

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS TRANSPLANTADOS FRENTE À HABILITAÇÃO DOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

*THE PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE RELATED TO THE HEALTH
OF TRANSPLANTS IN FRONT OF THE QUALIFICATION OF THE CARE OF
THE MULTIPROFESSIONAL TEAM*

Diogo Amaral Barbosa 1

Amanda Carvalho Nogueira 2

Anna Felícia de Matos Teixeira 3

Ruhena Kelber Abrão 4

Resumo : Este estudo teve como objetivo verificar a percepção da qualidade de vida dos pacientes receptores de rim com Doença Renal Crônica submetido ao transplante renal Inter vivo em um Hospital de Referência da Região do Araguaia, no Sudeste do Estado do Pará no tratamento de doenças renais e terapias renais substitutivas para habilitar a equipe multiprofissional que atua em transplante renal no período de 2012 a 2018. Foram estudados 47 pacientes (35 homens e 12 mulheres), com idade entre 23 a 65 anos, sendo 18 solteiros e 29 casados ou em união estável. Para coleta de dados, foi utilizado o instrumento genérico Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), autoaplicado, traduzido e validado para a Língua Portuguesa. Os escores médios das dimensões dos domínios analisados da qualidade de vida em geral foram: capacidade funcional 88, limitação por aspectos físicos 70, dor 82, estado geral de saúde 64, vitalidade 83, aspectos sociais 87, limitação por aspectos emocionais 72 e saúde mental 83. A percepção da qualidade de vida dos pacientes transplantados no sudeste do Pará apresentou-se escores acima de 64 nos domínios do questionário (SF-36) caracterizando uma boa percepção da qualidade de vida destes pacientes em relação à sua saúde, sendo possível elaborar uma cartilha para equipe multiprofissional que trabalha com este público para poderem atuar na melhora da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes submetidos ao transplante renal.

Palavras-chave: Transplante renal. Qualidade de Vida. Doença Renal Crônica.

Abstract : This study aimed to verify the perception of quality of life of kidney recipient patients with Chronic Kidney Disease who underwent an Inter vivo kidney transplant at a Reference Hospital in the Region of Araguaia, in the Southeast of the State of Pará in the treatment of kidney diseases and therapies substitute kidney stones to enable the multiprofessional team that operates in kidney transplantation from 2012 to 2018. 47 patients (35 men and 12 women), aged between 23 and 65 years, were studied, 18 being single and 29 married or in a stable relationship. For data collection, the generic instrument Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) was used, self-applied, translated and validated for the Portuguese language. The average scores for the dimensions of the analyzed domains of quality of life in general were: functional capacity 88, limitation due to physical aspects 70, pain 82, general health status 64, vitality 83, social aspects 87, limitation due to emotional aspects 72 and mental health 83. The perception of the quality of life of transplant patients in southeastern Pará showed scores above 64 in the questionnaire domains (SF-36) characterizing a good perception of the quality of life of these patients in relation to their health, making it possible to elaborate a booklet for a multiprofessional team that works with this audience so that they can act to improve the perception of quality of life related to the health of patients undergoing kidney transplantation.

Keywords: Kidney transplantation. Quality of life. Chronic Kidney Disease.

1 - Mestre em Ensino em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5452566081251983>, ORCID: 0000-0001-9500-1476. E-mail: diogobarbosa@gmail.com

2 - Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Brasília. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7152514223425386>, ORCID: 0000-0002-8158-4911. E-mail: amandanogueira@gmail.com

3 - Especialista em Gestão em Saúde, Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida Afya FESAR/Afya. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5140130841672240>, ORCID: 0000-0002-5690-5146. E-mail: annafeliciat@gmail.com

4 - Doutor em Educação em Saúde, Universidade Federal do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5372413745002335>, ORCID: 0000-0002-4869-5230. E-mail: kelberabrao@uft.edu.br

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em lesão renal, perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada, chamada de fase terminal de Insuficiência Renal Crônica (IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (ROMÃO, 2004).

Dentre as doenças crônicas, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma patologia que descreve vertiginosa ascensão nas últimas décadas, impulsionada pela Diabetes Mellitus (DM), pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e pelo envelhecimento populacional. Dados do Censo Brasileiro de Diálise, referentes ao ano de 2017, demonstram que o número de pacientes em diálise era de 77.589, com prevalência de 405 pacientes/milhão de habitantes. Além disso, anualmente, a cada milhão de brasileiros, 144 têm diagnóstico de doença renal crônica e iniciam terapia, sendo a hemodiálise a modalidade terapêutica predominante em 80% (FINGER, 2011).

Desta forma, o paciente tem que iniciar um dos métodos de terapias para reposição renal que são constituídos de hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal. Estes tratamentos tem a finalidade de prolongar a vida dos pacientes com DRC (POTTER; PERRY, 2018). A diálise peritoneal é uma forma de diálise em que a membrana peritoneal do próprio paciente é usada como uma membrana semipermeável para a troca de líquidos e solutos (SMELTZER; BARE, 2017). Enquanto a hemodiálise é uma forma de terapia de substituição renal contínua que resulta na retirada de líquido e produtos de degradação do sangue, no qual o sangue arterial é circulado por meio de um hemofiltro (circundado por líquido de diálise limpo) e devolvido ao paciente por meio de um cateter venoso (BARBOSA et al, 2021).

Além destes dois métodos de terapia renal substitutiva, os pacientes renais crônicos que tiverem condições clínicas, podem optar pelo Transplante Renal que de acordo com Lopes e Vaz (2014), é um dos melhores métodos de tratamento de escolha para a doença renal crônica terminal, sendo superior a diálise, melhorando a sobrevida e qualidade de vida do paciente devido à liberdade proporcionada.

Para organizar estes serviços a Resolução-RDC nº 11, de 13 de Março de 2014, define os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração, considerando a necessidade de redução dos riscos ao qual o paciente fica exposto durante a diálise (BRASIL, 2018).

Segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, em 2016, a necessidade anual estimada de transplantes renais no Pará era de 491, mas foram executados apenas 57. No Pará, os Serviços de transplante renal estão distribuídos em três municípios: Belém, sendo um público e um privado, Santarém, apenas uma Unidade pública e Redenção uma Unidade pública. O serviço público da capital tem sua produção voltada firmemente para o transplante renal com doador falecido, estando os centros do interior realizando transplantes com doadores vivos.

