

Estudo das Crenças de Receptores acerca do Transplante Renal – Estudo Qualitativo*

Rosana de Oliveira Silva , Helady Sanders-Pinheiro ,
& Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov** 

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

RESUMO – Objetivo: investigar crenças sobre o transplante renal em pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico. Método: pesquisa qualitativa, realizada com 34 pacientes. A elaboração da entrevista e a discussão dos resultados foram realizadas a partir do Modelo de Crenças em Saúde e os dados organizados de acordo com a Análise de Conteúdo. Resultados: amostra com média de idade de 45,94 ($\pm 10,67$) anos, mediana de tempo de transplante de 13 anos, sendo 55,9% masculina. Discussão: observou-se predominância das crenças relacionadas aos benefícios percebidos na realização do transplante renal em comparação às dificuldades percebidas; as crenças sobre motivação pela escolha do transplante e motivação para o tratamento estavam associadas às crenças sobre o transplante renal e às crenças relativas aos benefícios percebidos.

PALAVRAS-CHAVE: aderência ao tratamento, transplante renal, motivação, crenças

Study of Receptor Beliefs About Kidney Transplantation – Qualitative Study

ABSTRACT – Objective: to investigate beliefs about kidney transplantation in transplanted patients. Method: qualitative research with 34 participants. The elaboration of the interview and discussion of the results were based on the theory of the Health Belief Model and the data was organized according to the Content Analysis. Results: A mean age of 45.94 (± 10.67) years, median transplant time of 13 years, being 55.9% of men. Discussion: we observed a predominance of beliefs related to perceived benefits in renal transplantation compared to perceived difficulties; and beliefs about motivation for choosing a transplant and motivation for treatment were associated with beliefs about kidney transplantation and beliefs perceived benefits.

KEYWORDS: treatment adherence, kidney transplantation, motivation, beliefs

A Doença Renal Crônica é, na atualidade, apontada como um problema de saúde pública, uma vez que suas taxas de prevalência e incidência têm aumentado de forma significativa (Kim et al., 2017; Ministério da Saúde, 2014; Pinho et al., 2015; Sesso et al., 2017). Dentre os tratamentos disponíveis, o transplante renal (TxR) é o que oferece melhor qualidade de vida (QV) e sobrevida para o paciente, pois está relacionado a benefícios como melhor funcionamento psicossocial desses pacientes e menor custo dos gastos em saúde (Gonçalves et al., 2016; Mendonça et al., 2015; Santos et al., 2015).

De acordo com dados disponíveis no Registro Brasileiro de Transplantes, o Brasil está em segundo lugar em número

absoluto de TxRs (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos [ABTO], 2017; ABTO, 2018). No ano de 2017, houve aumento de 7,5% do número de TxRs realizados em comparação com o ano de 2016; em uma análise da última década, houve aumento de 71% nesse tipo de transplante (ABTO, 2017).

O transplante exige do paciente envolvimento significativo com o tratamento para que seu sucesso seja alcançado. O processo de adesão é resultado da combinação de cinco fatores, que estão relacionados aos aspectos socioeconômicos, ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde, ao tratamento, às condições de saúde e aos fatores

* Apoio: UFJF.

** E-mail: fabiane.rossi@ufjf.br

■ Submetido: 28/05/2019; Aceito: 13/05/2021.

relacionados diretamente ao paciente (Sabaté, 2003). Neste sentido, a aderência ao tratamento é um processo complexo que demanda atenção integral ao paciente.

A aderência a regimes terapêuticos de longo prazo se dá quando o comportamento do paciente está em concordância com as prescrições dadas pela equipe de saúde. Essa definição inclui a tomada da medicação, o seguimento de uma dieta e/ou a execução de mudanças de estilo de vida (Sabaté, 2003). Entre esses tratamentos que demandam acompanhamento em longo prazo, destaca-se o transplante renal (TxR). A não aderência (NA) nesse contexto é conceituada quando ocorre o desvio do comportamento do paciente em relação às recomendações prescritas relacionadas à medicação, que pode influenciar de forma negativa os resultados do TxR (Fine et al., 2009). A aderência pode ser avaliada por meio de diversas estratégias, não existindo um consenso sobre um padrão a ser seguido (Borges et al., 2012; Dobbles et al., 2010; Gusmão et al., 2009). As estratégias podem ser indiretas, obtidas por meio da contagem de comprimidos e do relato do paciente; ou diretas, com a dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito da droga (Dobbles, 2010; Gusmão et al., 2009).

Dentre as complicações no pós-TxR mais comuns, destacam-se as infecções bacterianas, virais e fúngicas, a disfunção inicial do enxerto, as rejeições, as metabólicas relacionadas ao *diabetes mellitus* ou “diabetes esteroide”, comumente associado ao uso de um inibidor de calcineurina, como o Tracolimo, e as cardiovasculares relacionadas à

hipertensão arterial, podendo estar correlacionada ao uso de corticosteroides (Tizo & Macedo, 2015).

Neste trabalho, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1974b) é a base teórica utilizada para a compreensão das crenças relacionadas ao TxR e à aderência ao tratamento de pacientes transplantados, assim como sua associação à motivação pela escolha por esse procedimento cirúrgico e pelo tratamento.

De acordo com Marmarà et al. (2017) e Baxter et al. (2017), nesse modelo, os indivíduos decidiriam por adotar comportamentos para o autocuidado em condições de saúde precárias: se eles se consideram suscetíveis à condição ou ameaça; se acreditam que a condição ou ameaça teria consequências sérias para suas vidas; se acreditam que um curso de ação que está disponível seria benéfico na redução de sua suscetibilidade ou gravidade da condição ou ameaça; e, por fim, se acreditam que as barreiras previstas para a ação são superadas pelos benefícios.

