

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES**  
**CAMPUS ERECHIM**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**MAYKDYELLI FLAVIANI SCHAWINSKY**

**SEGUIMENTO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAI: A VIDA APÓS O  
PROCEDIMENTO**

**ERECHIM - RS**

**2019**

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES**  
**CAMPUS ERECHIM**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**MAYKDYELLI FLAVIANI SCHAWINSKY**

**SEGUIMENTO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS: A VIDA APÓS O  
PROCEDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Erechim.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Angela Maria Brustolin

**ERECHIM – RS**

**2019**

Dedico esse trabalho aos participantes dessa pesquisa, sem sua colaboração esse trabalho não existiria. Também à minha orientadora, Angela Maria Brustolin que independente dos desafios percorridos sempre esteve disposta a mostrar o caminho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Pai Celestial, por todas as oportunidades com que fui abençoada em minha vida, entre elas a universidade e as pessoas especiais que cruzaram em meu caminho durante esse percurso. A minha família que sempre me incentivou ao estudo, em especial, meu esposo, Douglas Hermes, por ter comprado meus sonhos como seus.

*“Graças a Deus dessa máquina livre... dessa máquina muito livre, porque a melhor coisa que tem é você se sentir livre de alguma coisa que te incomoda... que te dói...que te faz sofrer” (M.S.S.).*

## RESUMO

**Introdução:** Os rins são órgãos fundamentais para o funcionamento do organismo. O transplante de rim é um dos tratamentos de escolha na Doença Renal Terminal. Tanto a sobrevida do enxerto quanto a do paciente transplantado renal vem decaindo nos últimos anos. Muitas dificuldades são encontradas pelo paciente após o transplante de rim, e o enfermeiro tem papel fundamental na continuidade da assistência a esses pacientes. **Objetivo:** Compreender como o paciente portador de Doença Renal Crônica se relaciona com o sistema de saúde após o transplante renal. Verificar a procura do paciente pós transplante de rim pelos serviços de saúde; identificar o principal serviços de saúde (público ou privado) e ou profissional que o paciente recorre nas suas buscas em saúde e conhecer a percepção do transplantado de rim em relação a assistência à saúde após o transplante. **Método:** Os participantes do estudo foram três portadores de Doença Renal Crônica que realizaram transplante renal há mais de um ano até a data da entrevista, residentes na cidade de Erechim, região norte do estado do Rio Grande do Sul. Após aprovado pelo Comitê de Ética, a pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2019, através de entrevistas com o auxílio de um roteiro e gravador de voz. Após a coleta, os dados foram analisados com o método de Análise Temática. O estudo respeitou a Resolução 466/2012 e a resolução 510/2016. **Resultados e discussões:** Após a análise das falas, a apresentação dos resultados e discussões foram apresentadas em quatro categorias: A procura do paciente pós transplante de rim pelo serviço de saúde; Principais serviços de saúde que o paciente recorre; A percepção do paciente transplantado sobre o sistema de saúde e Paciente pós transplante: desafios para o sistema de saúde. Averigua-se que o paciente pós transplante renal realiza acompanhamento regular através de consultas na alta complexidade e mantém nesta sua referência para realizar suas buscas em saúde. Percebe nos serviços de saúde a alta demanda e uma boa qualidade de atendimento na alta complexidade, por outro lado, verifica-se que a Atenção Primária em Saúde e as Redes de Atenção à Saúde que tem referência na baixa complexidade não são satisfatórias. A formação do vínculo longitudinal, a integralidade da assistência e a humanização são pontuados como desafios para os serviços de saúde ao cuidado ao paciente após o transplante renal. **Considerações Finais:** É preciso que a gestão dos serviços de saúde, proporcione condições favoráveis para que a formação do vínculo longitudinal aconteça na Atenção Básica, principalmente a fixação dos profissionais e a capacitação em políticas públicas de humanização da assistência. A comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde deve ser mais efetiva, considerando que o paciente é atendido pela alta complexidade, mas retorna para o convívio na sua comunidade inicial.

**DESCRITORES:** Transplante de Rim. Insuficiência Renal Crônica. Continuidade da Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** The kidneys are fundamental organs for the functioning of the organism. Kidney transplantation is one of the treatments of choice in Terminal Renal Disease. Both graft and renal transplant patient survival have been declining in recent years. Many difficulties are encountered by the patient after kidney transplantation, and nurses play a fundamental role in the continuity of care for these patients. **Objective:** To understand how the patient with Chronic Kidney Disease relates to the health system after kidney transplantation. Verify the search for patients after kidney transplantation by health services; identify the main health services (public or private) and or professional that the patient resorts to in their health searches and know the perception of kidney transplant in relation to health care after transplantation. **Method:** The study participants were three Chronic Kidney Disease patients who underwent kidney transplantation for more than one year from the date of the interview, who lived in the city of Erechim, in the northern region of Rio Grande do Sul state. After approval by the Ethics Committee, this research was conducted in the second semester of 2019, through interviews with the help of a script and voice recorder. After collection, data were analyzed using the Thematic Analysis method. The study complied with Resolution 466/2012 and resolution 510/2016. **Results and discussions:** After analyzing the statements, the presentation of the results and discussions were presented in four categories: The search for patients after kidney transplantation by health services; Main health services that the patient resorts to; The transplanted patient's perception of the health system and the post-transplant patient: challenges for the health system. It is clear that the patient after kidney transplantation performs regular follow-up through consultations in high complexity and keeps this reference to perform their health searches. It is perceived in health services the high demand and good quality of care in high complexity, on the other hand, it is found that Primary Health Care and Health Care Networks that has reference in low complexity are not satisfactory. The formation of the longitudinal bond, the comprehensiveness of care and humanization are punctuated as challenges for healthcare services to patient care after kidney transplantation. **Final Considerations:** It is necessary that the management of health services provide favorable conditions for the formation of the longitudinal bond to happen in Primary Care, especially the setting of professionals and training in public policies for humanization of care. Communication between Health Care Networks should be more effective, considering that the patient is attended by the high complexity, but returns to socializing in their initial community.