De acordo com Reis et al., (2019), podemos considerar que, nos tempos modernos, viver muito mais do que nossos avós já é uma realidade para a atual geração de jovens e adultos, uma vez que a cada década, verifica-se o aumento da expectativa do tempo de vida das pessoas. A busca por uma boa qualidade de vida, por meio da prática de hábitos saudáveis ou prática básica de saúde, torna-se uma necessidade (SALES et al, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, atualmente é uma noção humana avaliada mediante o grau de satisfação encontrado em diversos campos da vida humana, associado à relação custo-benefício inerente à manutenção da vida, tanto do ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais quanto dos interesses e valores da sociedade (VIEIRA et al., 2012; GONÇALVES et al., 2013).

A qualidade de vida (QV) dos indivíduos portadores de DRC é fundamental, principalmente no que diz respeito ao impacto da doença em suas vidas e o processo de

adaptação à patologia, por se tratar de um processo demorado e sofrido, ora para si próprio, ora para sua família (REIS *et al.*, 2019).

De acordo com Silva *et al.* (2011), os profissionais de Enfermagem vêm desenvolvendo pesquisas voltadas para a melhoria da qualidade de vida de pacientes acometidos por doenças crônicas, acompanhando a tendência da área da saúde, pois, além do esforço e investimento direcionados ao aumento de anos de vida, com êxito, faz-se necessária a preocupação com a qualidade na vida aos anos a mais que foram conquistados.

O interesse de qualidade de vida na área da saúde é muito importante e fundamental, cheio de novos desafios que influenciam o exercício das atividades deste setor nos últimos anos. Além disso, retrata a percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante das enfermidades enfrentadas, as consequências e como a doença afeta sua condição de vida útil (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018). Visto isso, o seguinte estudo objetiva verificar a percepção da qualidade de vida dos pacientes transplantados frente à habilitação dos cuidados da equipe multiprofissional.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de caráter quantitativo. O estudo descritivo e transversal registra, analisa e correlaciona variáveis sem manipulá-las, trabalha sobre os dados colhidos da própria realidade de um grupo de pessoas (CERVO; BERVIAN, 2002). Em relação ao quantitativo sabemos que este é uma descrição numérica de tendências, atitudes ou opinião de uma população, sendo que a partir dos resultados que o pesquisador faz afirmações quanto à população estudada (CRESWELL, 2010).

O estudo foi realizado no Hospital Regional Público do Araguaia (HRPA), localizado na cidade de Redenção-Pa, o qual é de referência em tratamento da doença renal e terapias renais substitutivas da região do Araguaia no sudeste do Pará. O período coleta de dados para a pesquisa na Instituição foi entre julho a agosto de 2019.

A amostra da população estudada foi constituída por 47 pacientes renais crônicos submetidos ao transplante renal intervivo, entre os anos de 2012 a 2018, que são acompanhados no ambulatório de transplante renal periodicamente, no máximo a cada 02 meses no HRPA.

A pesquisa foi realizada por meio de aplicação de um questionário por autopreenchimento traduzido e validado por Ciconelli (1997), o "*Medical Out comes Study 36 – Item short - form health survey (SF36)*", sendo que os pesquisadores acompanharam os pacientes da pesquisa durante a coleta de dados, para solucionar dúvidas, com adição de questões sociodemográficas para verificar a percepção da qualidade de vida desses pacientes.

O questionário considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde. Este instrumento de fácil administração e compreensão, do tipo autoaplicável é multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tantos aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) quanto aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores de uma escala de 0 a 100 de todos os componentes, não havendo um único 21 valor que resuma toda a avaliação, gerando um estado de saúde melhor ou pior (MARTINEZ, 2002).

Os pacientes foram agendados pelo serviço de Transplante Renal do Hospital Regional Público do Araguaia e abordados pelos entrevistadores antes de iniciar a consulta médica de rotina, no período de espera para a consulta, sendo que o tempo para responder o questionário foi em média de 20 minutos, aproveitando oportunamente o tempo de permanência do paciente da pesquisa no hospital, para apresentação da pesquisa em questão e seus respectivos objetivos. Logo após foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em apêndice, e encaminhados para uma sala multiprofissional (SCHWARTZ *et al.*, 2021).

No local, de forma individual, a sala foi reservada no período vespertino para aplicação do questionário, sendo um ambiente calmo, tranquilo, sem ruídos, com boa iluminação, sem janelas para expor o paciente e com boa segurança, de modo que o pesquisador fez a leitura juntamente com entrevistado para resolver quaisquer dúvidas que aparecesse durante a leitura das questões. Os questionários não foram identificados para manter o anonimato dos usuários (OLIVEIRA et al, 2021). Após a coleta os pesquisadores foram para o local de processamento dos dados, sendo um ambiente tranquilo, calmo e com boa iluminação para avaliação dos questionários para os pesquisadores detectarem o estado de qualidade de vida desses pacientes mediante os scores dos domínios encontrados.

Para a tabulação dos dados colhidos e verificar os aspectos sociodemográficos dos pacientes da pesquisa, os pesquisados separaram os dados por variáveis, após finalizarem a pesquisa, todas as variáveis foram correlacionadas com a variável independente: tempo de transplante. A primeira do sexo, quanto ao feminino e masculino, analisando as proporções. A segunda, idade, que foi analisada em grupos de 20 a 30 anos, 30 a 40 anos, 40 a 50, 50 a 60 anos e 60 a 70 anos. A terceira variável em relação ao estado civil que foi separada em grupos casado/união estável e solteiros. A quarta variável, que é o grau de instrução foi analisada em grupos de analfabetos sem escolaridade, fundamental incompleto, fundamento completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, nível superior incompleto, nível superior completo e pós-graduação. Por último, a variável tempo de transplante que foi observado o tempo de transplante dos pacientes do grupo estudado e dividido em grupos de menos que 1 ano, de 1 ano a menor que 2 anos, 2 anos a menor que 3 anos, 3 anos a menor que 4 anos e acima de 4 anos.

Após o levantamento dos aspectos sociodemográficos fez-se o cálculo dos escores do questionário Medical Out comes Study 36 – Item short - form health survey (SF36) (Ciconelli, 1997) aplicado no grupo inteiro dos pacientes transplantados, para verificar os escores de cada domínio: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (NASCIMENTO-FERREIRA, 2022).

Os dados foram tabulados conforme as fases para o cálculo dos escores do questionário, sendo a Fase 1 de ponderação de dados, onde será feito a somatória da pontuação dos resultado obtidos, conforme a tabela abaixo de Ciconelli, 1997:

Tabela 1. Fase 1, ponderação de dados, cálculo dos escores do questionário SF36. São Paulo, 1997.