Estudos têm sugerido o impacto positivo do MCS como suporte teórico para intervenções voltadas para o autocuidado e a previsão de comportamentos modificáveis, sendo seus resultados muito úteis para o desenvolvimento de intervenções para educação em saúde (Choi et al., 2019; Fathi et al., 2017; Grandahl et al., 2016; Jeihooni et al., 2017; Kaveh et al., 2017).

O objetivo deste artigo é compreender as crenças relacionadas ao transplante renal de pacientes transplantados que optaram por esse procedimento cirúrgico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de corte transversal, de caráter descritivo-exploratório, realizado com pacientes submetidos ao transplante renal.

Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 34 pacientes submetidos ao transplante renal e acompanhados em um ambulatório de pós-transplante de um hospital do Município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O tamanho da amostra foi definido de acordo com os critérios de saturação teórica, que consiste na suspensão da inclusão de participantes na amostra quando o pesquisador observa repetição ou redundância no material coletado, não sendo considerada produtiva a persistência na coleta de dados (Fontanella et al., 2008). Foram considerados para a análise da saturação teórica os objetivos propostos pela pesquisa e a abordagem teórica utilizada para exploração dos dados.

Critérios de Seleção dos Participantes

No primeiro momento da investigação, participantes que estavam frequentando o ambulatório durante o período de

outubro de 2018 a abril de 2019 foram abordados em sala de espera, enquanto aguardavam pela consulta, assim como aqueles que declararam desejar participar da pesquisa. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, foi realizado contato por telefone para aplicação da entrevista semiestruturada.

Foram incluídos na amostra pacientes transplantados renais há no mínimo 3 meses, com idade igual ou superior a 18 anos e submetidos apenas ao transplante renal; foram excluídos os pacientes submetidos ao retransplante de rim, bem como pacientes submetidos a outro tipo de transplante de órgãos e pacientes com dificuldades em responder aos questionários. Dentre estas dificuldades, foi observado se as questões suscitavam manifestações emocionais no paciente que dificultassem a continuidade da entrevista semiestruturada, ou se, devido à instabilidade da comunicação telefônica, não fosse possível prosseguir.

Instrumentos

Inicialmente, foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico, elaborado para caracterização da amostra por meio de dados pessoais, características de domicílio e aspectos clínicos.

Posteriormente, foi realizada entrevista semiestruturada, efetuada por telefone e gravada com consentimento do participante, cujas questões foram elaboradas com base no Modelo de Crenças em Saúde para investigação das crenças relacionadas ao TxR, benefícios e barreiras percebidos em relação ao TxR, motivação para a realização desse procedimento cirúrgico e motivação para o tratamento. As entrevistas foram realizadas por meio do aplicativo WhatsApp e a gravação foi feita com uso do aplicativo Gravador de chamadas ACR, versão 1.3.07 oferecido por Cherinbo® (n.d.) de acesso livre.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada sob parecer nº 2.813.019 e CAAE nº 89676218.6.0000.5133, seguindo todos os preceitos da

Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Análise Qualitativa

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin (2016), organizada em três etapas, na qual, primeiramente, o material coletado e transcrito foi analisado por meio de leitura flutuante a fim de se conhecer seu conteúdo, seguindo-se sua organização; posteriormente, foi realizado o recorte do material em unidades de registro por meio da codificação de categorias que foram agrupadas de acordo com a similaridade de conteúdo semântico e repetição; e, por último, foram realizadas inferência e interpretação, dando destaque para as referências similares e aquelas formadas por conteúdos diferentes.

RESULTADOS

Foram entrevistados 34 pacientes em acompanhamento em um hospital da cidade de Juiz de Fora, dentre os quais 55,9% eram do sexo masculino, com média de idade de 45,94 ± 10,67 anos, casados (61,8%), com mediana de tempo de transplante de 13 ± 3,69 anos.

Quanto aos aspectos clínicos da amostra, houve prevalência de transplantados com doadores vivos (91,2%), dos quais 79,4% possuíam ao menos uma comorbidade, sendo que a hemodiálise foi o tratamento predominante realizado antes do transplante (73,5%).

No que se refere ao autocuidado no pós-transplante, foi verificado que 58,8% dos participantes declararam não seguir dieta e 85,3% não realizar acompanhamento psicológico.

Quanto ao nível de escolaridade, 26,5% declararam possuir ensino médio completo, seguidos de 20,6% dos participantes com ensino fundamental incompleto. Em relação ao aspecto laboral, 67,6% da amostra estava em situação de aposentadoria ou afastamento do trabalho. Em relação à religião, a católica (47,1%) e a evangélica (32,4%) foram prevalentes na amostra.

Evidenciou-se que cerca de 67,6% da amostra foi constituída de participantes residentes em outras cidades de Minas Gerais ou do Rio de Janeiro que fazem acompanhamento de rotina no ambulatório de Uro-Nefrologia do hospital.

O material coletado nas entrevistas realizadas por telefone foi gravado com o consentimento do paciente e transcrito na íntegra, para análise de acordo com a metodologia adotada. Cada participante recebeu um código para sua identificação, formado por uma letra e um número. Como resultado da análise do material coletado, foi feito o recorte das transcrições em unidades de registro por meio da construção de categorias, agrupadas de acordo com similaridade de conteúdo semântico e repetição.

Crenças sobre o Transplante

As crenças sobre o transplante foram abordadas por meio da questão: o que significa o transplante renal para você? Para essa questão, evidenciaram-se 6 categorias de crenças principais, dentre as quais: retorno a uma vida normal (64,71%); melhor qualidade de vida (61,76%); renascimento (55,88%); o TxR é um tratamento (26,47%); ter que se cuidar mais (14,71%); e maior expectativa de vida (11,76%). As subcategorias para cada crença principal serão descritas a seguir.

