






Artigo original

Motivações de pacientes renais crônicos para recusa ao transplante

Motivations of Chronic Kidney Patients for Refusal to transplant

Anielle Oliveira da Silva^{1*}, Isabela de Sousa Vargas¹,
Jéssica Moreira Fernandes¹, Giselle Clemente Sailer¹,
Vivian Aline Preto¹


RESUMO

Objetivos: A insuficiência renal crônica é caracterizada pela perda gradual ou total da função renal e muitas vezes resulta na necessidade de terapias renais substitutivas e no transplante de rim. Diante da possibilidade de um transplante, alguns pacientes se recusam e preferem manter o tratamento conservador. Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento sobre quais são os motivos que levam um paciente renal crônico a recusar um possível transplante. **Métodos:** A pesquisa de natureza qualitativo-descritiva e exploratória desenvolveu-se por meio de um questionário estruturado aplicado a 15 pacientes que relataram recusa ao transplante renal. **Resultados:** Os resultados revelaram que alguns pacientes recusam o transplante por estarem adaptados e satisfeitos com o tratamento de diálise renal, por medo de complicações e de óbito pós-transplante, e até mesmo por influência da religião e experiências negativas. **Considerações finais:** A principal contribuição deste estudo é permitir a compreensão dos motivos que geram a recusa de alguns pacientes ao transplante renal, colaborando assim com projetos e estudos futuros sobre o tema.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica; Transplante de rim; Diálise renal

ABSTRACT

Objective: Chronic renal failure is characterized by the gradual or complete loss of renal function and often results in the need for renal replacement therapies and kidney transplantation. Faced with the possibility of a transplant, some patients refuse and prefer to maintain conservative treatment. This study aims to conduct a survey on what are the reasons that lead a chronic kidney patient to refuse a possible transplant. **Methods:** The qualitative-descriptive and exploratory research was developed through a structured questionnaire applied to 15 patients who reported refusal to

¹ Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium , Araçatuba, SP, Brasil

***Autor correspondente:**

Anielle Oliveira da Silva
Formada em Enfermagem
anielle1972@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Rua prof. João evangelista da Costa nº: 750
Bairro: Planalto Cidade: Araçatuba Estado:
SP CEP: 16075055

Como citar esse artigo:

Silva AO, Vargas IS, Fernandes JM, Sailer GC, Preto VA. Motivações de pacientes renais crônicos para recusa ao transplante. Revista Saúde (Sta. Maria). [Internet] 2025; 51, e64629. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/64629>. DOI: <https://doi.org/10.5902/22365834664629>. Acesso em XX/XX/XXXX

undergo kidney transplantation. **Results:** The results revealed that some patients refuse the transplant because they are adapted and satisfied with the renal dialysis treatment, for fear of complications and post-transplant death, and even because of the influence of religion and negative experiences. **Final Considerations:** The main contribution of this study is to allow the understanding of the reasons that generate the refusal of some patients for kidney transplantation, thus collaborating with projects and future studies on the subject.

Keywords: Chronic kidney failure; Kidney transplantation; Renal dialysis

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC), classificada também como DCNT (doença crônica não transmissível), é uma doença que leva à perda gradual e irreversível da função renal, levando o portador a recorrer a terapias ou ao transplante renal.¹

De acordo com o agravamento do quadro, podem ser necessárias Terapias Renais Substitutivas (TRS) que são utilizadas quando se perdem completamente as funções renais.¹

A Terapia Renal Substitutiva aos pacientes com IRC são: hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP) que se dividem em ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal cíclica e intermitente. E por fim, como tratamento também pode ser indicado o transplante (TP). A terapia indicada é determinada de acordo com a equipe multidisciplinar, paciente e seus familiares.^{2,3}