Questão	Pontuação												
	<table> <tr> <th>Se a resposta for</th><th>Pontuação</th></tr> <tr> <td>1</td><td>5,0</td></tr> <tr> <td>2</td><td>4,4</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3,4</td></tr> <tr> <td>4</td><td>2,0</td></tr> <tr> <td>5</td><td>1,0</td></tr> </table>	Se a resposta for	Pontuação	1	5,0	2	4,4	3	3,4	4	2,0	5	1,0
Se a resposta for	Pontuação												
1	5,0												
2	4,4												
3	3,4												
4	2,0												
5	1,0												
01													
02	Manterá o mesmo valor												
03	Soma de todos os valores												
04	Soma de todos os valores												
05	Soma de todos os valores												

	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
06	3	3
	4	2
	5	1
	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
07	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo	
10	Considerado o mesmo valor.	

11

Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:

Se a resposta for 1, o valor será (5)

Se a resposta for 2, o valor será (4)

Se a resposta for 3, o valor será (3)

Se a resposta for 4, o valor será (2)

Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fonte: Ciconelli, 1997.

Na segunda fase do cálculo do Raw Scale, termo utilizado devido o valor não representar nenhuma unidade de medida, foi transformado o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), no qual 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. Os domínios são: capacidade funcional, 27 limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Para isso foi aplicado a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na seguinte tabela.

Tabela 2. Fase 2, cálculo do Raw Scale, cálculo dos escores do questionário SF36. São Paulo, 1997.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	30	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Fonte: Ciconelli, 1997.

Resultados e Discussão

Neste estudo foram entrevistados 47 pacientes transplantados, sendo 35 homens e 12 mulheres, com idade entre 23 a 65 anos. Para analisarmos melhor os resultados desta pesquisa dividimos nos seguintes tópicos: Análise geral dos pacientes transplantados, tempo

de transplante nos domínios, tempo de transplante e gênero, tempo de transplante e faixa etária, tempo de transplante e estado civil e tempo de transplante e escolaridade.

Análise geral dos pacientes transplantados

Por meio de uma análise geral, observamos que os pacientes transplantados no Sudeste do estado do Pará tem uma boa percepção de sua qualidade de vida, com escores altos, como podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 3. Visão geral dos domínios da percepção da qualidade de vida dos pacientes transplantados em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Variáveis	Escore
Capacidade funcional	88
Limitação por aspectos físicos	70
Dor	82
Estado geral de saúde	64
Vitalidade	83
Aspectos sociais	87
Limitação por aspectos emocionais	72
Saúde mental	83

Fonte: próprios autores.

Santos *et al.* (2016) e Aguiar *et al.* (2016) afirmam em seus estudos, que a realização do transplante é compreendida pelo paciente como um modo de aumentar a longevidade, reduzindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida. Na tabela abaixo pode-se observar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 4. Perfil sociodemográfico de pacientes transplantados em um hospital no Sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

	Nº	%
Faixa etária		
20 a 30 anos	8	17,02%
30 a 40 anos	15	31,91%
40 a 50 anos	13	27,66%
50 a 60 anos	9	19,15%
60 a 70 anos	2	4,26%
Estado Civil		
Casado/união estável	29	61,70%
Solteiro	18	38,30%

Escolaridade

Ensino fundamental completo	1	2,13%
Ensino fundamental incompleto	19	40,43%
Ensino médio completo	10	21,28%
Ensino médio incompleto	6	12,76%
Ensino superior completo	8	17,02%
Ensino superior incompleto	3	6,38%

Tempo de transplante

Menos que 1 anos	4	8,51%
De 1 a 2 anos	6	12,76%
De 2 a 3 anos	5	10,64%
De 3 a 4 anos	7	14,89%
Acima de 4 anos	25	53,19%

Fonte: próprios autores.

Em relação à faixa etária, tem-se uma boa proporção entre as idades, sendo apenas o grupo entre 60 a 70 anos com somente 2 entrevistados nesta pesquisa. Santos (2006) refere que houve correlação linear e negativa entre as idades e as seguintes dimensões de qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. As dimensões sem correlação com a idade são as limitações por aspectos emocionais e saúde mental. Os aspectos físicos da qualidade de vida são mais afetados com o avançar da idade do que o aspecto mental.

Quanto ao estado civil podemos observar no que a maioria dos pacientes transplantados apresenta-se casados ou em união estável. Relativo à escolaridade podemos observar todos os graus de escolaridade no público entrevistado, exceto analfabetos.

No aspecto tempo de transplante podemos observar que a maioria dos entrevistados tem 4 anos ou mais de transplante, com isto será feito a correlação entre o tempo de transplante e os domínios do questionário SF36.

Tempo de transplante nos domínios

Ao observar o tempo de transplante com os domínios saúde mental, limitações por aspectos emocionais, aspectos sociais, vitalidade e estado geral de saúde podemos constatar que todos apresentam escores altos, demonstrando uma boa percepção da qualidade de vida destes pacientes, conforme a tabela abaixo.

Tabela 5. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Tempo de transplante	Escore
Variáveis	
Saúde mental	

Menos que 1 anos	94
De 1 a 2 anos	79,33
De 2 a 3 anos	86,4
De 3 a 4 anos	83,43
Acima de 4 anos	81,76
Limitações por aspectos emocionais	
Menos que 1 anos	83,25
De 1 a 2 anos	77,83
De 2 a 3 anos	80
De 3 a 4 anos	61,86
Acima de 4 anos	70,64
Aspectos sociais	
Menos que 1 anos	93,75
De 1 a 2 anos	79,17
De 2 a 3 anos	87,6
De 3 a 4 anos	80,29
Acima de 4 anos	89,49
Vitalidade	
Menos que 1 anos	95
De 1 a 2 anos	80,83
De 2 a 3 anos	80
De 3 a 4 anos	82,14
Acima de 4 anos	82,4
Estado geral de saúde	
Menos que 1 anos	73,5
De 1 a 2 anos	67,67
De 2 a 3 anos	55,2
De 3 a 4 anos	66
Acima de 4 anos	62,8
Dor	
Menos que 1 anos	90,25
De 1 a 2 anos	85,17
De 2 a 3 anos	84,4
De 3 a 4 anos	78,43

Acima de 4 anos	81,12
-----------------	-------

Limitação por aspectos físicos

Menos que 1 anos	75
De 1 a 2 anos	50
De 2 a 3 anos	75
De 3 a 4 anos	53,57
Acima de 4 anos	77

Capacidade funcional

Menos que 1 anos	95
De 1 a 2 anos	81,67
De 2 a 3 anos	78
De 3 a 4 anos	88,57
Acima de 4 anos	90,2

Fonte: próprios autores.

