientes evacuam todos dizem evacuar 1 vez por dia, sem esforço, isto na fase A de pré-operatório. Na fase B, 4 (16,0%) pacientes dizem não ter regularidade, mas também não apresentam esforço ou dor. Estes dados contradizem os encontrados na literatura, inclusive não só os renais crônicos, mas uma porcentagem maior da população apresenta problemas para evacuação<sup>21</sup>.

O quanto eliminam de diurese em 24 horas ficou bem diversificado, variando de 1200 à 200 ml/24 hs, dependendo da fase que o paciente se encontrava.

No item *Cuidado Corporal* os pacientes 100,0% na fase A e B disseram realizar sua higiene corporal diariamente tendo cuidados especiais com a barriga para os que fazem CAPD e o braço para os que fazem hemodiálise. Esta variável é importante porque a possibilidade de ter peritonite ou outra infecção é grande, principalmente para diálise peritoneal e para os imunossuprimidos no pós-transplante.

No caso da variável *Sexualidade e Reprodução*, 12 (38,8%) pacientes na fase A, referiram apresentar impotência sexual, sendo que 7 (22,5%) pacientes disseram ter medo de

agravar a doença, 3 (9,6%) pacientes de se machucar com o cateter e 1 (3,2%) paciente tem desconforto pela presença do líquido peritoneal. Os demais, 8 (25,9%) pacientes referem não ter problemas, sendo que 3 desses 8, também dizem ter vergonha e não querem falar sobre o assunto na entrevista. Na fase de pós-operatório a maioria disse que melhorou o relacionamento e os problemas que tiveram foi no início do tratamento medicamentoso para o transplante.

Para levantar os dados referente à *Recreação* tanto na fase A como na Fase B o que eles mais gostam de fazer é "conversar com os amigos", seguidos dos itens "assistir TV, viajar, jogar dominó e cartas". Foi predominante o item conversar com amigos que demonstra a necessidade de agregação e de compartilhar com outros suas experiências. Mas isto não se estende a vinculação à grupos religiosos.

A *Atividade Profissional* conforme os dados demonstram fica mais comprometida na fase A, sendo que 5 (16,2%) pacientes dizem que necessitam trabalhar, porém não têm condições físicas; 16 (51,6%) pacientes trabalham, porém menos que antes da doença; 3 (9,7%) pacientes estudam, 2 (6,4%) pacientes estão desempregados, 1 (3,2%) paciente é aposentado e 4 (12,9%) pacientes não houve alteração. Na fase B de pós-operatório 16 (64,0%) paciente têm atividade de trabalho regular, 5 (20,0%) pacientes são aposentados, 4 (16,0%) pacientes não trabalham. Os profissionais que atuam no ambulatório estimulam os pacientes a retornarem às atividades, tendo assim uma vida produtiva e mais plena.

Na variável *Segurança Emocional/Comunicação/Amor* (Afetividade e convivência) foi a que mais apresentou comprometimento. No quadro 1 percebe-se pelas narrativas quais são os maiores incômodos para os pacientes no pré e pós-operatório. O número ultrapassa a porcentagem de 100,0%, porque alguns pacientes levantaram mais de um item. Sentiu-se a necessidade de colocar as narrativas pois se entendeu que as mesmas estão repletas de significado, como se pode perceber.



Os limites impostos pela condição de saúde comprometida fica evidenciado, principalmente na fase A, e na fase B a insegurança

em relação ao futuro. São dados que a literatura corrobora<sup>23</sup>.