Nesse contexto, os pacientes que necessitam de hemodiálise realizam o tratamento através de uma máquina conhecida como “rim artificial”, tratamento que acontece pelo menos em três sessões semanais, com duração de quatro horas aproximadamente, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. O consumo de líquido e alimentos deve ser controlado, além do cuidado com o uso de medicamentos e ganho de peso. Mesmo com os avanços no acompanhamento de um paciente portador de IRC, durante as sessões, eles estão propícios a apresentarem efeitos colaterais inerentes à terapia, sendo eles: hipotensão, câimbras, calafrios, náuseas, vômito, cefaleia, dor torácica, prurido, febre, entre outros.^{1,2}

A hemodiálise como uma modalidade de TRS é um procedimento que interfere claramente na qualidade de vida do indivíduo, por trazer limitações e alterar a vida social do mesmo, uma vez sua rotina é alterada, não permitindo que circule livremente no momento em que desejar ou realize passeios e viagens, pois a terapia requer disponibilidade de tempo, além das restrições alimentares, mobilizando o cliente e seus familiares. Outro fator se refere ao ambiente hospitalar aliado ao esgotamento do tratamento, a vulnerabilidade, sentimentos de fragilidade, debilidade, incerteza e aflição por transferir perdas físicas, psíquicas e morais.^{2,4,5,6}



Na última década, as vagas destinadas a pacientes com IRC em clínicas cresceram exponencialmente, mas ainda assim muitos aguardam o início do tratamento, pelo aumento gradativo do número de portadores da doença. Estima-se aumento de 40.000 pacientes por ano.^{5,6}

Vale salientar que são milhões de pessoas no mundo com doenças renais, dentre essas, no Brasil, 22.616 pacientes adultos e 316 crianças estavam ativos em lista de espera para transplante no primeiro trimestre de 2019.⁷

Para muitos, o transplante é uma alternativa para libertá-los das máquinas e promover melhorias na qualidade de vida, gerando mais autonomia. O transplante renal é um procedimento cirúrgico, no qual acontece a implantação de um novo rim com a finalidade de suprir as funções renais perdidas, sendo a melhor forma terapêutica, por gerar menor custo ao sistema de saúde, além de devolver independência ao paciente.³

Os clientes que não possuem contraindicação podem receber (esse novo órgão ou o enxerto) de um familiar vivo, parentes vivos não relacionados, como amigo, esposo e cunhado, até quarto grau de parentesco. Nos casos em que não existe um doador familiar, a lista de transplante é uma das opções disponíveis para receber o órgão ou enxerto de doadores falecidos. Estudos apontam que o número de doadores vivos é cinco vezes menor em relação aos doadores falecidos.^{8,9} No Brasil, no primeiro trimestre de 2019, ocorreram 1.448 transplantes renais no total, sendo 256 de doadores vivos e 1.192 de falecidos, segundo estatísticas.⁷

Sob tal ambulação, o transplante renal pode ser visto por alguns pacientes como um passaporte para a liberdade por livrá-los da hemodiálise e promover melhor qualidade de vida influenciando de forma positiva em seu bem-estar geral, gerando sensações de autonomia, possibilidade de ingestão de água e melhora no desempenho das atividades diárias.¹⁰

Por outro lado, o transplante renal pode causar complicações no transplantado, como disfunção sexual, alterações no organismo por conta do excesso de medicamentos que devem ser ingeridos, alteração na aparência física, como cicatrizes operatórias, manutenção do tratamento com dependência de medicações (imunossupressores), restrições alimentares, limitações físicas e por fim, uma recuperação de um pós-cirúrgico com riscos.¹⁰ Embora o ato de transplantar seja visto como uma boa opção quando referido a IRC, muitos pacientes recusam-se a entrar na lista de espera para um possível transplante.¹¹

Assim, o objetivo deste estudo é compreender os motivos pelos quais um paciente renal crônico se recusa ao transplante.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativo-descritivo e exploratória, que permite realizar uma investigação, reunindo informações e ampliando conhecimentos sobre o assunto pré-estabelecido.¹²

A pesquisa com enfoque qualitativo visa alcançar a compreensão de forma mais aprofundada da situação, permitindo interagir, exhibir anseios, sentimentos, motivações e percepções, podendo ser utilizada para levantamento de dados.¹³

O estudo foi realizado no Hospital do Rim da Santa Casa, localizado em Araçatuba, interior de São Paulo (SP), Brasil. O serviço de hemodiálise nesse local foi inaugurado em 28 de junho de 2014 e atualmente tem estrutura para atender cerca de 360 pacientes.