Neste estudo evidenciou bons escores em relação as limitações por aspectos emocionais em todos os tempos de transplante de forma geral, pois no pós-transplante renal pode ocorrer a depressão que interfere negativamente na qualidade de vida do indivíduo. Um estudo realizado por Barros e seus colaboradores (2018) avaliou a relação entre os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes transplantados e constatou maiores níveis de ansiedade e depressão no primeiro ano após o transplante. A ansiedade e a depressão podem surgir pelas complicações decorrentes do processo de transplante, pelo uso de imunossuppressores e pelas alterações corporais após o transplante. Se não tratada adequadamente, a depressão pode levar a não adesão ao tratamento pós-transplante e a possibilidade de rejeição do órgão transplantado (BARROS *et al.*, 2018).

Percebem-se bons resultados quanto aos aspectos sociais dos pacientes transplantados em todos os períodos de tempos, demonstrando uma boa percepção da qualidade de vida relacionada à saúde destes pacientes. Para Santos *et al.* (2016), o compromisso de fazer diálise comprometia a vida social dos pacientes, portanto, o transplante possibilita o resgate de atividades de vida diária, como contato com a família, as relações de trabalho e o lazer. Brito *et al.* (2015), relatam em seu estudo que o transplante promove o resgate a sua vida ativa antes da instalação da doença, isto é, o retorno de poder realizar atividades simples, como viagens, passeios e festas, que poderiam voltar a serem realizadas (GOMES, FERREIRA, DO CARMO RODRIGUES, 2021).

Em relação à vitalidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998, p.45), vitalidade ou qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, compreendendo setores de funcionamento, como condições físicas, psicológicas e bem estar, capacidade funcional, interações sociais, condições econômicas ou religiosas (RAVAGNANI, *et al.*, 2007; ROCHA *et al.*, 2020).

Relativo ao estado geral de saúde, podemos observar no estudo de Santos *et al.* (2018) resultados semelhantes, ao evidenciar que as mudanças na vida do indivíduo após o transplante renal ocorreram de forma positiva. Alvares *et al.* (2013) em seu estudo também constataram que os pacientes transplantados renais apresentavam melhor qualidade de vida, além disso, relatam que pacientes transplantados apresentam melhores índices de qualidade de vida do que pacientes com DRC que fazem uso da hemodiálise e da diálise peritoneal.

Observa-se que na escala de quantificação numérica de 0 a 100, a gravidade de suas dores foi quantificada em um score acima de 50 pontos, logo, quase ninguém dos entrevistados sentem dor. Os resultados da pesquisa são compatíveis com o estudo realizado por Carvalho *et al.* (2012), no qual os dados indicaram relevância clínica, pois após o transplante de rim os pacientes apresentaram redução da dor.

Quanto ao tempo de transplante com a limitação por aspectos físicos, observamos que os pacientes com 1 ano a menor que 2 anos de transplante apresentaram um escore de 50 na limitação por aspectos físicos, esta limitação que muitas vezes é encontrada em pacientes em hemodiálise. Os escores da qualidade de vida desses pacientes foram comparados entre homens e mulheres que realizam hemodiálise em uma cidade no interior do Ceará com uma amostra de 107 pacientes, no qual obtiveram resultados levando em consideração a idade avançada, níveis baixos de hemoglobina, insuficiência cardiorrespiratória, diabetes, doenças vasculares periféricas entre outras. Neste contexto insere-se ainda experiências precoce, relacionado à frustrações devido a expectativas não atendidas e a carência no suporte de cunho social, especialmente por parte das mulheres por se sentirem atreladas aos afazeres da casa e cuidado com os filhos o que lhes expõe a uma maior carga de estresse do corpo e da mente (LOPES *et al.*, 2007; DA SILVA *et al.*, 2022).

Enquanto no tempo de transplante com a capacidade funcional percebemos que com o tempo de transplante a capacidade funcional é diminuída, no segundo e terceiro ano e, posteriormente, ela aumenta, como observamos na pesquisa de Silva (2014), que utilizou o teste *Timed Up and Go*, que avalia a combinação de habilidades motoras (força, flexibilidade e coordenação) e sensoriais (visão, propriocepção e função vestibular), no qual o teste baseia-se em levantar de uma cadeira, andar um espaço de três metros, dar a volta, retornar e sentar-se novamente. Este teste foi realizado duas vezes e somente a segunda foi cronometrada para que a capacidade funcional do paciente fosse avaliada. A pesquisadora realizou o teste com 40 pacientes com 3 e 6 meses pós transplante, e concluiu que os pacientes se mostraram melhores após três meses de transplante e que continuaram melhorando após 6 meses em relação ao período pré-operatório.

Costa e Nogueira (2014) observaram em seu estudo que atividades de lazer, influenciam de forma positiva a capacidade funcional, a melhora da dor e o estado geral de saúde dos pacientes transplantados, dessa forma, auxiliando a recuperação e a melhora dos indivíduos.

Tempo de transplante e gênero

Nesta seção observamos que a saúde mental, as limitações por aspectos emocionais e vitalidade apresentaram escores mais baixos no gênero feminino com tempo de transplante entre 1 ano a menor que 2 anos, sendo respectivamente, 48, 33.5 e 50, além destes a limitação por aspectos emocionais também foram apresentadas com escore de 16.5 no tempo de transplante de 3 anos a menor que 4 anos no sexo feminino. A doença renal crônica terminal reduz exponencialmente o desempenho físico e profissional do paciente, o que acaba levando há um impacto negativo sobre sua percepção da própria saúde e afetando seus níveis de vitalidade, o que pode acabar limitando suas interações sociais e causar problemas relacionados a saúde mental (SILVEIRA *et al.*, 2010; DE OLIVEIRA *et al.*, 2020, CAVALCANTE *et al.*, 2021).

Tabela 6. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado ao gênero, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

	Escore masculino	Escore feminino
Saúde mental		
Menos que 1 anos	92	100

De 1 a 2 anos	95	48
De 2 a 3 anos	94,67	74
De 3 a 4 anos	88	72
Acima de 4 anos	84,4	71,2
Limitações e aspectos emocionais		
Menos que 1 anos	77,67	100
De 1 a 2 anos	100	33,5
De 2 a 3 anos	100	50
De 3 a 4 anos	80	16,5
Acima de 4 anos	80	33,2
Aspectos Emocionais		
Menos que 1 anos	91,67	100
De 1 a 2 anos	93,75	50
De 2 a 3 anos	100	69
De 3 a 4 anos	87,6	62
Acima de 4 anos	90	87,4
Vitalidade		
Menos que 1 anos	95	95
De 1 a 2 anos	96,25	50
De 2 a 3 anos	80	80
De 3 a 4 anos	88	67,3
Acima de 4 anos	85,25	71
Estado Geral de Saúde		
Menos que 1 anos	72,33	77
De 1 a 2 anos	76,75	49,5
De 2 a 3 anos	61,33	46
De 3 a 4 anos	71,6	52
Acima de 4 anos	62,05	65,8
Dor		
Menos que 1 anos	87	100
De 1 a 2 anos	100	55,5
De 2 a 3 anos	100	61
De 3 a 4 anos	83,2	66,5
Acima de 4 anos	83,1	73,2
Limitações por Aspectos Físicos		

Menos que 1 anos	66,67	100
De 1 a 2 anos	56,25	37,5
De 2 a 3 anos	91,67	50
De 3 a 4 anos	70	12,5
Acima de 4 anos	82,5	55

Capacidade Funcional

Menos que 1 anos	93,33	100
De 1 a 2 anos	90	65
De 2 a 3 anos	90	60
De 3 a 4 anos	98	65
Acima de 4 anos	93,75	76

Fonte: próprios autores.

