



# Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos

## *Psychological evaluation of candidates to living kidney transplant*

Marina Kohlsdorf

Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS/UnB), Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF - Brasil, e-mail: marinak@unb.br

Recebido: 31/05/2010  
Received: 05/31/2010

Aprovado: 03/11/2010  
Approved: 11/03/2010

### Resumo

A insuficiência renal crônica é uma das principais doenças crônico-degenerativas da atualidade. Seu tratamento é constituído por importantes demandas, pois envolve perdas na autonomia, alterações psicossociais e grande impacto emocional. O transplante renal intervivos representa uma alternativa importante ao tratamento convencional da insuficiência renal crônica. Entretanto esse contexto é caracterizado por dúvidas, dificuldades e expectativas, tanto para candidatos a receptor quanto candidatos a doador. Torna-se necessário, então, que a avaliação psicológica de pacientes em preparação para transplante renal seja baseada no modelo biopsicossocial de atenção à saúde. Este trabalho propõe um protocolo de acompanhamento e avaliação psicológica para candidatos a transplante renal intervivos, baseado na literatura referida e no atendimento ambulatorial prestado no Serviço de Transplantes em um hospital universitário. São discutidos aspectos importantes a respeito da atuação do psicólogo neste contexto, bem como elementos primordiais que devem ser acessados na avaliação, a fim de promover a preparação adequada dos candidatos ao transplante renal e garantir a autonomia do doador sobre sua escolha. Elementos de ordem biológica, fatores afetivos e emocionais e aspectos de ordem social são destacados como essenciais em uma avaliação psicológica, pois têm influência direta na decisão e preparação para um transplante renal. Ao término deste trabalho, é proposto um roteiro para avaliação psicológica.

**Palavras-chave:** Transplante renal. Avaliação psicológica. Hemodiálise.

### Abstract

*Chronic Kidney Failure is one of the main chronic-degenerative diseases nowadays. Its treatment is constituted by important demands, since it involves autonomy losses, psychosocial changes and great emotional impact. Living kidney transplant represents a relevant alternative to the conventional treatment for chronic kidney failure. However, this context is characterized by the presence of doubts, difficulties and expectancies, both for candidates to receiver and to candidates to donator. It, then, becomes necessary that the psychological evaluation of patients under preparation for kidney transplantation is based on the biopsychosocial model of healthcare attention. This work proposes a protocol for attendance and psychological assessment of candidates to living kidney transplantation, based on literature related and ambulatory practice in*

*a Transplantation Service located in a university hospital. Relevant aspects on the actuation of psychologists in this context are discussed, as well as primary elements which should be assessed in the evaluation, in order to promote a suitable preparation for candidates to living kidney transplant, and grant donors autonomy related to his or her choice. Biological elements, affective and emotional factors and social aspects are highlighted as essential in a psychological evaluation, since they have direct influence for kidney transplant decision and preparation. A program for psychological evaluation is proposed at the end of this paper.*

**Keywords:** *Kidney transplant. Psychological evaluation. Hemodialysis.*

## Introdução

Os transplantes renais no Brasil têm sido realizados desde a década de 1960 do século XX, mas apenas recentemente a avaliação psicológica foi reconhecida como parte fundamental da preparação para um transplante. Este artigo apresenta um protocolo de avaliação psicológica para transplante renal intervivos e discute alguns elementos importantes para a atuação do psicólogo neste contexto.

## O transplante renal

Os avanços no diagnóstico e tratamento de enfermidades proporcionam o aumento da expectativa de vida e possibilitam o desenvolvimento de enfermidades pouco frequentes, tais como a insuficiência renal crônica, considerada uma das principais doenças crônico-degenerativas na atualidade. Os tratamentos disponíveis para a insuficiência renal incluem a diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automatizada, diálise peritoneal intermitente, hemodiálise e o transplante renal, terapêuticas que substituem parcialmente a função renal, diminuem sintomas da doença e preservam a vida do paciente, mas não são curativos (Flores & Thomé, 2004; Martins & Cesarino, 2005). De acordo com Machado e Car (2003), as primeiras hemodiálises foram realizadas na década de 1940, para o tratamento da Insuficiência Renal Aguda; já em 1963, tanto a diálise peritoneal como a hemodiálise foram utilizadas como modalidades terapêuticas de intervenção para a Insuficiência Renal Crônica e permanecem atualmente como o tratamento primordial após a falência renal.

O indivíduo submetido a tratamentos crônicos de hemodiálise ou diálise peritoneal confronta-se com

uma terapêutica fundamental para sua sobrevivência, mas que o expõe a um tratamento doloroso, de longa duração, que provoca limitações e alterações de grande impacto, com consequências importantes para o paciente e seus familiares (Lima & Gualda, 2001). O tratamento determina uma nova realidade e redefine expectativas, rotinas e capacidades funcionais, sendo repleto de exigências e restrições (Machado & Car, 2003).