**DESCRIPTORS:** Kidney Transplant. Chronic Kidney Failure. Continuity of Patient Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
4.1 A procura do paciente pós transplante de rim pelos serviços de saúde .....	12
4.2 Principais serviços de saúde que o paciente recorre .....	14
4.3 A percepção do paciente pós transplante sobre o sistema de saúde.....	17
4.4 Paciente pós transplante: desafios para o sistema de saúde .....	19
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos responsáveis pela filtração do sangue e eliminação de toxinas do organismo, sendo assim, fundamentais para o funcionamento do organismo. A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se por uma lesão renal ou a diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG). Na DRC essa lesão incapacita os rins de realizarem suas funções básicas de forma lenta, progressiva e irreversível, retendo os produtos de degradação. Sem tratamento, pode evoluir para uma Doença Renal Terminal (DRT), fase terminal, onde é necessária a realização da terapia de substituição, diálise ou transplante de rim (BRASIL, 2015; SMELTZER, 2016).

A internação hospitalar de moradores do Rio Grande do Sul (RS) com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica, entre os anos de 2008 a 2012, apontam que na rede pública de saúde ocorreram 31.781 internações, com predominância do sexo masculino. Dessas internações 25% foram de portadores de doença renal em estágio final. Para evitar a diálise e tentar ter uma vida normal, a sensação de bem-estar e principalmente os custos de um transplante bem-sucedido em comparação com o tratamento dialítico, o transplante renal é o manejo de escolha dos pacientes em DRT (SILVA et. al, 2016).

O tratamento que compreende as Terapias Renais Substitutivas (TRS), apresentam aspectos negativos como, a perda da qualidade de vida, diminuição da vida produtiva do paciente e geram uma sobrecarga econômica (BASTOS et. al., 2004). Dependente das seções de diálise, que na maioria das vezes os impedem de manter um emprego fixo, a renda cai consideravelmente, fazendo com que sejam dependentes financeiramente de familiares e do estado. O transplante além de ser o melhor tratamento em decorrência da relação custo-benefício, traz um aumento e uma melhora na qualidade de vida (SILVA et. al., 2016).

Financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem um dos maiores programas de transplante de órgão e tecidos. O transplante de rim, apesar de caro em decorrência da cirurgia, equipe e medicamentos imunossupressores, se torna barato para os cofres públicos em comparação com o tratamento dialítico, que gera um gasto anual e cada vez mais crescente (SILVA et. al, 2016).

No Brasil, a taxa de transplante renal, entre os anos de 2012 a 2018, se manteve estacionada. Isso se deve a alguns fatores como, a diminuição do número de doadores vivos e um aumento dos doadores cadáveres, e principalmente pelo desfalque nas equipes de transplante 6 estados não estão mais realizando transplante renal (BRASIL, 2018).

No estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2018, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), a estimativa de necessidade de transplante de rim foi de 679 pacientes e 489 transplantes de rins foram realizados. 60% dos potenciais doadores foram notificados e somente 20% dos doadores foram efetivos (BRASIL, 2018).

Desde 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os países realizem um controle sobre a incidência dessas doenças, chamadas de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (SILVA et. al, 2016). Consideradas doenças evitáveis e subdiagnosticadas em nosso país devido a sua evolução muitas vezes assintomática, a diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são as principais causas da DRC (VANELLI et. al., 2018).

Em estudo realizado por Santos et. al. (2017) a hipertensão arterial sistêmica foi a doença de base da maioria dos pacientes que realizaram transplante renal, havendo uma possível relação desta condição com a necrose tubular, que leva a perda do enxerto por esses pacientes. Também considerada uma complicação metabólica comum nos pacientes transplantados, a Diabetes Mellitus Após Transplante (DMAT) aumenta o risco de comorbidades cardiológicas e diminui a sobrevida do enxerto. Ocorre em pacientes sem histórico de DM e possui fatores de risco, modificáveis e não modificáveis.

Segundo dados da ABTO, divulgados no Registro de Transplantes Estatísticas de Transplantes de 2018, a curva de sobrevida do enxerto desde o ano de 2010 a 2018, de doadores falecidos diminuiu de 84% para 64%. A sobrevida dos pacientes transplantados de doadores falecidos diminuiu de 92% para 83% no mesmo período. Isso pode ter relação com a dificuldade que os pacientes transplantados apresentam em realizar os cuidados em saúde. A expectativa pós transplante pode não ser a esperada, uma vez que o transplante livra o paciente da dialise os cuidados em saúde continuam rigorosos, a dieta hídrica e nutricional é considerada difícil de ser seguida, em alguns casos, até por questões socioeconômicas e culturais do paciente. O apoio familiar e de amigos também se mostra importante para o enfrentamento do tratamento (BOMFIM et. al., 2016; RAMOS et. al., 2018).

Esse trabalho se justifica na necessidade dos cuidados após o transplante renal e as dificuldades encontradas pelos pacientes para realizar esses cuidados, que se evidencia pela diminuição da sobrevida do enxerto e pelo relato de pacientes que cogitaram não realizar o transplante em decorrência das restrições que o pós transplante exige (BRASIL, 2018; SANTOS et. al., 2018). A importância de seguir cuidadosamente recomendações, restrições da alimentação, uso adequado das medicações imunossupressoras, controle das doenças de base, cuidados com a higiene, realização de exames e atenção a sinais de possíveis

complicações que transformam a vida após o transplante um desafio para esses pacientes. Todos esses cuidados são essenciais para evitar a perda do enxerto e a volta ao tratamento dialítico (BOMFIM et. al., 2016).