Na tabela observa-se que as limitações por aspectos emocionais nos homens obteve um escore alto, porém nas mulheres demonstrou alto apenas no primeiro ano, com escore de 77.67, após isto começou a cair, em um ano a menor que dois anos com escore 33.5, com 2 anos a menor que três anos, um escore de 50, e com 3 anos a menor que 4 anos, escore 16.5 e com 4 anos de transplante ou mais com escore de 33.2.

Em relação ao tempo de transplante relacionado ao gênero observou-se que os aspectos sociais, a vitalidade e o estado geral de saúde dos pacientes apresentaram escores acima de 46. Além disso, podemos observar que os homens apresentam um escore de Dor maior que as mulheres, apenas no primeiro ano de transplante que este dado é ao contrário, significando que a mulher sofre mais com dores do que os homens transplantados.

O estudo de Carvalho *et al.* (2012), evidenciou também a acentuada diferença entre pacientes participantes da pesquisa do sexo masculino e feminino, constatando que, a dimensão de dor apresentou o score de 79,07 para o sexo masculino e 76,50 para o sexo feminino. Logo, as mulheres apresentaram um score de dor menor que o dos homens. Além disso, destacou também a diferença da dor entre o tempo de transplante, e pacientes que realizaram o transplante e até dois anos apresentou uma média de dor de 73,66. E acima de três ou quatro anos de 80,74. Constando uma redução da dor com o passar dos anos (CARVALHO *et al.*, 2012; ROSA *et al.*, 2025).

Ainda podemos observar que a relação entre o tempo de transplante e gênero no domínio limitação por aspectos físicos, denota que no tempo de transplante de um ano a menor que 2 anos, as mulheres apresentaram um escore de 37.5, melhorando para escore de 50 entre dois anos a menor que três anos e reduzindo novamente o escore para 12.5 no terceiro ano de transplante, a menor que quatro anos, melhorando este escore para 55 a partir de quatro anos de transplante, enquanto os homens sempre apresentaram os escores mais elevados. No estudo realizado no município de Teresina, Piauí, com pacientes transplantados as autoras Costa e Nogueira (2014), também obtiveram escore baixo (48,4) para aspectos físicos, sendo assim, é citado pelas mesmas, que essa é a dimensão mais comprometida nestes pacientes.

Em relação ao tempo de transplante e gênero, a capacidade funcional dos pacientes da pesquisa apresentaram escores acima de 60 entre as mulheres e acima de 90 entre os homens.

Tempo de transplante e faixa etária

Em relação ao tempo de transplante e faixa etária observamos que o domínio saúde mental apresentou um escore baixo de 48 apenas na faixa etária entre 20 e 30 anos no tempo

de um ano a menor que dois anos de transplante.

Tabela 7. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado a faixa etária, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Tempo de transplante	Escore por idade				
Variáveis	20-30 anos	30-40 anos	40-50 anos	50-60 anos	60-70 anos
Saúde mental					
Menos que 1 anos	96	-	93,33	-	-
De 1 a 2 anos	56	73,33	100	100	-
De 2 a 3 anos	76	86,67	96	-	-
De 3 a 4 anos	92	73,33	-	100	72
Acima de 4 anos	82,67	79,33	79,11	85,33	96
Limitações por aspectos emocionais					
Menos que 1 anos	100	-	77,67	-	-
De 1 a 2 anos	67	66,67	100	100	-
De 2 a 3 anos	0	100	100	-	-
De 3 a 4 anos	100	11	-	100	100
Acima de 4 anos	55,67	72,17	59,22	88,83	100
Aspectos sociais					
Menos que 1 anos	100	-	91,67	-	-
De 1 a 2 anos	62	71	100	100	-
De 2 a 3 anos	38	100	100	-	-
De 3 a 4 anos	100	54	-	100	100
Acima de 4 anos	58,33	95,83	93	91,67	100
Vitalidade					
Menos que 1 anos	95	-	95	-	-
De 1 a 2 anos	50	78,33	100	100	-
De 2 a 3 anos	80	76,67	90	-	-
De 3 a 4 anos	100	68,33	-	100	70
Acima de 4 anos	71,67	82,5	82,22	85	100
Estado geral de saúde					
Menos que 1 anos	60	-	78	-	-
De 1 a 2 anos	52	69	80	67	-
De 2 a 3 anos	32	58	70	-	-
De 3 a 4 anos	57	62	-	78,5	62
Acima de 4 anos	62,33	66,5	56,89	65,83	77
Dor					

Menos que 1 anos	61	-	100	-	-
De 1 a 2 anos	61	83,33	100	100	-
De 2 a 3 anos	61	87	100	-	-
De 3 a 4 anos	100	68,33	-	86	72
Acima de 4 anos	77,67	79,67	83,33	80,5	84
Limitação por aspectos físicos					
Menos que 1 anos	100	-	66,67	-	-
De 1 a 2 anos	75	41,67	100	0	-
De 2 a 3 anos	0	100	75	-	-
De 3 a 4 anos	0	25	-	100	100
Acima de 4 anos	75	95,83	63,89	75	100
Capacidade funcional					
Menos que 1 anos	90	-	96,67	-	-
De 1 a 2 anos	70	81,67	100	75	-
De 2 a 3 anos	25	98,33	70	-	-
De 3 a 4 anos	100	73,33	-	100	100
Acima de 4 anos	95	92,5	82,78	95	100

Fonte: próprios autores.

Em relação ao domínio das limitações por aspectos emocionais, na faixa etária de 20 a 30 anos percebemos um escore 33.5 no grupo de um ano a menor que dois anos de transplante e escore 0 no grupo de dois anos a menor que três anos de transplante. No terceiro ano de transplante a menor que quatro anos verificamos um escore de 11, na faixa etária de 30 a 40 anos. Nos aspectos sociais foi observado apenas um escore baixo, de 38, no grupo entre 20 a 30 anos, com dois anos a menor que três anos de transplante. Podemos observar escores acima de 50 quanto à vitalidade dos pacientes transplantados em toda faixa etária.