No total, 288 pacientes renais crônicos recebem atendimento mensalmente na unidade, sendo 3.600 sessões de hemodiálise por mês que se dividem em 96,5% pelo SUS e 3,5% conveniados. O local possui 48 máquinas para realizar o procedimento e funcionam em três turnos de quatro horas, com início às 05h30min e término às 21h00h de segunda a sábado.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras devidamente treinadas para tal e ocorreu de forma individual, tendo início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 4.055.873, atendendo aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12, assim como a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes receberam esclarecimentos quanto ao objetivo, procedimentos da pesquisa, seus direitos de voluntariedade, sigilo quanto às informações coletadas e assinatura do TCLE, que foi disponibilizado em duas vias, de igual teor, ficando uma com o participante e outra com as pesquisadoras. Após o esclarecimento das dúvidas sobre o estudo, houve início do preenchimento dos instrumentos. O tempo total da participação foi, em média, 20 minutos.

Foram incluídos pacientes tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, com idade entre 18 e 65 anos, que apresentaram condições clínicas para serem entrevistados durante as sessões de hemodiálise e que poderiam realizar um possível transplante, mas já haviam explicitado recusa verbal. Excluídos pacientes com idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos, os que estavam em condições clínicas desfavoráveis no momento da coleta, os que se recusaram a responder o questionário e aqueles não eletivos para um possível transplante renal.

O hospital do rim atende cerca de 288 pacientes, dentre eles, 62 estavam inscritos e aguardando na fila de transplante, 33 pacientes estavam realizando exames para entrar na

fila de transplante, 15 pacientes não eram indicados para fazer um possível transplante de acordo com avaliação médica, 113 aguardavam parecer médico e 65 recusaram-se a entrar na fila ou fazer um futuro transplante.

Dentre os pacientes que se recusaram a aceitar um possível transplante, de acordo com a população e amostra deste estudo, 35 pacientes foram excluídos por conta da idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos. Um total de 15 recusaram-se a realização de um possível transplante e não apresentaram condições clínicas favoráveis para o procedimento e outros 15 apresentaram condições clínicas favoráveis, porém se recusaram a realizar o procedimento cirúrgico. Sendo assim, foi realizada uma pesquisa qualitativa com os 15 pacientes que estavam de acordo com os critérios de inclusão, ou seja, aqueles que recusaram um futuro transplante e que apresentaram condições clínicas favoráveis para o procedimento.

A coleta de dados foi realizada por um questionário sociodemográfico impresso, no qual foi realizado um levantamento com perguntas como, idade, sexo, procedência, religião, profissão e tempo em que realiza hemodiálise.

Após estes questionamentos lançamos uma pergunta: “Você aceitaria realizar um transplante renal futuramente?”.

Se confirmado “Não” como resposta, seguiu uma questão que foi áudio-gravada: “Quais as situações que o leva a negar um possível transplante futuro?”. Ressaltando que a coleta de dados realizada durante as sessões de hemodiálise, foi previamente autorizada pela equipe do hospital responsável pela hemodiálise. As fitas com as gravações, assim como os termos de consentimentos assinados, ficarão guardados por um período de cinco anos a disposição dos interessados.

Sabe-se que essa pesquisa poderia gerar algum tipo de desconforto, ou seja, o participante poderia se sentir deprimido ou triste pelas questões relacionadas ao seu problema renal crônico. Para a segurança dos mesmos, e caso houvesse necessidade, os participantes tiveram a sua disposição uma equipe formada por psicólogo, enfermeiro e equipe médica da hemodiálise, os quais estavam de acordo com esse estudo, no decorrer da entrevista realizada.