**Quadro 1.** O que mais lhe incomoda em relação à sua doença? Botucatu, SP, 1996.

Fase A (Pré) n=31	Nº	Fase B (Pós) n=25	Nº
Desconforto do tratamento	9	Medo do desconhecido	12
Medo do desconhecido	9	Insegurança de não saber como será o futuro	10
Atividade física diminuída	9	Nada o incomoda mais	3
Transtornos financeiros advindos da doença	8	Pensar na rejeição, mas não fica sem tomar os remédios	2
Canseira e mal-estar após a hemodiálise	4		
Ter que viajar p/ fazer hemodiálise	3		
Total	42		27

Quanto ao estado geral dos pacientes foi constatado durante a entrevista e pelo exame físico que se apresentam orientados no tempo e espaço, exceto 1 indivíduo com patologia mental (fase A), todos se locomovem sem auxílio, 15 (48,4%) pacientes têm fístula artério-venosa, 20 (64,5%) pacientes com cateter de Tenckoff. São indivíduos eutróficos, exceto 2 (6,4%) pacientes com desnutrição na Fase A e na Fase B tendem à obesidade. Estes dados são corroborados com os achados na literatura, que descrevem essas alterações

na fase que os pacientes estão em programa de diálise e depois as alterações referentes aos transplantados<sup>13,15</sup>. Nesse serviço os pacientes são acompanhados pela nutricionista e 100,0% referem ter recebido informações dessa profissional.

Na fase B quando foram questionados sobre o que mudou após o transplante, obteve-se como respostas os itens do quadro 2. As narrativas são otimistas e nota-se na maioria mais objetivos positivos para o enfrentamento da doença e da vida.

**Quadro 2.** Em que o transplante mudou sua vida? Botucatu, SP, 1996.

Fase B (Pós-Operatório)	Nº
Melhora na qualidade de vida	8
Está assintomático	5
Tem condições de realizar atividade física	5
Sente-se bem melhor que antes com a CAPD	3
"Ganhei vida nova", com a hemodiálise há muito sofrimento	1
"Com a hemodiálise eu era preso à máquina"	1
Sente-se disposta, trabalha e estuda	1
"Mudou em tudo, para melhor"	1
Total	25



## 5. CONCLUSÕES

De acordo com os dados levantados neste estudo ficou caracterizado que:

– tratou-se de uma amostra homogênea, sem diferenças significativas entre as duas fases: A Pré-Operatório (Hemodiálise DPI e CAPD), com n=31 e B Pós-Operatório (Monitorizados no Ambulatório), com n = 25;

– 90,4% dos indivíduos na fase A e 88,0% na fase B apresentou nível de escolaridade primário / ginásial / colegial;

– 48,3% estão aposentados, na fase A e apenas 16,0% na fase B;

– a renda per capita familiar que está abaixo de meio salário mínimo referência, é quase três vezes menor quando comparado com a fase B;

– 54,8% na fase A e 68,0% na fase B referiram ter como patologia de base Hipertensão Arterial Sistêmica;

– 44,0% dos pacientes são transplantados de 2 a 4 anos e 60,0% receberam o enxerto de doadores vivos relacionados;

– quanto à variável sexualidade 38,7% na fase A referiram apresentar impotência sexual, 22,5% tiveram medo de agravar a doença; e na fase B, a maioria referiu ter melhorado o relacionamento e os problemas que tiveram foi no início do tratamento medicamentoso;

– a maioria dos indivíduos do sexo masculino referiram gostar muito de jogar futebol e conseguiram fazer isto quando estavam na fase B;

– fica evidenciado que existiu um maior comprometimento físico nos pacientes na fase A colocando sérios limites, e na fase B, em geral o que predomina é a insegurança e a ansiedade quanto ao resultado do enxerto;

– a necessidade que se encontrou mais afetada é a Segurança Emocional, pelas narrativas isto ficou caracterizado, tanto na fase A quanto na fase B;

– 42,0% dos indivíduos na fase A referiram ter uma expectativa positiva com relação à possibilidade de serem transplantados;

– na resposta da questão “em que o transplante mudou sua vida”, a expectativa positiva para a fase pré-operatória é corroborada, pois 100,0% referiu melhora na qualidade de vida, quando transplantados.