Referente ao estado geral de saúde, observamos na faixa etária de 20 a 30 anos, um escore de 32 no grupo de dois a menor que três anos de transplante e um escore de 49.5 no grupo de um ano a menor que dois anos de transplante. Em relação ao tempo de transplante e faixa etária o domínio Dor apresentou menor escore de 55.5 e maior escore de 100.

Relativo aos aspectos físicos, observamos que com um ano a menor que dois anos de transplante o grupo de 20 a 30 anos apresentaram um escore de 37.5 e escore 0 no grupo de 50 a 60 anos. Enquanto no segundo ano a menor que 3 anos de transplante a faixa etária entre 20 a 30 anos apresentaram um escore de 0. E no grupo de três anos a menor que quatro anos a faixa etária de 40 a 50 anos apresentaram um escore de 25 e grupo de 20 a 30 anos o escore de 0. No quarto ano acima de transplante o menor escore apresentado foi de 71.88, apresentando os demais uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada ao domínio limitações por aspectos físicos.

Assim, de acordo com Kusumoto *et al.* (2008) ao avaliar adultos e idosos em hemodiálise, evidenciou que a qualidade de vida, relacionado ao fator físico, também demonstraram repostas positivas em indivíduos adultos. Enquanto quando avaliados os indivíduos idosos, os aspectos emocionais foram mais relevantes (MARTINS *et al.*, 2024).

Quanto à capacidade funcional, podemos observar que esta capacidade apresenta um escore de 25 em 8 entrevistados de 20 a 30 anos de idade, com isto sabemos que a nutrição desequilibrada após transplante é outro fator evidenciado nesses pacientes, devido a fatores conjugais e condições financeiras que, na maioria das vezes, o aumento de peso devido à

necessidade aumentada do apetite decorrente da terapia imunossupressora, traz consigo futuros sedentários, pois acabam retornando as condições alimentares pregressas que antes não lhe eram permitidas (COSTA *et al.*, 2014; ABRÃO *et al.*, 2024).

Andrade *et al.* (2018), também acredita que um fator significativo para diminuição da capacidade funcional em transplantados renais é uso contínuo de agentes imunossupressores e, além disso, de corticosteroides que são capazes de induzir miopatia, fraqueza muscular, inibição de síntese e aumento do catabolismo proteico, ganho de peso com acúmulo de gordura centripetamente, maior suscetibilidade a infecções, provocando reduzida capacidade funcional (VAZ *et al.*, 2024).

Além disso, a insuficiência renal crônica em diálise pode desenvolver disfunções em diversos sistemas, como muscular, ósseo, cardiovascular, metabólico e respiratório. O sistema muscular é gravemente afetado, existindo inúmeros fatores causais interrelacionados, destacando-se a diminuição da ingestão proteico-calórica, atrofia muscular por desuso e desbalanço proteico muscular que impactam principalmente as fibras musculares tipo II. Essas modificações encontradas nos sistemas podem estar envolvidas de forma direta na capacidade funcional do paciente com insuficiência renal crônica e aparentam não estar totalmente revertidas após o transplante renal (FERRAZ *et al.*, 2017; DE SOUZA JUNIOR *et al.*, 2022).

Tempo de transplante e estado civil

Em relação ao tempo de transplante e o estado civil, teve apenas um escore abaixo de 50, sendo de 31,25 no domínio limitação por aspectos físicos nos pacientes casados ou em união estável em um ano a menor que dois anos de transplante, o restante todos apresentaram escores acima de 50, como podemos observar na TABELA 8.

Tabela 8. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado ao estado civil, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Variáveis	Casados/união estável	Solteiros
Saúde mental		
Menos que 1 anos	94	-
De 1 a 2 anos	78	80
De 2 a 3 anos	90	72
De 3 a 4 anos	91,6	88
Acima de 4 anos	77,33	85,85
Limitações e aspectos emocionais		
Menos que 1 anos	83,25	-
De 1 a 2 anos	75	83,5
De 2 a 3 anos	75	100
De 3 a 4 anos	66,6	50
Acima de 4 anos	72,17	69,23
Aspectos Emocionais		
Menos que 1 anos	93,75	-

De 1 a 2 anos	78,25	81
De 2 a 3 anos	84,5	100
De 3 a 4 anos	80	81
Acima de 4 anos	90,58	88,46
Vitalidade		
Menos que 1 anos	95	-
De 1 a 2 anos	83,75	75
De 2 a 3 anos	80	80
De 3 a 4 anos	82	82,5
Acima de 4 anos	77,5	86,92
Estado Geral de Saúde		
Menos que 1 anos	73,5	-
De 1 a 2 anos	68,5	66
De 2 a 3 anos	54	60
De 3 a 4 anos	63,6	72
Acima de 4 anos	61,75	63,77
Dor		
Menos que 1 anos	90,25	-
De 1 a 2 anos	87,5	80,5
De 2 a 3 anos	90,25	61
De 3 a 4 anos	91	72
Acima de 4 anos	78,67	83,38
Limitações por Aspectos Físicos		
Menos que 1 anos	75	-
De 1 a 2 anos	31,25	87,5
De 2 a 3 anos	68,75	100
De 3 a 4 anos	55	50
Acima de 4 anos	75	78,55
Capacidade Funcional		
Menos que 1 anos	95	-
De 1 a 2 anos	80	85
De 2 a 3 anos	73,75	95
De 3 a 4 anos	91	82,5
Acima de 4 anos	86,67	93,46

Fonte: próprios autores.

Costa e Nogueira (2014) relatam que o enfrentamento da doença é feito a partir da visão de qualidade de vida que cada indivíduo possui a atividade laboral praticada pelos pacientes, influência diretamente nos aspectos físicos que ele irá apresentar.

A limitação por aspectos físicos chega a impedir a execução de tarefas rotineiras e afeta até mesmo os cuidados pessoais e domésticos, ocasionando a dependência de terceiros para a execução de afazeres simples (BRITO et al, 2015). Percebe-se que no tempo de transplante de 1 ano a menor que 2 anos os pacientes casados ou em união estável apresentaram uma piora no escore (31.25) de qualidade de vida no domínio limitação por aspectos físicos.