Apresenta-se também como justificativa para esse estudo, a importância da assistência do profissional enfermeiro aos pacientes de DRC. Desde o importante trabalho de prevenção até aos cuidados para reabilitação o enfermeiro se faz presente, tanto na assistência direta quanto na comunicação com outros profissionais para a manutenção da saúde e reabilitação desses pacientes. A interferência de um profissional de enfermagem qualificado na assistência pode ser a diferença na qualidade de vida desses pacientes no pós-transplantes.

Nestas circunstâncias o profissional de saúde torna-se fundamental no apoio ao paciente. O enfermeiro, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consegue realizar um cuidado integral do paciente, realizando educação em saúde, respondendo dúvidas, auxiliando no controle da doença de base, avaliando exames e intervindo quando necessário para evitar complicações, atento também, as condições psicossociais e como elas interferem nos cuidados em saúde (PRIMO; YUKIEHAYAKAWA, 2017).

A Portaria nº 1168 de 15 de junho de 2004 instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, com atuação nas três esferas do governo, estabelece ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação desses pacientes na atenção básica, média e alta complexidade. Também prevê a qualificação e humanização da assistência através da educação permanente dos profissionais e fomento a projetos que estudam o custo – efetividade, eficácia e qualidade da Terapia Renal Substitutiva no Brasil (BRASIL, 2004).

Diante do que já foi exposto, este trabalho levanta a seguinte questão de pesquisa: Como o portador de Doença Renal Crônica, submetido ao transplante de rim, acessa os serviços de saúde? Como objetivo geral este trabalho apresenta: Compreender como o paciente portador de Doença Renal Crônica acessa o sistema de saúde após o transplante de rim. Os objetivos específicos: Verificar a procura do paciente pós transplante de rim pelos serviços de saúde; identificar o principal serviços de saúde (público ou privado) e ou profissional que o paciente recorre nas suas buscas em saúde e conhecer a percepção do transplantado de rim em relação a assistência à saúde após o transplante.

### **3 METODOLOGIA**

Neste caminho metodológico serão apresentadas as formas pelas quais a pesquisa foi desenvolvida, a partir das contribuições e concepções da pesquisa qualitativa, descritiva exploratória.

Para Minayo (2015), a pesquisa qualitativa é responsável por questionamentos individuais, promovendo construção de novas abordagens e conceitos a fim de descobrir processos sociais ainda pouco conhecidos. Trabalha com o universo dos significados, história das relações, das representações, das crenças, opiniões e das interpretações das pessoas, contendo uma abordagem voltada para segmentos e grupos delimitados, de histórias sociais sob o olhar dos atores.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética com o parecer número 3.626.081, o mesmo foi protocolado na Prefeitura Municipal de Erechim para assinatura do Termo de Autorização da Instituição a fim de solicitar a Secretaria Municipal de Saúde de Erechim a indicação das Unidades Básicas de Saúde onde esses pacientes estão vinculados e que as enfermeiras das respectivas Unidade Básica de Saúde possam solicitar aos usuários a autorização para repassar seu contato telefônico para a pesquisadora assistente.

Após, foi realizado em contato com a coordenação da Unidades Básicas de Saúde, Presidente Vargas, para assinatura do Termo de Autorização da Instituição, onde se solicitou para a enfermeira da Unidade Básica de Saúde o contato dos possíveis participantes da pesquisa que assinaram o Termo de Autorização para entrar em contato.

Os critérios de inclusão foram: indivíduo maior de 18 anos, ter realizado transplante renal em um mínimo de um ano da data da entrevista, que resida na cidade de Erechim, RS. Os critérios de exclusão: indivíduos impossibilitados de se comunicar, que estavam hospitalizados, que desmarcaram a entrevista por duas vezes e os que não aceitaram realizar a entrevista no ambiente de seu domicílio.

Três pós transplantados aceitaram participar da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de Voz, em duas vias, ficando uma cópia para o colaborador e outra com a pesquisadora, os dados foram coletados através de entrevista com roteiro semiestruturado. As questões eram referentes ao histórico terapêutico, saúde relacionadas ao transplante e vida após o transplante.

Os dados foram organizados, interpretados e analisados através do método da Análise Temática, uma abordagem ampla que de acordo com Minayo (2015) trabalha com a noção de tema, a qual está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Na concepção da autora, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma

comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Após as entrevistas, o conteúdo foi transcrito para documentos do Word pela pesquisadora assistente e armazenados em computador. As falas escritas foram analisadas, atribuindo significados importantes a elas de acordo com os objetivos da pesquisa e categorizadas de acordo com os assuntos que mais repetiram nas falas. Os participantes da pesquisa foram identificados pelas iniciais de seu nome.

Essa pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e a Resolução 510/16 que dispõe sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Para isto, a pesquisadora elaborou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de uso de voz em duas vias que foi apresentado, lido, explicado e esclarecido de acordo com as dúvidas de cada colaborador sobre: tema, problema, objetivos e demais aspectos éticos no que concerne a pesquisa, antes do início da coleta de dados.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Doença Renal Crônica é uma patologia presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem por estar em crescente incidência na população brasileira. Seu tratamento gera altos custos para o sistema de saúde diminui muito a qualidade e vida produtiva do indivíduo, gerando mais custos para o estado.

Neste capítulo serão apresentadas as quatro categorias que emergiram após a análise temática: A procura do paciente pós transplante de rim pelos serviços de saúde; principais serviços de saúde que o paciente recorre; a percepção do paciente transplantado sobre o sistema de saúde e Paciente pós transplante: desafios para o sistema de saúde.

### **4.1 A procura do paciente pós transplante de rim pelos serviços de saúde**

Após a identificação de algum sinal ou sintoma, que faz com que o paciente sinta que algo não está bem até os mais diversos caminhos que o paciente pode percorrer pelos serviços de saúde, chama-se itinerário terapêutico. Sua reconstrução é importante, pois ele mostra os significados e as relações existentes entre o usuário e os serviços de saúde e mostra, se o mesmo está organizado ou não para sua necessidade de saúde, além de mostrar aos gestores,

se os caminhos pré-estabelecidos possuem êxito ou não na assistência a esses pacientes (BRUSTOLIN, 2015).