As principais dificuldades enfrentadas por pacientes com falência renal envolvem isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, alocação e manutenção da fístula cirúrgica, diminuição de atividades físicas, alterações corporais e na autoimagem, perda de autonomia, alterações da função sexual, mudanças na rotina familiar, profissional e social e interrupção dos estudos (Almeida, 2003; Duarte, Miyazaki, Ciconelli & Sesso, 2003; Lima & Gualda, 2001; Machado & Car, 2003; Martins & Cesarino, 2005; Trentini, Corradi, Araldi & Tigrinho, 2004). Além disso, as restrições alimentares exigidas no tratamento e os potenciais efeitos colaterais da diálise são apontados como demandas do tratamento que podem expor o paciente a vivências de estresse, culpabilização, ansiedade, insegurança, incertezas futuras e comprometimento da qualidade de vida (Almeida, 2003; Duarte et al., 2003; Lima & Gualda, 2001; Machado & Car, 2003; Martins & Cesarino, 2005; Trentini et al., 2004).

Perante às dificuldades enfrentadas por pacientes submetidos à diálise, o transplante renal se apresenta como a melhor alternativa às limitações impostas pelo tratamento, sendo realizado intervivos (um paciente doa um de seus rins para o outro) ou proveniente de doadores cadáveres, indivíduos diagnosticados com morte encefálica em que órgãos saudáveis

são retirados e transplantados em outros pacientes (Beasley, Hull & Rosenthal, 1997; Lazzaretti, 2007). No Brasil, o primeiro transplante renal com doador vivo foi realizado em São Paulo, em 1967, e houve um aumento progressivo do procedimento entre 1967 e 1993, com estabilização do número de transplantes em 1997 (Cunha et al., 2007; Garcia, 2006; Ribeiro & Schramm, 2006). A literatura indica que, para a maioria dos pacientes submetidos ao tratamento dialítico, o transplante oferece possibilidades para reabilitação, diminuição de restrições e menor custo social, melhoria da qualidade de vida, ganhos em capacidade funcional, redução da dor, melhoria do estado geral de saúde, resgate de expectativas e planejamentos, maior integração social e maior força de trabalho e reaproximação à normalidade (Almeida, 2003; Cunha et al., 2007; Dobbels, De Bleser, de Geest & Fine, 2007; Garcia, 2006; Lima & Gualda, 2001; Machado & Car, 2003; Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007).

Entretanto, apesar de o transplante renal representar a melhor alternativa ao tratamento dialítico e a esperança, para pacientes, de uma vida próxima à normalidade, o processo de preparação para a cirurgia via transplante intervivos é demorado, pois envolve uma série de avaliações médicas, cirúrgicas e psicossociais dos pacientes candidatos a receptor e doador (Cunha et al., 2007; Trentini et al., 2004).

A literatura acerca do impacto psicossocial do transplante renal apresenta principalmente estudos a respeito da saúde mental de pacientes receptores e melhoria na qualidade de vida após transplante (Almeida, 2003; Dobbels et al., 2007; Duarte et al., 2003; Martins & Cesarino, 2005; Zimmermann, Carvalho & Mari, 2004). Pouco tem sido sistematicamente estudado acerca do processo de preparação ao transplante e decisão a respeito da doação.

### **A importância do estudo com candidatos a doador renal intervivos**

Assim como outras modalidades de transplante, o transplante renal intervivos surge a partir da escassez de órgãos provenientes de doadores cadáveres (Coelho et al., 2005; Lazzaretti, 2007). Com o advento de imunossuppressores eficientes para minimizar as chances de rejeição do órgão, transplantes provenientes de indivíduos com graus de parentesco próximos têm sido realizados com sucesso, num

contexto em que a qualidade de vida do receptor depende intrinsecamente da decisão do doador (Beasley et al., 1997; Davis, 2004; Lazzaretti, 2007). Essa condição destaca a necessidade de se investir na qualidade do atendimento aos potenciais doadores para transplantes intervivos, focalizando a manutenção da saúde e qualidade de vida após transplante e o preparo adequado à cirurgia. Tal preparação, a autonomia do doador e a soberania de sua decisão são elementos sancionados pelo contexto pessoal e social, e Lazzaretti (2007) indica que é quase inevitável que ocorram influências ou coerções à doação, limitando a liberdade de decisão do doador.

Nesse ínterim, Lima, Magalhães e Nakamae (1997) ressaltam os aspectos ético-legais que regem o transplante de órgãos no Brasil, protegendo a plena autonomia do doador em decidir pela doação ou desistir desta, sem prejuízos. A primeira lei brasileira a regular o sistema de transplantes de órgãos foi a de n. 4.280/63, complementada pela Lei n. 5.479/68, que permite à pessoa maior e capaz dispor de órgãos para fins humanitários e terapêuticos. A legislação brasileira orienta que não poderá haver prejuízo evidente ao doador e que este deve estar ciente dos riscos, sendo a decisão de doar soberana àquele que se dispõe ao ato. Por outro lado, a equipe de saúde pode suspender o transplante renal quando os potenciais riscos superarem os benefícios da doação ou quando houver quaisquer motivos para impedimento. Os autores indicam ainda que o pagamento por órgãos é proibido no Brasil, embora seja bastante discutido em países como os Estados Unidos.