Tempo de transplante e escolaridade

Ao relacionar o tempo de transplante com a escolaridade, ou seja, o grau de instrução dos pacientes entrevistados, percebe-se que a maioria dos escores se deram alto no domínio saúde mental, aspectos sociais, vitalidade, estado geral de saúde, dor e capacidade funcional, como podemos observar na tabela a seguir:

Tabela 9. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado a escolaridade, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Tempo de transplante		Escore por nível de escolaridade				
Variáveis	Ensino fundamental completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto	Ensino superior completo	Ensino superior incompleto
Saúde mental						
Menos que 1 anos	-	90	-	96	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	72	-	66	-
De 2 a 3 anos	-	96	84	-	84	-
De 3 a 4 anos	-	92	72	92	72	-
Acima de 4 anos	88	77,82	85,6	87	88	78,67
Limitações por aspectos emocionais						
Menos que 1 anos		66,5	-	100	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	83,5	-	50	-
De 2 a 3 anos	-	100	100	-	50	-
De 3 a 4 anos	-	66,67	100	100	16,5	-
Acima de 4 anos	100	72,73	86,6	66,5	0	55,67
Aspectos sociais						
Menos que 1 anos	-	87,5	-	100	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	81	-	56,5	-
De 2 a 3 anos	-	100	100	-	69	-
De 3 a 4 anos	-	79,33	100	100	62	-
Acima de 4 anos	100	92	90	100	100	58,33
Vitalidade						
Menos que 1 anos	-	95	-	95	95	-
De 1 a 2 anos	-	100	67,5	-	75	-
De 2 a 3 anos	-	90	65	-	90	-
De 3 a 4 anos	-	90	70	100	67,5	-
Acima de 4 anos	90	82,27	83	83,75	90	75
Estado geral de saúde						
Menos que 1 anos	-	78,5	-	60	77	-
De 1 a 2 anos	-	73,5	66	-	63,5	-
De 2 a 3 anos	-	70	51	-	52	-
De 3 a 4 anos	-	79,67	62	57	52	-
Acima de 4 anos	80	60,27	56,2	73	70	61,33
Dor						

Menos que 1 anos	-	100	-	61	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	80,5	-	75	-
De 2 a 3 anos	-	100	80,5	-	80,5	-
De 3 a 4 anos	-	81,33	72	100	66,5	-
Acima de 4 anos	100	84,36	81	79,25	61	72,33
Limitação por aspectos físicos						
Menos que 1 anos	-	50	-	100	100	-
De 1 a 2 anos	-	50	87,5	-	12,5	-
De 2 a 3 anos	-	75	100	-	50	-
De 3 a 4 anos	-	83,33	100	0	12,5	-
Acima de 4 anos	100	79,55	80	75	25	75
Capacidade funcional						
Menos que 1 anos	-	95	-	90	100	-
De 1 a 2 anos	-	87,5	80	-	77,5	-
De 2 a 3 anos	-	70	97,5	-	62,5	-
De 3 a 4 anos	-	96,67	100	100	65	-
Acima de 4 anos	90	86,36	93	93,75	90	95

Fonte: próprios autores.

Para a compreensão de pacientes transplantados ou em pré-transplante renal, no estudo de Barros *et al.* (2018), mostra que a vitalidade e a capacidade funcional desses pacientes, tiveram destaque, apresentando assim, maiores escores de vitalidade após o transplante renal.

Enquanto isso, em relação às limitações por aspectos emocionais evidenciamos que transplante os pacientes com Ensino Superior completo no período de três anos a menor que quatro anos de transplante apresentaram um escore de 16.5 e os pacientes acima de quatro anos de transplante com escore 0.

Percebe-se que na limitação por aspectos físicos os pacientes com ensino superior completo com escore de 12.5 no primeiro ano a menor que dois anos de transplante, escore de 12.5 em três anos a menor que quatro anos de transplante e escore de 25 acima de quatro anos de transplante. Os pacientes com Ensino Médio incompleto apresentaram escore 0 no tempo de três anos a menor que quatro anos de transplante, os demais pacientes que participaram da pesquisa apresentaram escores superiores.

Por fim, é valido destacar que a qualidade de vida mediante a melhor saúde física, reflete em ganhos no aspecto físico e mental havendo também a melhora na sensação de dor (COSTA; NOGUEIRA, 2014). Além disso, o transplante, embora proporcione uma melhor qualidade de vida ao libertar o paciente da máquina de hemodiálise, faz o adotar um estilo de vida diferente do que ele costumava levar, principalmente em relação à alimentação, higiene, medicação e cuidados com a saúde (LIRA; LOPES, 2010), por isto é importante a atuação da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar para que todos estes aspectos possam ser trabalhados constantemente.

Considerações Finais

A identificação da percepção da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante renal é de suma importância para o país, visto que a doença renal crônica vem crescendo cada vez mais entre a população e na perspectiva da melhora por meio do transplante, a pesquisa de Ferraz *et al.* (2017), mostra dados nos quais o Brasil se apresenta como maior país do mundo em números totais de transplantes renais, apresentando também um dos maiores programas de transplantes públicos no mundo, através do Sistema Único de Saúde.

Ao estudarmos a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados no Sudeste do Pará, foi possível identificar os aspectos sociodemográficos destes usuários, observando-se que a percepção da qualidade de vida em relação ao tempo de transplante apresentaram os escores mais altos, concluindo que estes domínios não foram afetados pelo alto índice de queixas relacionadas a sintomatologia que surgem no pós transplante devido a imunossupressão e aos benefícios e outras questões sociais que impossibilitam a melhora da renda no ambulatório de transplante. Foi possível perceber que mesmo com as condições de difícil logística, poucos recursos e poucas atrações culturais na região, isto não acarreta na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde destes pacientes.

A habilitação de uma equipe multiprofissional possibilita uma interação de forma interdisciplinar, no qual todos os profissionais da equipe possam trabalhar da mesma forma com objetivo em comum, isto é interessante até mesmo ser incluído nos currículos de graduação em cursos da área da saúde e especializações em nefrologia, pois este tema reflete na vida dos doentes renais crônicos, trazendo uma nova perspectiva de vida e reinserção destes indivíduos na sociedade, visto que antes eram mais presos nas sessões de hemodiálise e por ser uma população tão crescente poderá se tornar um problema para saúde pública.

Com esta pesquisa, sugere-se que sejam analisadas as percepções e expectativas dos pacientes no período pré e pós-transplante e correlacionar com a percepção da qualidade de vida destes pacientes, para assim elaborar uma cartilha no período pré-transplante para que a equipe multiprofissional trabalhe os domínios que possam vir a ser afetados posteriormente, preservando assim a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes

Referências

ABRAO, Ruhena Kelber et al. Lazer na vida dos enfermeiros: Impactos no equilíbrio entre trabalho e bem-estar. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 12, p. e11292-e11292, 2024.