Com isto, os resultados deste trabalho permitiram a inferência de que apesar de todo o avanço tecnológico e às portas da mudança de milênio, o homem perante a vulnerabilidade de seu equilíbrio, torna-se carente de atitudes que demonstrem acolhimento e humanização. Acredita-se que o enfermeiro é o profissional que poderá atender de forma sistematizada e adequada às necessidades de segurança emocional e demais demandas do paciente / cliente / família.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, L. S. “Nutrição e dieta no transplante renal”. *J. Bras. Nefrol.*, n. 18, v. 4, p. 393, 1996.
2. BARCHIFONTAINE, C. P.; PESSIN, L.; ROVER, A. *Bioética e saúde*. São Paulo, Cedas, 1987, p. 163-95.
3. CAMARGO, L. T. “A enfermagem e o transplante de rim. Considerações gerais em transplantes renais”. *Rev. Paul. Hosp.*, v. 22, n. 2, p. 52-64, 1974.
4. CLARK, M. “The utilization of theoretical concepts in patient education”. *Nurs. Adm.*, v. 4, p. 55-61, 1980.
5. CRAIG, H. M.; EDWARDS, J. E. “Adaptation in chronic illness: an edetic model for nurses”. *Adv. Nurs.*, v. 8, p. 397-404, 1983.
6. DANTAS, M.; COSTA, R. S.; FERRAZ, A. S. “Monitorização de transplante renal: revisão dos métodos de investigação da disfunção de enxerto”. *J. Bras. Nefrol.*, v. 16, n. 3, p. 161-9, 1994.
7. FOLHA DE SÃO PAULO. “Lei de doação entra em vigor amanhã”. (Internet). File:///A/lei entra.htm. [16.04.1997 - 18:02 hs].
8. GARCIA, V. D. et al. “Coordenadoria de Transplante do Rio Grande do Sul: Análise de seis anos de atividades”. *J. Bras. Nefrol.*, v. 16, n. 3, p. 170-8, 1994.
9. GOMES, Z. S. “Assistência de enfermagem ao paciente transplantado”. *Rev. Paul. Hosp.*, v. 24, n. 2, p. 558-64, 1976.
10. HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. 7 ed. São Paulo, E.P.U., 1979. 99 p.
11. JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. “The fifth report”. *Arch. Intern. Med.*, v. 153, p. 154-83, 1993.
12. MACHARELLI, C. A. “Mortalidade perinatal em Botucatu”. Ribeirão Preto, 1995, 109 p. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.



13. MAGALDI, A. J. B. "Revisão-atualização em fisiologia e fisiopatologia renal: regulação hormonal da reabsorção de água no ducto coletor". J. Bras. Nefrol., n. 18, v. 4, p. 401-4.
14. MARTINS, A.C.P. "Transplantes renais". In: FERRAZ, A. S. et al. Manual de tratamento de insuficiência renal aguda e crônica terminal. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1985. cap. 5, p. 117-60.
15. PAPINI, H. et al. "Alterações metabólicas e nutricionais e orientações dietéticas para pacientes submetidos a transplante renal". J. Bras. Nefrol., n. 18, v. 4, p. 356-69, 1996.
16. PELLETIER, M. "The organ donor family members perception of stressful situations during the organ donation experience". J. Adv. Nurs., v. 17, p. 90-7, 1992.
17. PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. DE. Problemas atuais de bioética. São Paulo, Edições Loyola, 1996. 551 p.
18. POWERS, A. M. "Clínicas de enfermagem da América do Norte". Transplante renal: a escolha do paciente. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981, p. 559-74.
19. SANTOS, B. R. "Transplante renal: indicação, avaliação e preparo do doador e receptor". In: SANTOS, B.R. et al. Enfermagem em unidade de transplante renal. São Paulo, Savier, 1991. cap. 5, p. 14-9.
20. SIGARDSON - POOR, K. M.; HAGGERTY, L. M. Nursing care of the transplant recipient. W. B. SAUNDERS COMPANY, 1990. 563p.
21. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7 ed., v. 1. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994. 407 p.
22. SUASSUMA, J.; FARIA, R. "Transplante renal". (Internet) File:/// A/txttext.html [15.4.97 8:46 h]
23. URYN, M. B. "Transplantes renais". In: Psicossomática hoje. MELLO, FILHO, J. de. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, p. 279-86, 1991.