Dentre as crenças principais, a possibilidade de retorno a uma vida normal foi a mais citada, conforme ilustrado nas falas dos entrevistados abaixo. Relacionadas a ela, foram relatadas crenças como poder fazer o que se fazia antes da doença e ter menos limitações comparadas à hemodiálise.

Entrevistado P27 – Pra mim é uma, sei lá, outra forma de viver, assim né, mais próximo de ter uma saúde normal, né, ter uma vida normal. Fora as restrições, dá pra ter uma vida normal.

Entrevistado P66 – Ah, eu assim, significa a gente continuar tendo a vida normal, né.

Alguns participantes relacionaram as crenças sobre o transplante com melhor qualidade de vida associado também à melhora da autoestima, à vida social ou a ter uma saúde melhor:

Entrevistado P51 – O transplante pra mim foi minha vida, né, é minha vida, porque, imagina, sem isso eu fico meio que desesperada, eu melhorei tudo, melhorei saúde, minha autoestima, nossa... minha vida social, minha vida... retornei com minha vida.

O sentimento de renascimento foi a terceira crença sobre o transplante mais presente nessa amostra. Para alguns participantes, foi citado como um recomeço de vida, assim como outra forma de viver ou uma segunda chance para aproveitar a vida, como pode ser observado nas falas que seguem:

Entrevistado P26 – Pra mim é como se fosse um recomeço, né.

Entrevistado P71 – Transplante pra mim significa vida nova, né, em todos os sentidos, né, nascer de novo no transplante.

O significado do transplante como sendo apenas um dos tipos de tratamento foi expresso por meio de declarações relacionadas à impossibilidade de ser a cura para a doença renal crônica e seu reconhecimento como uma terapia renal substitutiva, como afirma este entrevistado:

Entrevistado P09 – Pra mim, uma coisa muito boa, e mesmo sabendo que é um tratamento, é um tratamento que melhorou muito a minha qualidade de vida.

Além das crenças citadas, a obrigação da manutenção dos cuidados após a cirurgia e a possibilidade de viver mais, ou seja, ter uma expectativa de vida maior, também foram significados atribuídos ao transplante, de acordo com o que está ilustrado na fala abaixo.

Entrevistado P48 – Viver, viver, que é a questão de viver e cada vez mais permanecer nessa situação de transplantado, repito que não é a cura, o que motiva é me manter bem, mais saudável possível, a minha motivação eterna vai ser essa, minha motivação é essa, eu quero viver, preciso viver, tenho coisas pra fazer ainda, apesar das arrebentações é viver, cabeça pra frente.

Crenças sobre ser um Transplantado

As crenças sobre ser um transplantado renal foram abordadas pela questão: como você se imaginou ser um transplantado renal? Em relação a essa questão, foi verificada a manifestação de quatro crenças predominantes relacionadas aos sentimentos proporcionados pelo período de preparação para o transplante sob a perspectiva de medo de forma prevalente, tais como medo relacionado a quem seria o doador (35,29%), medo do desconhecido e medo do momento cirúrgico (35,28%), crenças de morte (17,65%), devido às incertezas sobre os resultados durante e após o procedimento, e crenças de cura (20,58%).

O medo relacionado a quem seria o doador foi a crença mais relatada ao se referirem ao período de preparação para a cirurgia. Essas crenças foram expressas por declarações relacionadas às incertezas quanto à compatibilidade para doação, às incertezas quanto a qual familiar seria o doador e, para alguns participantes, ao fato de sacrificar pessoas da família, pois os resultados da cirurgia para o receptor e o

doador eram desconhecidos e existia o medo de prejudicar o doador, tornando-o mais uma pessoa na família com problema renal. O comentário que segue representa essa crença:

Entrevistado P15 – A princípio, a gente fica apreensivo, eu fiquei muito apreensivo pelo fato da cirurgia, né, o medo da cirurgia, então, assim... e outro fator também seria, né, quem poderia doar o rim, né, sabia que a minha família tinha gente, minhas irmãs, minha mãe, mas eu não sabia se elas poderiam doar, por ser compatível, então assim gerou uma insegurança, sim, medo da cirurgia, medo de eu não encontrar o rim.

A segunda crença prevalente para os participantes foi o medo do desconhecido relacionado ao momento cirúrgico. As incertezas quanto aos resultados da cirurgia, medo do que poderia acontecer e, para alguns participantes, medos que foram vivenciados devido à falta de informações, como pode ser observado na fala que segue.

Entrevistado P07 – No começo, eu não sabia muito bem o que era, mas foi uma coisa bem melhor que a hemodiálise com certeza, então, eu tive um pouco de medo, mas... é... ao mesmo tempo você sair daquela situação que eu estava. Antes de começar a fazer a hemodiálise, não tive muita informação, não me deram muitas informações, então, quando eu comecei a fazer hemodiálise, eu comecei a fazer, mas sem saber de muita coisa, mas era necessária, então eu não tive outra escolha, mas depois eu tive mais o apoio da minha mãe, que eu morava com ela na época na mesma casa, aí tudo que eu precisava, eu..., ela que podia me ajudar, contar com ela, né.

Pensamentos de morte também foram citados como preocupação relacionada ao desfecho da cirurgia, conforme explicado pelo entrevistado abaixo.

Entrevistado P46 – Eu tinha medo, só, pensei que ia melhorar mesmo, né, baixou um enorme medo de fazer a operação (risos). Medo de morrer mesmo, porque o pessoal estava falando que pode morrer na operação e não sei o quê..., sempre aparece coisa mais negativa, né, nunca positiva, eu tinha medo de fazer a operação, sabe, mas sempre assim com aquela expectativa que ia melhorar muito pra mim, como melhorou né.