AGUIAR, M. I. F. de (*et. al.*). Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e a influência dos fatores sócio-demográficos. **RevEsc Enferm USP**, v. 50, n.3, p.411-418, 2016.

ALVARES, J. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, v.18, n.7, p.1903-1910, 2013.

ANDRADE, C. C. A., *et al.* Comportamento da variabilidade da frequência cardíaca e da capacidade funcional de acordo com o tempo de transplante renal. **ConScientiae Saúde**, v. 17, n.4, p. 386-394, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes 2016: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016)**. Ano XXII, Nº4, São Paulo-SP, 2016. Disponível em: . Acesso em 21 de julho de 2018.

BARBOSA, Kauanna Kelly et al. Metodologias ativas na aprendizagem significativa de enfermagem. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 44, p. 100-109, 2021.

BARROS, P. M.R. *et al.* Depressão e Qualidade de Vida em pacientes no Pré e Pós Transplante Renal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n.1, p. 203-15, jan., 2018.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 11, de 13 de Março de 2014. **Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências**. Disponível em: Acesso em: 28 de março de 2018.

BRITO, D. C. S. de *et. al.*. Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.3, p.419-26, maio-jun. 2015.

CARVALHO, M. T. V. *et al.* Qualidade de vida dos pacientes transplantados renais do Hospital do Rim. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 8, n. S2, p. 49-57, 2012.

CAVALCANTE, Larissa Gonçalves et al. Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e49510211896-e49510211896, 2021.

COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Associação entre trabalho, renda e qualidade de vida de receptores de transplante renal no município de Teresina, PI, Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 3, p. 332-338, 2014.

DA SILVA, Valminda Flauzino et al. A percepção do enfermeiro na humanização do cuidado paliativo em pacientes crônicos. **Revista Concilium**, v. 22, n. 4, 2022.

DE OLIVEIRA, Laryssa Leite Santos et al. Atuação do enfermeiro na assistência a mulher com câncer de ovário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e43996962-e43996962, 2020.

DE SOUZA JÚNIOR, Wandikler Lopes; CARDOSO, Fernando Mendonça; KELBER ABRÃO, Ruhena. INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA RESPIRATÓRIA. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 14, n. 3, 2022.

FERRAZ, F. H. R. P. *et. al.* Diferenças e desigualdades no acesso a terapia renal substitutiva nos países do BRICS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.7, p. 2175-2185, 2017.

FINGER, G *et al.* Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n.4, p. 333-338, dez, 2011.

GONÇALVES, F. N. *et al.* **A importância da qualidade de vida no trabalho e sua influência nas relações humanas**. 2 ed. Rev. SIPE, Goiânia, v. 2, p. 2-15, 2013. Disponível em: . Acesso em: 18 de Julho de 2020.

KUSUMOTO L. MARQUES, S. HAAS, V. J. RODRIGUES, R. A. P. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 21, (Número Especial) p. 152-9, 2008.

LIRA, A. L. B. DE C.; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 108-114, 2010.

LOPES, G. B., *et al.* Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rev Assoc Med Bras**, Salvador, v. 53, n. 6, p. 506-9, 2007.

MARTINS, Ana Valentina et al. O PROCESSO DE CUIDADO À PESSOA COM DIAGNÓSTICO DO ESPECTRO AUTISTA NO ÂMBITO DA SAÚDE. **ARACÊ**, v. 6, n. 4, p. 14220-14232, 2024.

NASCIMENTO-FERREIRA, Marcus Vinicius et al. 24 h movement behavior and metabolic syndrome study protocol: A prospective cohort study on lifestyle and risk of developing metabolic syndrome in undergraduate students from low-income regions during a pandemic. *Frontiers in Epidemiology*, v. 2, p. 1010832, 2022.

OLIVEIRA, Rodrigo Monteiro; SANTANA, Tatiana Peres; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. A aplicação dos princípios da Bioética no Ensino Superior. **Revista eletrônica pesquiseduca**, v. 13, n. 30, p. 619-632, 2021.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. POTTER E PERRY: **Fundamentos de Enfermagem**. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

RAVAGNANI, L.M.B.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de psicologia**, v.12, n.2, 177-184, 2007.

REIS, H.; CRISPO, X.; CURELL, N.; CURELL, J. **Atlas de Anatomia Humana**. Editora Japy livros. Ed. 2009. Campinas - SP, 2019.

ROCHA, Cariny Cordeiro et al. Abordagens sobre sífilis congênita. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, p. e984986820-e984986820, 2020.

ROMÃO Jr., J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro Nefrologia**. Vol. 26, nº 3, Supl. 1. Agosto, 2004. Disponível em: Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

ROSA, Ana Clara Arrais et al. Validity of Perceived Stress Scale in Brazilian low-income college students. **Revista de Saúde Pública**, v. 59, p. e4, 2025.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, B. P. dos *et al.* Foi/não foi tudo o que pensava: facilidades e dificuldades após o transplante renal. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, set. 2016.

SANTOS, L. F. *et al.* Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico-USF**, v. 23, n. 1, p. 163-172, 2018.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev Assoc Med Bras**. Ceará. v. 52, n. 5, p. 356-359, 2006.

SILVA, A. S., *et al.* **Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.64, n.5, p. 839-44, set-out, 2011.

SILVA, A.P.P. da. **Impacto do transplante renal e do esquema imunossupressor na força muscular, capacidade funcional e qualidade de vida-Estudo longitudinal**. Dissertação (Programa de Mestrado em Fisioterapia). Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

SILVEIRA, C. B.; PANTOJA, I. K. O. R.; SILVA, A. R. M.; AZEVEDO, R. N. de; SÁ, N. B. de; TURIEL, M. G. P.; NUNES, M. B. G. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **J Bras Nefrol.** v.32, n. 1, p. 39-44, 2010.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

VAZ, Fabio Pereira; ABRÃO, Ruhena Kelber; PEREIRA, Thiago Nilton Alves; LIMA, Luan Pereira; VIANA, Sandra Franklin Rocha; ALCÂNTARA, Caio Vinícius Freitas de; FERNANDES, Leandro Costa. MAPEAMENTO DAS LICENÇAS MÉDICAS DOS PROFISSIONAIS DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DO ESTADO DO TOCANTINS. **DESAFIOS**, [S. l.], v. 11, n. 6, 2024. DOI: 10.20873/2024_DEZ_20875 . Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/20875>. Acesso em: 19 abr. 2025.

VIEIRA, K. F. L.; REIS, I. D.; MORAIS SEGUNDO, J. B.; FERNANDES, M. E.; MACDONALD, T. T. V. Representações Sociais da Qualidade de Vida na Velhice. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012.

Recebido em 19 de abril de 2025.
Aceito em 16 de setembro de 2025.