Esta categoria trata do percurso realizado pelos participantes no sistema de saúde seja ele público ou privado, de baixa ou alta complexidade e os seus movimentos na rede de atenção de acordo com as necessidades relacionadas ou não diretamente ao transplante:

“Sim, a cada quatro meses eu consulto em Porto Alegre. Eu faço tudo lá, os exames e a consulta a cada quatro meses. Eu vou e já faço os exames lá antes da consulta” (C.E.N.).

Todos os entrevistados relataram o acompanhamento regular com profissionais de saúde após o transplante. Esse acompanhamento acontece exclusivamente em hospital de referência, onde o transplante foi realizado. O intervalo entre as consultas varia de acordo com o tempo e intercorrências que o paciente apresentou após o transplante. As consultas são agendadas de acordo com a melhora do quadro clínico após o transplante, como verifica-se nas falas a seguir:

“A consulta do rim era mensal mas conforme o tempo vai passando, assim, por exemplo, eu já tenho um ano, então eu já não tenho aquela necessidade de ir cada 30, cada 15 dias mais, vai chegar uma hora que meu rim vai estar ótimo, que eu vou ir a cada ano” (M.S.S.).

“No começo, no comecinho... quatro, cinco meses, foi de semana em semana, depois de 15 em 15 dias, agora estou indo uma vez por mês, a cada 40 dias, quanto mais o tempo passa mais vai aumentando” (M.R.S.).

Esse acompanhamento exige uma equipe de saúde multidisciplinar e multiprofissional com atenção integral e ampliada, considerando as especificidades que o paciente necessita em decorrência do transplante renal:

“[...] eu tenho um cisto no ovário estou indo com a ginecologista... com o pneumologista não precisa ir agora, só em novembro, a doutora da pele também, tudo lá, o médico do coração, estômago, tudo, tudo. Esses aí todos são os médicos lá. Eles marcam... vem cada 15, 20 ou 30 dias, cada 60 dias” (M.S.S.).

Sendo o transplante renal um serviço de alta complexibilidade, é indiscutível a necessidade e os benefícios do acompanhamento de uma equipe altamente especializada. Levando em consideração que o paciente pertence a uma região e comunidade específica, com sua Rede de Atenção à Saúde e retornará a ela após o transplante, se questiona a procura desse paciente aos serviços de baixa complexidade.

Vinculados a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, a unidade de saúde deve ir muito além de ser a principal porta de entrada para os serviços de saúde. É também uma equipe voltada para o cuidado integral dos indivíduos, família e comunidade.

“[...] só o encaminhamento que é feito através da UBS” (C.E.N.).

“Eu procuro ficar por casa sossegada. Porque as vezes tu vais e não consegues a vaga então é melhor ficar em casa, tomando o que eu tenho de medicamento, tomando um chá, uma coisa ou outra” (M.S.S.).

“Eu tenho procurado a UBS, mas por incrível que pareça até agora eu não tive problemas” (M.R.S.).

Analisando as falas, observa-se que os pacientes vão a Unidade Básica de Saúde como um meio de acessar os profissionais da alta complexidade. Não a acessam ou esperam que ela seja uma forma de suprir suas dúvidas ou necessidades em saúde. Por isso destaca-se a importância do desenvolvimento do vínculo longitudinal, que é a característica central da Atenção Primária.

O vínculo longitudinal se caracteriza tanto ao tempo que o indivíduo frequenta a unidade como a relação entre os profissionais e o usuário, estando também, na concepção dos profissionais da enfermagem, atrelado a integralidade da assistência. Está relacionado com a maior adesão às orientações em saúde, satisfação do usuário e aumento da qualidade do serviço. Para isso o serviço deve ser sensível as necessidades de saúde estando de portas abertas as demandas espontâneas e atribuindo uma autonomia maior aos profissionais além do médico (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; CABRAL et. al, 2018).

Como a formação do vínculo longitudinal envolve a disponibilidade dos serviços necessários e a permanência dos profissionais na mesma unidade de atendimento, é imprescindível o interesse da gestão para que essa prática se torne realidade na Atenção Primária a Saúde. Com a permanência dos profissionais, pode se dizer que no vínculo longitudinal, os profissionais assumem a responsabilidade permanente com o usuário, e isso inclui o encaminhamento a outros serviços quando não for capaz de ser resolutivo para a necessidade de saúde do usuário (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIER; MARCON, 2011).

#### **4.2 Principais serviços de saúde que o paciente recorre após o transplante renal**

Diante de toda a rede de atenção à saúde, essa categoria, procura identificar quais as referências que os participantes do estudo buscam após o transplante renal, considerando que essa busca se dá não somente por indicação ou orientação, mas também pela confiança e credibilidade que esse paciente deve atribuir a esse serviço/profissional. Após a análise, se destaca as seguintes falas:

“Após o transplante eu acabei tendo estenose na artéria do rim, aí por isso eu acabei tendo de colocar um stent, essa intercorrência aconteceu com a minha pressão ficando mais elevada, eu acabava tendo pressão alta, minha mãe verificava pra mim. [Tratamento]... é tudo direto lá, não tem relação nenhuma com a UBS. A gente tem uma ligação direta com os médicos de lá” (C.E.N.).

“Eu prefiro ligar pra eles [Hospital de Referência], porque eles vão me indicar alguma coisa” (M.S.S.).

Fica claro durante a fala dos participantes que apesar de voltar a sua comunidade, a referência do cuidado continua no serviço de alta complexidade. Apesar do serviço de saúde ser procurado, nada é aceito e feito sem um aval da equipe do hospital de referência.