As crenças de cura vivenciadas no período de preparação para o transplante foram declaradas como pensamentos sobre a possibilidade de estar livre de qualquer problema de saúde, acreditar que não ficará mais doente ou que resolverá todos os problemas:

Entrevistado P09 – A expectativa que gerava era a cura, que iria curar da doença, mas depois o médico me informou que seria um tratamento e que seria talvez melhor que a hemodiálise.

Entrevistado P19 – No meu caso específico, eu imaginava que seria uma vida livre de qualquer problema de saúde, porque a gente vive uma situação tão difícil, tão complicada no período de tratamento de diálise e eu era muito jovem também, eu era muito nova, então eu tinha uma ideia que depois do transplante

todos os problemas da vida iriam acabar, né, que seria a cura pro meu problema de saúde, e não é, a minha ideia era essa.

toda, não comer fruta e nada, hoje em dia eu como à vontade essas coisas.

Crenças sobre os Benefícios e Dificuldades Percebidas

Para a investigação das crenças sobre os benefícios e dificuldades percebidas pelos pacientes relacionadas ao transplante renal, foi utilizada a pergunta disparadora: que benefícios e dificuldades você imaginou acontecer em sua vida após o transplante? Em relação às crenças sobre os benefícios percebidos, elas foram relatadas principalmente em comparação com o tratamento dialítico. Dentre estas crenças, destacam-se as 5 mais declaradas: expectativa de estar livre da máquina de hemodiálise (70,59%), liberdade (55,88%), ingestão de líquido (35,29%), alimentação (25,53) e trabalho (17,65%).

Em relação à expectativa de estar livre da máquina de hemodiálise, essa crença foi associada principalmente ao fato de não precisar depender de uma máquina para viver e estar livre de um tratamento que é considerado muito difícil e com muitas restrições, como ilustra a fala do entrevistado abaixo.

Entrevistado P47 – Fugir da máquina, né. Porque aquilo ali é sofrido demais e outra coisa também, a água, eu sonhava com a água, tá doído, o fato de..., a máquina, ela só substitui o rim, e é complicado porque chegava final de semana e fazia (hemodiálise) no último dia na sexta feira, eu ficava sábado e domingo, e fazia na segunda, então era complicado, ficava inchado, porque você não urina o líquido, né, e isso é complicado, além do mais, a máquina te prejudica o coração em si, né, porque ela força muito, né, e eu acho que eu dei um pouquinho de arritmia devido à máquina.

A liberdade proporcionada pelo transplante foi associada à perspectiva de maior liberdade para passear e fazer viagens e não precisar ir ao hospital três vezes por semana, como era necessário durante o tratamento dialítico, como explica o entrevistado abaixo:

Entrevistado P07 – Qualidade de vida melhor, eu não teria que ir três vezes por semana acordar muito cedo e ir para... passar por aquela sessão de hemodiálise três vezes por semana, poderia ter mais liberdade para poder viajar, mais liberdade para fazer minha alimentação, beber líquidos, coisa que na hemodiálise a gente não pode, né, então a vida totalmente diferente da que eu levava antes.

A permissão para ingestão de líquido e a alimentação menos restrita como benefício percebido foram relatadas por alguns participantes, pois, no período de tratamento dialítico, tinham que seguir uma dieta de restrição e muitas vezes tinham pensamentos de grande desejo, conforme explicado abaixo:

Entrevistado P29 – Poder beber água à vontade, que era uma coisa que ganhava peso, muito peso, ter que seguir a dieta

Para alguns pacientes, a possibilidade de voltar a trabalhar depois do transplante foi relacionada às crenças de retorno à atividade laboral que exercia antes da doença renal e à satisfação de se sentir útil, como pode ser constatado abaixo, na fala do entrevistado P19. Alguns participantes retornaram às suas atividades laborais depois da cirurgia, porém esse retorno não foi possível para alguns.

Entrevistado P19 – Eu só imaginava isso, que eu vou voltar a estudar, que eu conseguiria trabalhar, que meus problemas acabariam, essa era uma ideia assim que, porque é um período de sofrimento tão intenso, na minha cabeça depois do transplante eu não teria mais problema nenhum na vida, absolutamente problema nenhum.

As crenças sobre as dificuldades percebidas relacionadas ao transplante foram agrupadas em três crenças principais, dentre elas: crenças relacionadas ao tratamento (47,06%), adaptação à medicação (26,47%) e rejeição do enxerto (23,53%).

Os cuidados durante o tratamento após o transplante foram associados às restrições que são ainda impostas, mesmo ele proporcionando maior liberdade em comparação à hemodiálise. Uma dessas restrições refere-se à disponibilidade para consultas periódicas, pois podem prejudicar o paciente que exerce atividade laboral, e à indeterminação do fim do tratamento. A fala que segue ilustra essa questão:

Entrevistado P48 – A única dificuldade que a gente tem é aquele eterno e constante cuidado pra preservação do transplante, seja ele doado ou por cadáver ou pessoa viva, é aquela necessidade que você tem de manter esse benefício que você recebeu, não é fácil, tem que ter disciplina entendeu?

A adaptação à medicação foi a segunda crença predominante relatada entre os pacientes, devido à demora no ajuste da medicação e aos efeitos colaterais presentes, conforme pode ser observado na fala abaixo:

Entrevistado P49 – Nunca pensei em benefícios ou dificuldades. Achei que era uma coisa normal, a realidade, né, é difícil a adaptação por causa da medicação, até acertar, um dia você passa bem, um dia você passa mal, graças a Deus no final deu tudo certo.