A análise e interpretação dos dados colhidos foram divididas em três etapas, segundo a técnica de Bardin¹⁴. São elas: 1) A pré-análise, onde houve a organização dos dados; 2) A exploração do material, no qual foi realizada uma análise dos dados e respostas que cooperaram para especificar o tema; e, por fim, 3) O tratamento dos resultados e interpretação, com a discussão dos resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 3 mulheres e 12 homens, que apresentaram média de 52,4 anos de idade e tendo como o tempo de terapia renal substitutiva média de 60 meses de hemodiálise.

Após extensa e repetidas audições das gravações com transcrições, foi possível realizar análise de informações e dividir os resultados e discussões em categorias, facilitando, desta forma, uma maior compreensão do conteúdo. As categorias encontradas foram: Adaptação e satisfação com o tratamento atual, medo relacionado a complicações no pós-transplante, medo relacionado ao óbito pós-transplante e Influência da religião e experiências negativas.

Categoria 1- Adaptação e satisfação com o tratamento atual

Na análise das respostas, notou-se que alguns pacientes se adaptaram ao tratamento ao qual são submetidos atualmente e estão satisfeitos com o resultado, sendo este um motivo para a recusa.

“Acho que no momento não tá tendo necessidade [...] porque o tratamento meu tá indo muito bem”. (P1)

“Me sinto bem fazendo hemodiálise”. (P9)

“Eu pelo menos fazendo hemodiálise eu posso ir onde eu quero [...] o que faz hemodiálise viaja, vai para onde quer, tem que controlar as coisas pra fazer [...] quem está fazendo hemodiálise vive bem, não tem problema [...]”. (P14)

Apesar do choque que surge no momento da adesão ao tratamento, há pacientes que desenvolvem uma capacidade positiva de enfrentar a situação a qual se encontram com a ajuda da equipe multidisciplinar presente na unidade de tratamento, o que faz com que o paciente desenvolva uma melhora dos parâmetros clínicos, controle do seu tratamento e uma melhor aceitação do processo. Assim muitos indivíduos deixam de lado a visão de tortura e passam a ver a hemodiálise como salvadora.^{15,16} Acredita-se que esses pacientes possivelmente estão adaptados ao tratamento e a equipe.

Estudos apontam que a equipe multidisciplinar tem função fundamental para o tratamento, especialmente a equipe de enfermagem que passa a maior parte do tempo com os pacientes. Desta forma, desenvolve-se uma relação de confiança, reduzindo a tensão



durante as sessões, fazendo com que os pacientes se sintam à vontade para o diálogo, exposição de ideias e de medos, possibilitando a formação de vínculo entre profissional e paciente. Desse modo, ocorre uma maior satisfação com o atendimento, ajudando no equilíbrio emocional e promovendo uma boa adesão ao tratamento.^{17,18}

Constata-se que com a adaptação ao tratamento, muitos pacientes voltam a desenvolver atividades semelhantes às que desenvolviam antes do tratamento, incluindo atividades sociais e de lazer.¹⁶ Pacientes que conseguem manter uma rotina de atividades satisfatórias e que se adaptam ao tratamento atual, possivelmente podem estar influenciados a não desejarem o transplante por serem inseridos em uma rotina desconhecida. Sendo assim, o vínculo com a equipe e a possibilidade de uma rotina segura pode significar estabilidade ao paciente e influenciar no desejo de ter que encarar as mudanças pós-transplantes.

Categoria 2 - Medos relacionados às complicações no pós-transplante

É perceptível que alguns pacientes expressam sentimentos de medo quando se trata de um possível transplante, devido a complicações no processo cirúrgico e pós-cirúrgico, sendo também um dos motivos apontados.

Observa-se abaixo a opinião dos pacientes que rejeitam um possível transplante e se referem ao medo.