Isso pode ser uma orientação, mas também é identificado uma dificuldade dos profissionais de saúde, em relacionar o transplante com outros cuidados na assistência, como exemplo, a prescrição de medicações que podem causar a rejeição do enxerto. Isso causa uma sensação de desamparo aos pacientes após o transplante, que não sabem bem a quem recorrer (SILVA et. al, 2013) e, portanto, podem sentir mais segurança na assistência prestada pelo serviço especializado.

“Tive uma gripe, não muito forte, não precisei internar, só uma consulta e resolvi. Eu fui primeiro aqui no posto, depois no plantão, tomei uma Benzetacil e melhorei. Não precisei ir pra Porto Alegre, mas liguei pra lá, pra ver se dava pra tomar a medicação.” (M.R.S.).

A Hipertensão Arterial é a principal causa da perda do enxerto, principalmente em homens brancos, adultos, com baixa escolaridade que utilizam o Sistema Único de Saúde (SANTOS et. a, 2017). Cuidados com as doenças de base, como DM e hipertensão são essenciais na vida após o transplante. É importante o controle da pressão arterial, glicemia, peso, sinais vitais e resultado de exames com registro para o acompanhamento da equipe multiprofissional e identificação rápida de qualquer intercorrência (ÍNACIO et. al, 2014).

“Tomo o remédio da pressão, Metildopa, diabetes eu não tenho. [...] agora eu estou parecendo um esqueletinho humano, mas é por causa dessa anemia crônica” (M.S.S.).

Uma responsabilidade importante para o sucesso do transplante de rim, é o compromisso do paciente com a terapia medicamentosa de imunossupressores, que previnem uma possível rejeição do rim enxertado. Um estudo realizado por Rocha (2016), avalia e define o perfil dos indivíduos que abandonam a terapia. Na maioria são pacientes homens, jovens, negros, transplantados há muitos anos que não compreenderam os benefícios desses cuidados para evitar a rejeição aguda do transplante. Vários motivos foram apontados como

causa do abandono da terapia e dos cuidados, como, esquecimento, rotina de trabalho, mudanças na prescrição e esquecimento dos medicamentos em viagem em decorrência da grande quantidade de medicamentos (ROCHA, 2016).

“Eu tenho que levar medicamentos sempre que eu vou sair de casa, que eu tenho que ir pra longe, eu tenho que levar uma reserva junto” (C.E.N.).

Não era pouco não, os remédios para rejeição eram doze comprimidos, nove horas da manhã, três horas da tarde e nove horas da noite. [...] isso aqui são teus maridos. Não adianta, pode ir pra onde você quiser, vai pra praia?! Pro balneário?! Posar fora?! Nunca esqueça, a tua maleta com os teus remédios” (M.S.S.).

“Sempre quando eu vou viajar eu calculo, se eu vou ficar três dias lá em Porto Alegre eu calculo já os remédios e levo pra cinco dias ou pra mais” (M.R.S.).

Outro fator importante nos cuidados após o transplante são os cuidados com a alimentação. Pacientes diabéticos e hipertensos devem seguir dieta específica. Ocorre uma mudança na ingestão hídrica, que durante a dialise era controlada e reduzida, no pós-transplante pode chegar até três litros por dia.

“[...] em questão de alimentação foi acabado tendo de seguir um pouco mais de regras alimentares, não utilizar muito sal e essas coisas do tipo. Tem algumas restrições como cuidar os agrotóxicos, poeira, lixo, essas coisas mais contaminantes. Animais também eu tenho que cuidar bastante” (C.E.N.).

“Eu como de tudo agora, claro que não exageradamente. Eu não como carne [...] Eu não consigo mais, faz mais de cinco meses que eu não sei o que é comer um pedacinho de carne, eu coloco um pedaço de carne na boca, ela fica rebolando lá dentro, tenho que tirar e colocar fora, por isso nem como mais. Eu como verdura, como legumes, eu como qualquer coisa que tem na mesa. Eu não consigo digerir a carne, nem de frango, nem de porco, nem de gado, principalmente a de gado. Sal e açúcar têm que cuidar bastante” (M.S.S.).

Caminhadas são o único exercício físico liberado após o transplante sem uma avaliação médica mais detalhada, além de poder dirigir após os 30 dias (INÁCIO et. al, 2014). Esse e outros fatores de cuidados a saúde após o transplante podem causar dificuldade aos pacientes na retomada da sua vida laboral (CABRAL et. al, 2018).

“Tem bastante restrição ainda, que eu trabalho na construção civil, aí teria a poeira, cuida altura, não posso trabalhar em altura por causa da hipertensão. Tem vários fatores, não posso pegar muito umidade, chuva, frio, tem que se cuidar pra não pegar uma pneumonia... uma coisa assim, tem que cuidar pra não erguer muito peso” (M.R.S.).

“Em questão de trabalho eu tive que cuidar muito, tanto é que até hoje eu ainda não consegui encontrar um serviço, mas estou na faculdade” (C.E.N.).

Após a realização do transplante de rim, três fatores podem indicar a melhora da qualidade de vida desses pacientes. O primeiro é a diminuição do stress com a parada do

tratamento dialítico e a interferência deste na vida diária; a volta a atividades profissionais e o retorno ao convívio e apoio social. (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

“A família me deu total apoio, sem a família não sei o que seria. Graças a Deus eles me ajudaram bastante e estão me ajudando ainda” (M.R.S.).

“A família de vez em quando era nota dez, de vez em quando era nota cinco, nenhuma família é nota dez sempre!” (M.S.S.).

“[...] em questão familiar foi tudo muito tranquilo ... Foi minha mãe que me doou” (C.E.N.).