Entre as dificuldades percebidas, o medo da rejeição do enxerto foi associado ao excesso de cuidados para a sua preservação e ao desejo do paciente de prolongar o máximo possível seu funcionamento para não precisar retornar para a hemodiálise, conforme explica o entrevistado P19:

Entrevistado P19 – Já estou totalmente adaptada, né, já sou transplantada há 15 anos, então eu sou totalmente adaptada,

no momento, o tratamento me irrita, me deixa irritada, me cansa, sabe, acho cansativo esse tratamento, né, essa manutenção, e hoje a preocupação é mais de que de repente possa..., eu não tinha essa preocupação, depois que eu tive a rejeição em 2017, que eu tive a rejeição, né, hoje eu tenho essa preocupação de perder o rim, isso é uma coisa que me assombra muito e é uma coisa que eu não pensava muito em perder, né, mas hoje assim... eu tenho essa preocupação, esse medo de perder o enxerto.

Crenças sobre Motivação pela Escolha do Transplante e Motivação para o Tratamento

Foi verificado que as crenças sobre a motivação pela escolha do transplante e a motivação para o tratamento estavam associadas às crenças sobre o transplante e aos benefícios percebidos. A questão apresentada foi: o que te motivou a fazer o transplante e te motiva para o tratamento? Dentre as categorias mais citadas, destacaram-se os benefícios percebidos (50%) e as crenças sobre o transplante (41,18%).

As principais crenças relacionadas aos benefícios e citadas como motivadoras são: não precisar voltar a fazer hemodiálise, liberdade proporcionada pelo transplante e permissão da ingestão de água. E as crenças sobre o transplante com potencial motivador foram: a percepção de melhoria da qualidade de vida e a possibilidade de ter uma vida normal. As falas seguintes ilustram essas questões:

Entrevistado P76 – Sair da hemodiálise, qualidade de vida, que a hemodiálise não dá uma qualidade de vida muito boa, né, tem restrição de alimentação, de líquido, você fica preso em tudo. A vida, querer viver; viver até uns 60, né.

Entrevistado P37 – Não voltar para a hemodiálise, não voltar para a hemodiálise, tipo assim, o resumo de tudo mesmo, não é manter a vida que eu tenho, é não voltar para a hemodiálise, eu faço de tudo, tá, eu hoje em dia eu posso até falar que eu amo a minha vida, mas, assim, tudo que eu faço para fazer direitinho é para não voltar pra máquina.

Para alguns pacientes, os aspectos interpessoais como os filhos, irmãos, amigos e equipe médica (44,11%) atuaram como potencializadores em sua motivação para realização do transplante e na motivação para o tratamento. Isto fica claro na fala do entrevistado abaixo:

Entrevistado P64 – Foi conseguir acabar de criar a minha filha, ela era bem pequenininha na época e acabou acompanhando os percursos de hemodiálise, né, ter que ficar nessa ida e volta, e acabou que perdi uma boa parte ali, meu pensamento era acabar de criar ela.

Entrevistado P69 – O que me motivou mais foi é...o médico, eu estava com medo de fazer, eu não ia fazer, não, aí ele foi conversando comigo, aí eu peguei e fiz, entendeu. O médico e minha irmã também que doou pra mim, né.

DISCUSSÃO

Conforme os dados obtidos para caracterização dos participantes, houve predomínio de transplantados com doador vivo, o que demonstra uma característica do centro de acompanhamento ao transplantado renal em que foi realizada a pesquisa, pois, em análise da última década (2009-2019), a predominância de transplante com doador falecido é relatada como prevalente para o Brasil (ABTO, 2017).

Em relação às comorbidades para a amostra, 79,4% apresentaram hipertensão arterial, diabetes, anemia ou doença cardiovascular. Algumas comorbidades podem ter sido desenvolvidas no período de tratamento após a realização do transplante, uma vez que as complicações metabólicas relacionadas ao *diabetes mellitus* podem estar associadas ao uso de um inibidor de calcineurina, como o Tracolimo, e as complicações cardiovasculares relacionadas à hipertensão arterial podem se correlacionar ao uso de corticosteroides (Tizo & Macedo, 2015).

A terapia de substituição da função renal realizada antes do transplante foi a hemodiálise em 73,5% dos pacientes, o que ilustra a grande utilização desse tipo de tratamento. O número total estimado de pacientes em diálise crônica no Brasil já chegou a 126.583, observando-se também o crescimento contínuo desse tipo de tratamento nos últimos anos (Thomé et al., 2019).

De acordo com a análise das crenças sobre o transplante renal codificadas, constatou-se a prevalência das crenças relacionadas aos benefícios percebidos na realização desse procedimento cirúrgico, quando comparadas às dificuldades percebidas. Os benefícios foram relatados pelos participantes em comparação com o tratamento dialítico, que foi o tratamento utilizado para substituição da função renal antes do transplante pela maioria dos pacientes deste estudo. Os benefícios percebidos na realização do transplante estão associados à percepção de melhor qualidade de vida e funcionamento psicossocial dos pacientes (Mendonça et al., 2015; Vries et al., 2019).

No que diz respeito ao MCS, na decisão de se praticar uma ação, um indivíduo leva em consideração os benefícios advindos dessa ação, bem como as barreiras para a sua efetivação. Se os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas para a ação, a probabilidade de se adotar um comportamento de saúde é maior (Ertem et al., 2017; Jeihooni et al., 2017).

Dentre os principais benefícios apontados, a liberdade proporcionada pelo transplante com a possibilidade de realização de viagens, retorno à atividade laboral, ingestão de líquido e alimentação mais livre, também relatados por outros investigadores (Cruz et al., 2016; Prates et al., 2016; Santos et al., 2017).