“Eu acho muito difícil, por causa da rejeição, depois dá um monte de problema”. (P3)

“[...]Tenho muito medo de cirurgia”. (P5)

“Tenho medo também, acho que é muito sofrimento, não vale a pena”. (P6)

“Tenho medo de rejeição, alguma coisa assim”. (P8)

“Medo de rejeição”. (P12)

Alguns autores apontam que alguns pacientes desenvolvem receio e preocupação, destacando o medo relacionado às mudanças na rotina pós-transplante, medo relacionado à cirurgia, medo por acompanharem casos de colegas que não obtiveram sucesso, erros ou negligência médica e insucesso do transplante. Soma-se a isso, o medo do desconhecido, por esse procedimento mudar a vida desses sujeitos.^{19,20}

Quando se trata de um paciente transplantado, existem indivíduos que evoluem com sucesso, já outros apresentam complicações que influenciam na morbidade e mortalidade após o transplante. São vários os tipos de complicações que os pacientes podem desenvolver neste período de transição durante o transplante e o pós-transplante, dentre eles destaca-se os mais comuns: disfunção inicial do enxerto, rejeições, infecções virais, fúngicas e bacterianas, complicações cardiovasculares e as metabólicas.^{21,22}

Os pacientes são esclarecidos eticamente, portanto conhecem os riscos que o transplante oferece e os cuidados contínuos essenciais para conservação do enxerto, como, por exemplo, o uso contínuo de imunossuppressores, para evitar possíveis complicações e rejeições, que podem interferir em suas vidas. Isso pode influenciar na decisão de não aceitarem o transplante¹¹.

Frequentemente é utilizado imunossuppressores em pacientes pós-transplantados ou quando há rejeição, o que ajuda a impedir reações imunológicas que podem acontecer com o órgão transplantado. Esses fármacos suspendem as respostas imunológicas, deixando o indivíduo mais vulnerável para infecções causadas por vírus, fungos e bactérias. Assim as infecções tornam-se as principais causas de óbitos pós-transplante.²²

A vulnerabilidade pós-procedimento, principalmente no primeiro ano pós-cirúrgico, aumenta o risco da rejeição do novo enxerto, fazendo com que o paciente reviva o início do tratamento da hemodiálise.¹¹

Mediante o contexto apresentado, o transplante se torna incerto e inseguro, fazendo com que o paciente, em alguns casos, opte pelo tratamento dialítico, onde a máquina representa proteção e segurança à vida desses pacientes.²³ Acredita-se que estando vinculado à equipe e adaptado à rotina, o paciente se sinta mais seguro, sendo assim, os sentimentos de medo podem dificultar a aceitação do transplante.

Desta forma, as causas da recusa a um possível transplante podem relacionar-se ao fato de os pacientes estarem informados sobre as possíveis complicações do transplante, o que promove maior autonomia para decisão, e associado a isso, o vínculo e adaptação ao tratamento atual.

Categoria 3 - Medos relacionados ao óbito em decorrência do pós-transplante

O medo também é apontado como um motivo, não só relacionado ao tratamento, mas também no pós-transplante, conforme identificado na fala dos pacientes abaixo.



"[...] perdeu o transplante e outro que perdeu a vida e um que eu conheço, é o único que viveu uns três anos [...]". (P5)

"Medo de rejeição e morrer". (P12)

"[...] teve muita gente fazendo e morreu; muitos colegas aí [...]". (P13)

"[...] o transplantado é arriscado mais morrer do que quem faz hemodiálise [...]conheço tanta gente que fez transplante num dia e no outro dia morreu [...]é arriscado morrer [...]". (P14)

Estudos apontam que o transplante está diretamente relacionado com sentimento de medo, onde os pacientes relacionam o mesmo ao risco de morte. Tais sentimentos podem influenciar na recusa do paciente em relação a um possível transplante. Devido ao tempo de tratamento ser ilimitado e constante, cria-se uma afinidade entre os pacientes. O medo da morte aumenta quando o paciente vivencia experiências negativas de seus companheiros de tratamento.^{11,23} Grande parte dos entrevistados relata que perderam amigos, pessoas que realizaram o transplante ou no pós-transplante.