Pode-se observar que os cuidados após o transplante vão muito além do cuidado a um órgão ou de questões anatômicas. São cuidados que garantem a vida dessas pessoas, e envolvem aspectos biológicos, sociais e emocionais. Por isso destaco nessa categoria, a importância da integralidade da assistência, que junto com o vínculo longitudinal é um dos aspectos centrais da Atenção Primária em Saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Segundo a Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990) a integralidade da assistência é definida como, um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Diferente do que vemos na prática, um cuidado ainda fragmentado, onde o paciente recebe um pouco de cuidado em cada nível da assistência, mas sem atender a integralidade das necessidades de saúde ou oferece uma articulação dos serviços de saúde de uma forma favorável e resolutiva (SILVA et. al, 2016).

Não se consegue realizar o cuidado integral a saúde sem considerar a vida comunitária, onde o paciente está inserido, suas relações pessoais, familiar e sociais, considerando as Redes de Atenção à Saúde disponíveis. Também se inclui na integralidade da assistência as ações de promoção e prevenção aos agravos em saúde (ROCHA et. al, 2017). No nível da assistência primária em saúde essas ações são primordiais para o paciente após o transplante, a prevenção de complicações de saúde através de ações educativas, de apoio e monitoramento são importantes para evitar complicações que podem levar a perda do enxerto e até mesmo auxiliar o paciente a iniciar uma vida com mais saúde e liberdade após o transplante.

#### **4.3 A percepção do paciente pós transplante sobre o sistema de saúde**

Após um longo itinerário, que na maioria dos casos envolve anos de diálise, acredita-se que o paciente com Doença Renal Crônica, após um ano do transplante, já tenha passado

por experiências importantes que contribuíram para a formação de uma percepção sobre os desafios relacionados ao sistema de saúde, diante de sua própria vivência e interação com o mesmo. Nessa categoria podemos destacar falas importantes como:

“Eu acho que funciona até bem, pela quantidade de pessoas que utilizam funciona bem, não que não deveria melhorar [...] lá no hospital em Porto alegre, a questão de vagas de leitos no andar de transplantados que é complicado conseguir. A última internação minha eu fiquei uma semana na emergência esperando” (C.E.N.).

“[...] tu não imaginas a quantidade de pessoas, a quantidade de novos transplantados. Tu entra na sala, tem uma parte das cadeiras que é só pros transplantados novo, uma parte que é pros do meio e outra que é pros mais velhos, os que vem lá a cada dois anos, ou alguém que vem renovar receita, ou pegar uma ordem pra ir na dermatologista, ginecologista. Mas é gente! Bastante gente” (M.S.S.).

No Rio Grande do Sul, entre os anos de 2010 a 2017, ocorreram 4.204 transplantes de rim, soma-se a isso o número crescente de transplantes nos anos seguintes, realizados por uma variável de 6 a 10 equipes de transplante (BRASIL, 2018). Dentro do sistema de saúde, o portador de Doença Renal Crônica caminha por todos os níveis de assistência.

Na Atenção Básica as ações são voltadas para a prevenção a saúde, com controle clínico de hipertensão e diabetes mellitus ou outras doenças relacionadas ao rim. Por sistema de referência contra referência, a assistência de média complexidade é responsável pelo diagnóstico e cuidados compartilhados em fase pré- diálises, podem ser realizados em Unidades Especializadas em DRC. Já a alta complexidade é responsável pelos tratamentos de substituição, como as diálises, fila de transplante e transplantes de rim (LAGES, 2015).

Visto a crescente demanda no uso desse serviço, a qualidade da gestão dos serviços de saúde e a articulação entre às Rede de Atenção se tornam um desafio. Nos serviços públicos de saúde a qualidade da assistência se realiza ao atender ao que é esperado pela população, buscando realizar o negócio hospitalar com a sua função social (SILVA et. al, 2016).

“Acho que não tá ruim, mas podia melhorar. Quando chega na UPA, ou seja, no plantão pra consultar, tu mostras uma carteirinha de transplantado, eles tinham que dar uma prioridade, porque o transplantado quando ele chega lá para alguma coisa, já seria urgente para ele ser atendido. Não pode deixar lá esperando porque qualquer virose num transplantado pode ser a perca do rim, ou até a perca da vida por causa da imunidade baixa, tudo pode agravar” (M.R.S.).

A certeza que será atendido, independentemente do tempo que espera ou da distância de sua residência, faz com que muitos usuários do sistema público de saúde procurem os cuidados das unidades de Pronto Atendimento. Ainda que se saiba que existe uma demora no atendimento, os encaminhamentos aos serviços de referência acontecem mais rápido do que na Unidade Básica em Saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

A questão da demora no atendimento também é percebida na demora para realizar consultas, agendar e realizar exames. Após o transplante de rim, muitos exames são necessários e com maior frequência, com a demora para realizá-los pelo SUS, alguns pacientes preferem aderir a convênios de saúde pelo medo da demora causar a perda do enxerto (SILVA, et. al, 2013).

[...] tive que pagar duas consultas particular. Era urgente meu caso, pra mim começar a fazer hemodiálise, eu fui na Secretaria de Saúde pra marcar com nefrologista, aqui em Erechim não tinha pelo SUS, ai eu marquei pra ir a Porto Alegre e eles falaram, daqui a uns seis a oito meses nós podemos te mandar pra lá. [...] voltei lá no posto e ele [médico] me disse, olha se tu esperar até lá tu vais partir dessa pra outra. [...] Aí eu já estava fazendo hemodiálise a uns seis meses eles me ligaram, dizendo tua viagem tá marcada” (M.R.S.).

A forma como acontece o acolhimento, também determina a procura e a preferência por determinados serviços de saúde em vez de outros, principalmente quando existe uma experiência negativa em relação a esses outros serviços. O usuário realiza o primeiro passo, que é o de ir até o serviço de saúde, as próximas condutas são realizadas pelos profissionais. A forma como esse atendimento evolui pode determinar a criação do vínculo, sendo responsável pela manutenção deste, o profissional de saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

“A única queixa é essa, de tu chegar, e tem pessoas que entram no hospital e sabem que você é transplantado te olham de uma maneira um pouquinho diferente, não te olham como uma pessoa, te olham como se fossem te encostar e te machucar, e não é assim, não é” (M.S.S.)