Apesar de a predominância dos benefícios percebidos na realização TxR, a consciência da cronicidade da doença renal foi apontada como fator que gera preocupações devido ao tratamento ser realizado por tempo indeterminado e alguns medicamentos estarem associados ao desenvolvimento de comorbidades, como descrito anteriormente (Cruz et al., 2016; Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Tizo & Macedo, 2015).

Preocupações relacionadas à perda do enxerto e às incertezas quanto aos desfechos clínicos são fontes de ansiedade para os participantes, conforme relatados também por outros autores (Been-Dahmen et al., 2018; Lonning et al., 2018; Yaman & Yılmaz, 2017). Recentemente, pesquisadores têm se ocupado de investigações acerca da compreensão da relação entre os aspectos clínicos e a perda do enxerto e de diferenças nos desfechos entre receptores (Bonner et al., 2019; Haller et al., 2019; Kosola et al., 2019; Pestana, 2017; Sharma et al., 2019; Vinson et al., 2019). Essas preocupações são reflexo da apreensão acerca das altas taxas de prevalência para a não aderência ao tratamento após o transplante (Brahm, 2012; Maissiat et al., 2013; Marsicano, 2012; Silva, 2015).

As crenças sobre ser um transplantado foram relatadas principalmente sob uma perspectiva vivida antes do transplante e associadas ao medo do momento cirúrgico, às incertezas quanto à compatibilidade do doador e às crenças de cura. Em relação a esses aspectos, estudos têm demonstrado a função expressiva da equipe médica para promover a conscientização quanto ao transplante, à doença renal crônica e à participação ativa do paciente no tratamento após a cirurgia (Costa et al., 2014; Ghiyasvandian et al., 2015; Negreiros et al., 2017; Ximenes & Medeiros, 2015).

Quanto às crenças referentes ao aspecto motivacional que influenciaram na tomada de decisão do paciente em sua escolha pelo transplante e sua motivação para o tratamento, foram elencadas crenças relacionadas às ligações parentais consanguíneas, aos relacionamentos interpessoais e ao relacionamento com a equipe médica, o que demonstra o potencial de influência do apoio social na preservação da vida e na manutenção do tratamento, como demonstrado por outros pesquisadores (Been-Dahmen et al., 2018; Borges et al., 2016; Prates et al., 2016; Roso & Kruse, 2017; Santos et al., 2017).

Outro aspecto importante do MCS refere-se à probabilidade de um indivíduo praticar uma ação que, de acordo com seus pressupostos, é influenciada pela ameaça percebida sobre uma condição ou um problema de saúde, sendo que a ameaça percebida é resultado da combinação do risco percebido e do grau de severidade percebida em relação a essa condição. A forma como o indivíduo percebe essa ameaça é resultado da influência de fatores externos a ele, como campanhas de comunicação de massa, conselhos de outras pessoas, artigos ou revistas, e fatores internos a ele, como sua personalidade ou seus conhecimentos sobre a condição ou o problema de saúde (Ertem et al., 2017; Jeihooni et al., 2017).

O retorno a uma vida normal (Prates et al., 2016; Santos et al., 2017; Santos et al., 2015) foi a crença sobre ser um transplantado mais citada pelos pacientes deste estudo e também associada à motivação para o transplante e o tratamento. Porém, é importante salientar que crenças relacionadas aos sentimentos ou sensações de retorno a uma condição anterior à doença renal crônica proporcionados pelo transplante renal podem influenciar o desenvolvimento de comportamentos de risco para condições crônicas de saúde e perda do enxerto.

A mudança no comportamento e no estilo de vida para condições crônicas de saúde é essencial para o autocuidado e a preservação do enxerto, assim como para a obtenção dos benefícios advindos com a cirurgia. No que se refere a esse aspecto, entre alguns participantes deste estudo, foram observadas crenças associadas ao autocuidado, tais como maior atenção dada aos cuidados com a própria saúde, como verificado também em outras investigações (Prates et al., 2016; Rosaasen et al., 2017; Roso & Kruse, 2017; Santos et al., 2017).

A compreensão da influência das crenças dos pacientes em suas decisões para desenvolver o autocuidado por meio do MCS mostrou de forma predominante que os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas para a ação no caso de grande parte da amostra deste estudo, pois as declarações relacionadas às crenças positivas sobre o transplante foram prevalentes, ao contrário das declarações das crenças negativas. Entretanto, é imprescindível o acompanhamento de pacientes com potencial de gerir comportamentos de risco para a perda do enxerto e, ainda mais importante, é o acompanhamento para aqueles com condições crônicas de saúde que demandam cuidados rotineiros e por tempo indeterminado, como os pacientes transplantados que fazem uso de medicações que estão associadas ao desenvolvimento de complicações após o transplante.

Conclui-se, a partir da análise apresentada, que os resultados estão de acordo com os pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde, pois as variáveis relacionadas às crenças sobre a suscetibilidade e a severidade percebida a uma condição ou ameaça foram elencadas neste trabalho e, além da predominância das crenças relacionadas aos benefícios percebidos em comparação às dificuldades percebidas, alguns pacientes relataram como ameaça percebida o retorno à hemodiálise, que foi a crença mais citada pela amostra no tocante aos benefícios do transplante e a principal motivadora para a escolha desse procedimento cirúrgico e motivação para o tratamento.

Estar livre da máquina de hemodiálise foi relatado como o principal motivador para 70,59% dos participantes deste estudo. A possibilidade de voltar para a hemodiálise, caso a perda do enxerto seja inevitável, representa uma forte ameaça percebida, tendo grande impacto para a vida. Isto caracteriza as crenças de severidade percebidas em relação a este tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste trabalho não é esgotar a compreensão dos fatores que influenciam a tomada de decisão de um indivíduo para a manutenção ou mudança de seu comportamento por meio do MCS, uma vez que outros modelos teóricos foram desenvolvidos objetivando a busca de significado da influência dos fatores que permeiam a vida do indivíduo em suas decisões do dia a dia.

Sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que adotem o MCS como base teórica para o desenvolvimento de trabalhos investigativos para condições crônicas de saúde

e para ajudar pacientes que fazem uso de medicações com grande potencial de desenvolver complicações para saúde a lidarem melhor com seus efeitos, atingindo o amplo benefício do tratamento.

Por fim, este trabalho foi desenvolvido com um número limitado de indivíduos de um único centro de acompanhamento e, embora não permita a generalização dos resultados, abre caminhos para a replicação do estudo com uma amostra incluindo pacientes de outros centros com menor tempo desde a realização do transplante renal.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (2017). *Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Registro brasileiro de transplantes*. <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (2018). *Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). Registro brasileiro de transplantes*. http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Baxter, M., Erby, L., Roter, D., Bernhardt, B. A., Terry P., & Guttmacher, A. (2017). Health screening behaviors among adults with hereditary hemorrhagic telangiectasia in North America. *Genet Med.*, 19(6), 659-666. <https://doi.org/10.1038/gim.2016.161>
- Been-Dahmen, J. M. J., Grijpma, J. W., Ista, E., Dwarswaard, J., Maasdam, L., Weimar, W., & Massey, E. K. (2018). Self-management challenges and support needs among kidney transplant recipients: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 74(10), 2393-2405. <https://doi.org/10.1111/jan.13730>
- Bonner, K., Joshi, G., Seibert, R., & Kayler, L. K. (2019). Association of dialysis duration with outcomes after kidney transplantation in the setting of long cold ischemia time. *Transplantation direct*, 5(1), e413. <https://dx.doi.org/10.1097/FTXD.0000000000000855>
- Borges, D. C. de S., Furino, F. de O., Barbieri, M. C., Souza, R. O. D. de, Alvarenga, W. de A., & Dupas, G. (2016). A rede e apoio social do transplantado renal. *Rev Gaúcha Enferm*, 37(4), e59519. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59519>
- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., Rodrigues, M. T. P., & Oliveira, C. J. (2012). Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 487-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200030>
- Brahm, M. M. T. (2012). *Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. LUME – Repositório digital da UFRGS. <http://hdl.handle.net/10183/39673>
- Choi, E., Jeon, J., & Kim, J. (2019). Factors influencing colonoscopy behaviour among Koreans with a positive faecal occult blood tests. *European Journal of Cancer Care*, 28(2), e13008. <https://doi.org/10.1111/ecc.13008>
- Costa, Y. F., Araújo, O. C., Almeida, L. B. M., & Viegas, S. M. F. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: Revisão integrativa da literatura. *O mundo da saúde*, 38(4), 473-481. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>
- Cherinbo® (n.d.). *Gravador de chamadas*. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cherinbo.callrecorder>
- Cruz, V. F. E. S., Tagliamento, G., & Wanderbroocke, A. C. (2016). A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: Uma análise dos significados do trabalho. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 25(4), 1050-1063. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016155525>
- Dobbles, F., Berben, L., De Geest, S., Drent, G., Lennerling, A., Whittaker, C., & Kugler, C. (2010). The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: A systematic review. *Transplantation*, 90(2), 205-19. <http://dx.doi.org/10.1097/TP.0b013e3181e346cd>
- Ertem, G., Dönmez, Y. C., & Dolgun, E. (2017). Determination of the health belief and attitude of women regarding breast cancer and breast self-exam. *Journal of Breast Health*, 13(2), 62-66. <http://dx.doi.org/10.5152/tjbh.2017.3018>
- Fathi, A., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Hakimelahi, J., & Mohebi, S. (2017). Effects of a nutrition education intervention designed based on the Health Belief Model (HBM) on reducing the consumption of unhealthy snacks in the sixth grade primary school girls. *International Journal of Pediatrics*, 5(2), 4361-70. http://ijp.mums.ac.ir/article_7567_4d9b3c97dafb10bab25d707a1d89a466.pdf
- Fine, R. N., Becker, Y., De Geest, S., Eisen, H., Ettenger, R., Evans, R., Lapointe Rudow, D., McKay, D., Neu, A., Nevins, T., Reyes, J., Wray, J., & Dobbels, F. (2009). Nonadherence consensus conference summary report. *American Journal of Transplantation*, 9(1), 35-41. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2008.02495.x>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(1), 17-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Peyravi, H. (2015). Nurse as a facilitator to professional communication: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 294-303. <https://dx.doi.org/10.5539%2Fgjhs.v7n2p294>
- Gonçalves, P. R. C., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Rodrigues, I. L., & Rodrigues, S. M. M. (2016). A adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 121-131. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14063>
- Grandahl, M., Rosenblad, A., Stenhammar, C., Tydén, T., Westerling, R., Larsson, M., & Nevéus, T. (2016). School-based intervention for the prevention of HPV among adolescents: A cluster randomised controlled study. *BMJ Open*, 6(1), e009875. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009875>

- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion Jr., D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16(1), 38-43. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>
- Haller, M. C., Kammer, M., & Oberbauer, R. (2019). Dialysis vintage and outcomes in renal transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(4), 555-560. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy099>
- Jeihooni, A. K., Askari, A., Kashfi, S. M., Khiyali, Z., Kashfi, S. H., Safari, O., Rastegarimehr, B., & Mansourian, M. (2017). Application of Health Belief Model in prevention of osteoporosis among primary school girl students. *International Journal of Pediatrics*, 5(11), 6017-6029. http://ijp.mums.ac.ir/article_9255.html
- Kaveh, M. H., Khoramaki, Z., Kojouri, J., & Keshavarzi, S. (2017). The impact of a hospital-based educational program based on the Health Belief Model on self-care behaviors of heart failure patients. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 19(1), e36676. <http://dx.doi.org/10.5812/ircmj.36676>
- Kim, Y. J., Moura, L. M., Caldas, C. P., Perozini, C., Ruivo, G. F., & Pallos, D. (2017). Avaliação da condição e risco periodontal em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Einstein. São Paulo*, 15(2), 173-177. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3867>
- Kosola, S., Ylinen, E., Finne, P., Rönholm, K., & Ortiz, F. (2019). Implementation of a transition model to adult care may not be enough to improve results: National study of kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 33(1), e13449. <https://doi.org/10.1111/ctr.13449>
- Lønning, K., Midtvedt, K., Heldal, K., & Andersen, M. H. (2018). Older kidney transplantation candidates' expectations of improvement in life and health following kidney transplantation: Semistructured interviews with enlisted dialysis patients aged 65 years and older. *BMJ Open*, 8(6), e021275. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021275>
- Maissiat G. S., Marin, S. M., & Fuzinato, C. R. D. (2013). Adesão ao tratamento imunossupressor em paciente pós-transplante renal: Estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(2), 269-282. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20133865>
- Marmarà, D., Marmarà, V., & Hubbard, G. (2017). Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 17(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4324-6>
- Marsicano, E.O. (2012). *Não aderência no pós-transplante renal: Validação do instrumento The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medications Scale e condições associadas*. [Dissertação de Mestrado em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1740>
- Mendonça, A. E. O., Salvetti, M. G., Maia, E. M. C., Silva, A. C. O., & Torres, G. V. (2015). Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 76-81. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100010>
- Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica DRC no Sistema Único de Saúde*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
- Negreiros, F. D. S., Pequeno, A. M. C., Garcia, J. H. P., Aguiar, M. I. F., Moreira, T. R., & Flor, M. J. N. (2017). Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 258-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0223>
- Prates, D. S., Camponogara, S., Arboit, E. L., Tolfo, F., & Beuter, M. (2016). Transplante renal: Percepções de pacientes transplantados e profissionais da saúde. *Rev. enferm. UFPE online*, 10(4), 1264-1272.
- Pestana, J. M. (2017). Desfechos clínicos de 11.436 transplantes renais realizados em centro único – Hospital do Rim. *Brazilian Journal of Nephrology*, 39(3), 287-295. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170043>
- Pinho, N. A., Silva, G. V., & Pierin, A. M. G. (2015). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 91-97. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150013>
- Ramírez-Perdomo, C. A., & Solano-Ruiz, M. C. (2018). A construção social da experiência de viver com uma doença renal crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3028. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2439.3028>
- Rosaasen N., Mainra, R., Shoker, A., Wilson, J., Blackburn, D., & Holly Mansell, H. (2017). Education before kidney transplantation: What do patients need to know? *Progress in Transplantation*, 27(1), 58-64. <https://doi.org/10.1177%2F1526924816685862>
- Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177%2F109019817400200403>
- Rosenstock, I. M. (1974b). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177%2F109019817400200405>
- Roso, C. C., & Kruse, M. H. L. (2017). Life on Facebook: Self-care in renal transplantation patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), e67430. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67430>
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- Santos, B. P., Schwartz, E., Beuter, M., Muniz, R. M., Echevarría-Guanilo, M. E., & Viegas, A. C. (2015). Consequences attributed to kidney transplantation: Critical incident technique. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(3), 748-755. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>
- Santos, B. P., Lise, F., Feijó, A. M., Garcia, R. P., & Schwartz, E. (2017). Care carried out by people with renal transplants for organ maintenance. *Rev. enferm. UFPE online*, 11(8), 3108-3121. https://www.researchgate.net/publication/319186083_Care_carried_out_by_people_with_renal_transplants_for_organ_maintenance
- Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2017). Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(3), 261-266. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>
- Sharma, A., Cherukuri, A., Mehta, R. B., Sood, P., & Hariharan, S. (2019). High calcineurin inhibitor intrapatient variability is associated with renal allograft inflammation, chronicity, and graft loss. *Transplantation Direct*, 5(2), e424. <https://dx.doi.org/10.1097%2F1526924816685862>
- Silva, A. N. (2015). *Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-transplante renal* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora]. Repositório institucional UFJF. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1086>
- Tizo, J. M., & Macedo, L. C. (2015). Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Revista UNINGÁ Review*, 24(1), 62-70.
- Thomé, F. S., Sesso, R. C., Lopes, A. A., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2019). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *Brazilian Journal of Nephrology*, 41, 208-214. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0178>

- Vinson, A. J., Kiberd, B. A., Davis, R. B., & Tennankore, K. K. (2019). Nonimmunologic donor-recipient pairing, HLA matching, and graft loss in deceased donor kidney transplantation. *Transplantation Direct*, 5(1), e414. <https://dx.doi.org/10.1097%2FTXD.0000000000000856>
- Vries, A. M., Helgeson, V. S., Schulz, T., Almansa, J., Westerhuis, R., Niesing, J., Navis, G. J., Schroevers, M. J., & Ranchor, A. V. (2019). Benefit finding in renal transplantation and its association with psychological and clinical correlates: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 24(1), 175-191. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12346>
- Ximenes, J. O., & Medeiros, C. R. G. (2015). Cuidados em condições crônicas: Uma revisão integrativa. *Caderno pedagógico*, 12(3), 9-25.
- Yaman, Z., & Yılmaz, M. (2019). The relationship between social support and mental states of individuals with kidney transplants. In Z. Bekirogullari, M. Y. Minas, & R. X. Thambusamy (Eds.), *Health and Health Psychology – icH&Hpsy 2017, European Proceedings of Social and Behavioural Sciences* (vol. 30, pp. 166-178). Future Academy.