Categoria 4 – Influência da religião e experiências negativas

Apesar de presente na fala de poucos pacientes, chamou a atenção o apontamento da religião, a não aceitação de órgãos de estranhos e experiências negativas com transplante anterior como causas da recusa ao transplante.

Um paciente que realizou o transplante anteriormente destaca que:

"Eu não gostei do processo como foi feito [...] eu passei um dos piores momentos da minha vida lá [...] e quando eu reclamava, falava que não estava se sentido bem o pessoal lá pegava e falava que eu estava com manha, que não era nada não. Tanto que desmaiei, fui parar na UTI, quase que perdi a minha vida por causa disso [...]". (P4)

Sabe-se que o insucesso do transplante por complicações, pode influenciar significativamente na vida e mortalidade desses pacientes e fazer com que retornem as atividades dialíticas, afetando o cotidiano, gerando sentimento de medo, incerteza e uma possível negação da doença ou do tratamento.^{21,2}

Além disso, estudos apontam que os pacientes necessitam de uma assistência humanizada, com um olhar holístico e compreensivo quando se trata da relação paciente/profissional de saúde, contribuindo para promover uma situação de conforto e segurança ao paciente, reduzindo as questões que envolvam medo, ansiedade e outros tipos de problemas que o mesmo possa vir a enfrentar. O pós-transplante é um momento muito importante na recuperação do paciente e a equipe deve estar atenta a todos os sinais/sintomas e assim desenvolver estratégias de enfrentamento para a situação.^{20,25} Desta forma, experiências anteriores não satisfatórias podem interferir na decisão do paciente.

A falta de familiares para doarem e receio em desejar a morte de alguém, também foi apontado:

"[...] não tem ninguém da família para doar para mim, tem que ser de cadáver né e aí eu tenho que rezar para alguém sofrer um acidente ou morrer para dar um rim para mim, acho esquisito isso [...]". (P13)

A literatura demonstra que alguns pacientes desenvolvem receio de receber um órgão de um desconhecido e um suposto anseio por desejar a morte de alguém para conseguir um rim, podendo assim influenciar na insistência no tratamento dialítico, além do aumento da probabilidade de uma rejeição e morte por transplantar um órgão que não pertence a um familiar.¹¹

Um grande conflito gera-se pelo fato de o transplante ser um acontecimento bom na vida do transplantado, mas por outro lado, a família do doador sofre por conta da perda de um ente querido e os pacientes, por sua vez, quando se dão conta desse fato, podem desenvolver um sentimento de remorso e isso pode se tornar um fator de negação.²⁶

Destaca-se também a fala de um paciente quanto à religião:

"Se for para fazer um transplante e não usar sangue eu faria, mas se for usar não, mas é por causa da religião". (P10)

De acordo com as bases, nota-se que há poucos estudos que pautam a relação crença religiosa e a doação de órgãos. A religião ao fazer parte da formação dos aspectos éticos e morais entre os seres humanos acaba influenciando nas tomadas de decisões das pessoas na escolha de doador, consentimento da família em relação à doação do órgão, captação e no transplante.²⁷



A valorização da vida e o respeito ao próximo, também justificam a recusa de um transplante, pois o paciente se vê esperando ou mesmo desejando a tragédia do próximo em benefício próprio, gerando assim sentimento de culpa e remorso, sendo contra os seus princípios e religião. Diante disso, existem procedimentos relacionados à saúde que são recusados, dentre eles a transfusão sanguínea, vista como algo impuro e desrespeitoso, quebrando assim a aliança de proteção com Deus.^{28,29}

Em relação à aceitação do órgão e as questões culturais e religiosas, observa-se que o enxerto pode ser realizado apenas com o consentimento do paciente receptor conforme estabelecido pela Lei de transplantes (L9434/97).³⁰ Cabe a equipe respeitar a autonomia do paciente podendo auxiliá-lo no processo de escolha, expondo resultados esperados, possíveis intervenções, outras opções existentes, riscos e complicações.