É preciso entender que a humanização deve estar presente em todos os momentos da assistência. Independe do espaço ou tempo que é realizada ou do profissional, apesar de ser bastante atribuída aos profissionais de enfermagem. Ela vai além do olhar ampliado as questões patológicas, pois somos seres biopsicossociais e a necessidade de humanização nunca foi tão atual (SANTOS et. Al, 2018).

#### **4.4 Paciente pós transplante: desafios para o sistema de saúde**

Com a crescente demanda do sistema de saúde, e após analisar as falas dos participantes, observou-se que o sistema de saúde possui alguns desafios para alcançar a qualidade da assistência aos pacientes com Doença Renal Crônica após o transplante.

Destaca-se a necessidade do desenvolvimento do vínculo longitudinal e a integralidade da assistência na Atenção Primária a Saúde, a humanização do cuidado na Atenção Primária e média complexidade dos serviços das Redes de Atenção a esses pacientes e uma melhor

comunicação entre esses serviços e a Alta Complexidade através da contra referência.

A longitudinalidade e a integralidade compõem o que chamamos de atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde, fazendo parte do eixo estruturante da Atenção Básica. O Sistema Único de Saúde consolidou-se no entendimento de que o serviço deve ser organizado de acordo com as necessidades dos usuários, gestão e comunidade. Porém ainda observamos uma fragilidade na articulação dos serviços de saúde pelos gestores, e o cuidado acaba sendo ofertado de maneira fragmentada (BARATIER; MARCON, 2011; PEREIRA, 2016)

Pode-se afirmar que para o paciente transplantado, em específico neste estudo, o cuidado integral e longitudinal é essencial para a manutenção de sua saúde. Sendo o transplante, um tratamento e não uma cura, onde o usuário tem um longo itinerário terapêutico, a longitudinalidade e a integralidade dos cuidados a saúde podem exercer grande influência na adesão desses pacientes ao tratamento.

Entretanto, ressalta-se que a rotatividade de profissionais na Atenção Básica dificulta a formação do vínculo longitudinal, diminuindo a adesão ao serviço e conseqüentemente ao cuidado integral. É importante, para a consolidação da oferta da integralidade da assistência, que exista uma relação de confiança entre profissionais e usuários, pois o paciente precisa entregar suas necessidades em saúde para a equipe com a segurança que terá uma resolução, que pode ser, sem demérito, a referência a outros níveis de assistência.

A integralidade da assistência não diz respeito somente ao um problema patológico identificado pelo paciente ou equipe. Ele envolve os aspectos emocionais, sociais, espirituais, psicológicos do usuário. Ao referenciar um paciente transplantado para a alta complexidade, por questões patológicas, no caso um rim insuficiente ou que precisa de monitoramento, não se exclui a possibilidade de atender outras demandas biopsicossociais desse mesmo indivíduo. Demandas que podem ser resolvidas com baixa complexidade, se utilizando da promoção, prevenção, educação em saúde ou articulação com outros serviços disponíveis no próprio município (ROCHA, et. al, 2017; SANTOS, et. al, 2018).

Indiferente do nível de assistência que o paciente se encontra, a humanização da assistência deve estar presente. O acolhimento não representa só ao local ou como o paciente é recebido no serviço e saúde, mas ao tratamento interpessoal, do começo ao fim do seu contato com o serviço de saúde (SANTOS et. al, 2018).

O Programa Nacional de Humanização, lançado pelo Ministério da Saúde em 2003, é desafiador pois tem como objetivo propor novas atitudes aos profissionais de saúde, transformando acontecimentos desumanos, como filas, tratamento desrespeitoso,

insensibilidade frente ao sofrimento, isolamento de pessoas e degradação de ambientes. É um programa importante para transformar as relações de cuidado, onde as pessoas envolvidas se oferecem umas às outras, formando vínculos de grande valor (BRASIL, 2014).

Por fim, ressalta-se a importância da comunicação efetiva entre os serviços para um cuidado compartilhado, onde uma ferramenta de gestão que pode ser usada é a referência e a contra referência. Sem uma contra referência, se torna mais difícil para a Atenção Básica realizar a continuidade do cuidado. Um passo para realizar a contra referência é o planejamento da alta hospitalar, o investimento em equipe multidisciplinar e educação continuada dos profissionais (BRASIL, 2014).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o presente trabalho, conclui-se, que existe por parte do paciente portador de Doença Renal Crônica após o transplante de rim, a procura pelos serviços de saúde para suprir suas necessidades em saúde. Esse acesso, nem sempre ocorre como o definido pelo que seria o ideal, de acordo com os princípios e regulamentação do Sistema Único de Saúde. Isso demonstra, a autonomia do paciente na procura pelo serviço de sua escolha, que realmente supra suas necessidades em saúde somado ao acolhimento de qualidade.

Esse acesso acontece principalmente pela alta complexidade. Neste estudo, os participantes demonstraram uma preferência por realizar suas consultas na alta complexidade, onde atribuem mais confiança nas orientações e um atendimento mais humanizado. Entretanto, esse comportamento gera preocupação, pois é de direito aos usuários do Sistema Único de Saúde, o atendimento integral a saúde, que só é efetivo com o desenvolvimento do vínculo longitudinal na Atenção Primária a Saúde.

É preciso que a gestão dos serviços de saúde, proporcione condições favoráveis para que a formação do vínculo longitudinal aconteça na Atenção Básica, principalmente a fixação dos profissionais e a capacitação em políticas públicas de humanização da assistência. A comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde deve ser mais efetiva, considerando que o paciente é atendido pela alta complexidade, mas retorna para o convívio na sua comunidade inicial. Os serviços devem ser articulados para a resolutividade das necessidades de saúde dos usuários, pois no serviço público é o que define a qualidade da assistência.