Todas as causas apontadas nesse estudo podem colaborar para uma melhor compreensão sobre a recusa dos pacientes diante de um possível transplante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que alguns pacientes portadores de IRC decidem por continuar o tratamento conservador ao qual são submetidos rotineiramente (hemodiálise) e se recusam a um possível transplante por motivos pessoais de adaptação com o tratamento que estão sujeitos, por medo dos riscos, complicações e por medo da morte após um possível transplante ou por influência da religião e experiências negativas anteriores.

É importante para a equipe compreender estas informações respeitando a autonomia dos pacientes e esclarecendo dúvidas em relação a estes assuntos.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, destacando o fato de abranger uma pequena quantidade de pacientes e ser realizada em apenas uma unidade de hemodiálise, o que não pode ser considerado como realidade em outros serviços. Entretanto, o estudo é de grande relevância social, pois aponta as percepções de pacientes portadores de IRC que recusam um possível transplante renal.

Destaca-se como principal contribuição deste estudo a identificação das causas que levam os participantes a recusarem o transplante renal. A compreensão sobre este tema amplia o entendimento sobre os sentimentos dos pacientes, contribui com possíveis estudos relacionados ao tema e promove auxílio às equipes da área da saúde que trabalham com IRC, permitindo uma maior compreensão da percepção dos portadores desta insuficiência sobre o motivo de recusa.

Ainda, cabe destacar que a equipe da unidade teve acesso a este estudo, o que possibilitou uma maior compreensão em relação aos sentimentos dos pacientes e fortaleceu o respeito à autonomia dos mesmos.



REFERÊNCIAS

1. Santos BP, Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sciences*. 2017;42(1):8-14
2. Gonçalves CS. As representações sociais sobre a doença renal crônica [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2012.
3. Sousa FBN, Pereira WA, Motta EAP. Pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: tratamento e diagnóstico. *Rev. Investig. Biomédica*. 2018;10(2):203-213
4. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Santos CE, Costa JM. Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2015;25(4):484-492
5. Sociedade brasileira de nefrologia. Censo de diálise revela 40 mil novos pacientes em 2017 no país. *Nefrologia*. 2018;25(114).
6. Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. enfermagem UERJ*. 2011;19(4):577-82
7. Associação brasileira de transplante de órgãos - Registro Brasileiro de Transplante. Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/março – 2019. 2019;1.
8. Mendonça AEO, Torres GV, Salvetti MG, Alchieri, JC, Costa IKF. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):287-92
9. Gonçalves FA, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT, Bucharles SGE. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. *J. Bras. Nefrol*. 2015;37(4):467-47
10. Santos LF, Prado BC, Castro FP, Brito RF, Maciel SC, Avelar TC. Qualidade de Vida em Transplantados Renais. *Psico-USF Campinas*. 2018;23(1):163-172.
11. Conceição AICC, Marinho CLA, Costa JR, Silva RS, Lira GG. Percepções de pacientes renais crônicos na recusa ao transplante renal. *Rev. Enferm. UFPE*. 2019;13(3):664-73
12. Zanella LCH. Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. Livro 3. vol. 1 Brasília: CAPES UAB; 2009.
13. Freitas WRS, Jabbour CJC. Utilizando estudo de caso como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & debate*. 2011;18(2):07-22
14. Bardin L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70; 2006. (Obra original publicada em 1977).
15. Silva ST, Ribeiro RCL, Rosa COB, Cotta RMM. Tratamento conservador: influência sobre parâmetros clínicos de indivíduos em hemodiálise. *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2013;37(3):354-364