Na elaboração desse estudo, deparou-se com algumas limitações, entre elas, o número de participantes e o pouco tempo hábil para a análise e discussão dos resultados e estudos disponíveis e atuais sobre o caminho do paciente dentro do sistema de saúde. Espera-se que

esse trabalho incentive novos estudos na área, referentes as condições de vida e necessidades em saúde dos portadores de Doença Renal Crônica após o transplante.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, Marcus G. et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **J Bras Nefrol**, Juiz de Fora, v. 26, n. 4, p.202-215, dez. 2004. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=6530851585472610696&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=6530851585472610696&hl=pt-BR&as_sdt=0,5)Acesso em: 12 jun. 2019.

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.802-810, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a20v15n4.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

BOMFIM, Rosemeri Etgeton et al. Vivências de pacientes que apresentaram rejeição ao enxerto de rim. **Saúde (santa Maria)**, Santa Maria, v. 42, n. 1, p.93-102, 30 jun. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/312873262\\_vivencias\\_de\\_pacientes\\_que\\_apresentar\\_am\\_rejeicao\\_ao\\_enxerto\\_de\\_rim](https://www.researchgate.net/publication/312873262_vivencias_de_pacientes_que_apresentar_am_rejeicao_ao_enxerto_de_rim). Acesso em: 11 jul. 2019.

BORDIN, Ronaldo; DEMARCO, Diogo Joel; MEIRA, Fabio Bittencourt (Org.). **Gestão em saúde no rio grande do sul: casos, ANÁLISES E PRÁTICAS**. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2015. 200 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/sead/documentos/livro-gestao-saude-1>>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Dimensionamento dos Transplante no Brasil e em cada estado (2011 – 2018)**. 2018. Disponível em: <[http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv\\_RBT-2018.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. (Org.). **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. 2006. Disponível em: <<http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2016/09/Prevencao-Clinica-de-DCV-cerebrovascular-e-renal-cronica-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2019

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 20 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS. Volume 1**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 21

nov. 2019.

BRUSTOLIN, Angela Maria. **Idosos sobreviventes ao câncer: vivências durante e após o tratamento oncológico.** 2015. 256 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2015. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Disserta%C3%A7%C3%A3o-%C3%82ngela-Maria-Brustolin-OK.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019

CABRAL, Ana Larisse Teles et al. As repercussões no estilo de vida e nas atividades laborais dos pacientes com doença renal crônica após o transplante renal. **Investigação Qualitativa em Saúde.** Fortaleza, V. 2 n 1, p.1181-1188. 2018. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1894/1844>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SMELTZER S. C., BARE; B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddart.** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª ed. Guanabara Koogan, 2011. 2404p. v.1 e 2, 2016.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.1029-1042, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2019.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento:: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p.19-25, jul. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_04.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2019.

INÁCIO, Luciana Aparecida et al. Atuação do enfermeiro nas orientações de alta ao paciente pós-transplante renal. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p.323-331, 27 ago. 2014. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769210186>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10186/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019

LAGES, Joyce Santos (Org.). **Níveis de complexidade da assistência aos pacientes com DRC.** São Luiz: Una-sus, 2015. 37 p. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3235/1/Unidade\\_02.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3235/1/Unidade_02.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13º ed. Rio de Janeiro: 2015.

PEREIRA, Sara Cristina Couto. **Diabetes Mellitus Após Transplante Renal: Dados Epidemiológicos, Fatores de Risco e Papel dos Novos Antidiabéticos Orais no seu Tratamento.** 2016. 38 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/67294311->

Diabetes-mellitus-apos-transplante-renal.html>. Acesso em: 15 maio 2019.

PRIMO, Hingrithi Francini Barbosa da Cunha; YUKIEHAYAKAWA, Liliana. Conhecimento da equipe de enfermagem na assistência ao paciente em pós-operatório de transplante renal. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 29, n. 3, p.11-17, mar. 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1975/1571>>. Acesso em: 10 nov. 2019

RAMOS, F. L. S.; SALAZAR, V. M. DOS S.; SANTOS, W. DE L.; MOTA, L. DE M. Qualidade de vida de pacientes que retornam a hemodiálise após serem submetidos a um transplante renal. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 17-30, 4 abr. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17287>>. Acesso em: 10 nov. 2019

RAVAGNANI, Leda Maria Branco; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p.177-184, 14 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019

ROCHA, Dagoberto França da et al. Avaliação da adesão à terapia imunossupressora por autorrelato de pacientes submetidos ao transplante renal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p.1-7, nov. 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6234562>>. Acesso em: 10 nov. 2019

ROCHA, Ana Letícia Alves. Integralidade no acesso a política de saúde em transplantes em um hospital-escola. 2016. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Programa de Aprimoramento Profissional/ses, Faculdade de Medicina de S. J. do Rio Preto/SP, São José do Rio Preto, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/ses-32329>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

DOS SANTOS, Monize Caroline et al. Fatores sociodemográficos e clínicos dos pacientes que tiveram perda do enxerto renal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 03-07, dez. 2017. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/680>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

SANTOS, Luciana Fernandes et al. Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico-usf**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.163-172, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230114>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712018000100163&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712018000100163&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SILVA, Lidiane Cristina da et al. O transplante renal na perspectiva da pessoa transplantada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 356 - 364, 2 set. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17215>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SILVA, Silvia Brand et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 6, p.1-13, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00013515.pdf>>.

Acesso em: 10 nov. 2019.

VANELLI, Chislene Pereira et al. Doença renal crônica: suscetibilidade em uma amostra representativa de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p.52-68, 20 jul. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052017410.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052017410.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2019