16. Barbosa GS, Valadares VG. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. *Acta Paul Enferm.* 2009;22:524-527
17. Prezotto KH, Abreu IS. Hemodiálise: O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. *Rev. Enferm. UFPE on-line.* 2014;(3):600-605
18. Campos CJG, Turato ER. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. *Rev. Bras. Enferm.* 2003;56(5):508-512
19. Farias MS, Maia ICG, Ferreira GMS, Pinto JR, Ferreira FISF. Sentimentos de Pessoas em Hemodiálise que esperam por um Transplante Renal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2018;24(4):357-362
20. Ferreira VMAP, Almeida IG, Saber LTS, Caseiro J, Gorayeb R. Aspectos psicológicos de doadores de transplante renal. *Aletheia.* 2009;(30):183-196
21. Sousa SR, Galante NZ, Barbosa DA, Pestana JMP. Incidência e fatores de risco para complicações infecciosas no primeiro ano após o transplante renal. *J Bras Nefrol.* 2010;32(1):77-84
22. Tizo JM, Macedo LC. Principais complicações e efeitos colaterais pós transplante renal. *Revista UNINGÁ Review.* 2015;24:62-70
23. Camargo VP, Quitana AM, Weissheimer TKS, Junges N, Martins BMC. TRANSPLANTE RENAL: Um Caminho Para a Vida ou um Passo Para a Morte?. *Revista Contexto & Saúde.* 2011;10(20):515-524
24. Ramos FLS, Salazar VMS, Santos LW, MOTA LM. Qualidade de Vida de Pacientes que Retornam a Hemodiálise após Serem Submetidos a um Transplante Renal. *Revista Ciência Plural.* 2018;4(3):17-30
25. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia.* 2007;12(2):177-184
26. Quintana AM, Weissheimer TKS, Hermann C. Atribuições de significados ao transplante renal. *Psico.* 2011;42(1):23-30
27. Ferrazzo S, Vargas MAO, Mancina JR, Ramos FRS. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa e da literatura. *Rev. de enfermagem da UFSM.* 2011;1(3):449-460.
28. Vale NB, Delfino J. As Nove Premissas Anestesiológicas da Bíblia. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2003;53(1):127-136.
29. Prata CA. As Testemunhas de Jeová e a discriminação no acesso a tratamentos isentos de sangue. *E-Pública.* 2016;3(2):160-193
30. Lei de Transplantes de 1997, Pub. L. No. 9434 (4 de fevereiro de 1997).

DECLARAÇÕES

Contribuições dos autores

Anielle Oliveira da Silva

Enfermeira pelo Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium - UNISALESIANO
<https://orcid.org/0000-0001-8842-2475> • anielle1972@hotmail.com
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Isabela de Sousa Vargas

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Salesiano São Paulo
<https://orcid.org/0000-0002-6061-0260> • isa_bela_sousa@hotmail.com
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Jéssica Moreira Fernandes

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Católico Unisalesiano Auxilium (UNISALESIANO)
<https://orcid.org/0000-0001-8888-1962> • jessica-fernandes-@outlook.com
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Giselle Clemente Sailer

Mestrado em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo
<https://orcid.org/0000-0002-7824-0309> • Gisellesailer@unisalesiano.com.br
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Vivian Aline Preto

Doutorado em Ciências de Saúde Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
<https://orcid.org/0000-0003-3293-2454> • viviusp@yahoo.com.br
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Conflito de Interesse

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos entrando em contato com os autores.

Direitos Autorais

Os autores dos artigos publicados pela Revista Saúde (Santa Maria) mantêm os direitos autorais de seus trabalhos e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição (CC BY-NC-ND 4.0), que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Verificação de Plágio

A revista mantém a prática de submeter todos os documentos aprovados para publicação à verificação de plágio, utilizando ferramentas específicas, como Turnitin.



Editor-chefe

Rosmari Horner

Como citar este artigo

Silva AO, Vargas IS, Fernandes JM, Sailer GC, Preto VA. Motivações de pacientes renais crônicos para recusa ao transplante. Revista Saúde (Sta. Maria). [Internet] 2025; 51, e64629. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/64629>. DOI: <https://doi.org/10.5902/22365834664629>. Acesso em XX/XX/XXXX