Dados provenientes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2009) indicam que a taxa de transplantes renais com doador vivo no Brasil vem se mantendo estável ao longo da última década, mas a proporção em relação a transplantes provenientes de cadáveres vem decrescendo. Os transplantes renais respondem pela maioria dos transplantes realizados no País: em 2009, foram realizados 3098 transplantes renais, sendo 1290 intervivos. Tal procedimento vem aumentando na última década, e Minas Gerais e São Paulo são os estados que mais o realizam, sendo que o Distrito Federal situa-se em 12º lugar.

Um dos principais fatores que devem ser considerados no transplante renal intervivos é a primazia do bem-estar físico, emocional e psicossocial do doador, considerando que este se submete a potenciais riscos e passa por uma mutilação física em função da

melhoria na qualidade de vida do receptor. De modo geral, a literatura aponta que as complicações ou sequelas de um transplante, para os doadores, são raras e incomuns. Os estudos de Akoh, Rana e Stacey (2008), Barri, Parker, Kaplan e Glassock (2009) e ainda Davis (2004, 2009) destacam que as taxas de morbidade e mortalidade entre doadores se aproximam daquelas da população em geral, com complicações mínimas e poucos prejuízos documentados para doadores (tais como insuficiência crônica a níveis mínimos ou dores localizadas).

Por outro lado, autores como Kido et al. (2009), além de Davis (2009), indicam que ainda não são plenamente conhecidos quais fatores, em longo prazo, podem estar relacionados a prejuízos na saúde de doadores em função de um transplante renal. Acompanhamentos por mais de dez anos após o transplante tornam-se importantes para verificar se comorbidades adquiridas, que podem levar à falência renal, têm maior probabilidade de se desenvolver em função de um transplante.

Neste contexto, importantes aspectos éticos devem ser observados pela equipe de saúde, pois o potencial doador deve ter consciência dos potenciais riscos cirúrgicos inerentes a qualquer procedimento desta natureza e deve também estar ciente de que sua decisão sobre a doação é soberana (Lazzaretti, 2007). Mesmo oferecendo riscos mínimos à saúde do doador, o contexto de decisão e preparação para um transplante renal propicia uma série de incertezas e dificuldades para o doador, que pode se sentir responsável pela qualidade de vida do paciente e pressionado a realizar a doação (Coelho et al., 2005; Lazzaretti, 2007).

Entre as principais dificuldades relatadas por potenciais doadores de órgãos em transplante intervivos, destacam-se incertezas acerca do procedimento cirúrgico e recuperação, dúvidas a respeito dos riscos à saúde, dor cirúrgica, permanência de cicatriz, prejuízos à qualidade de vida e possibilidade de perda definitiva de autonomia, fatores que podem gerar a desistência do doador ou do receptor (Akoh & Stacey, 2008; Coelho et al., 2005, 2007).

## O Modelo Biopsicossocial de atenção em saúde

Surgido ao fim da década de 1970 do século XX em contraposição ao modelo tradicional, o modelo biopsicossocial ultrapassa o reducionismo na atenção à

saúde, ao defender que o processo saúde-doença não pode se restringir a fatores biológicos ou orgânicos, pois as dimensões psicológicas e sociais do indivíduo são igualmente relevantes (Pereira, 2001; Reis, 1999). De fato, o paciente tradicionalmente foi considerado uma unidade exclusivamente biológica. O modelo biopsicossocial é, por natureza, um modelo sistêmico, contextualista, que considera corpo e mente como unidade indivisível e pautada em esferas (biológica, psicológica e social) em mútua influência, que, portanto, exige uma avaliação multidimensional em várias categorias, considerando que o processo de adoecimento envolve aspectos biofisiológicos, padrões comportamentais, contexto social, cultural e familiar do indivíduo e o próprio sistema de saúde (Pereira, 2001; Reis, 1999).

No contexto de atendimento a candidatos a transplante renal intervivos, Castro (2005) destaca que esta é uma área abrangente, que compreende o indivíduo dentro do modelo biopsicossocial supracitado e, portanto, a avaliação de doadores e receptores deve refletir os parâmetros deste paradigma, considerando a complexidade de um transplante renal intervivos e os fatores fundamentais, de ordem psicológica e social, neste processo.

A partir das contribuições da literatura e de experiência profissional implementada em Hospital Universitário, o presente trabalho aborda elementos fundamentais na avaliação psicológica e preparo de doadores e receptores para transplante renal intervivos, considerando o enfoque biopsicossocial de atenção à saúde no contexto brasileiro.

## Descrição do serviço

O Centro de Transplantes do Hospital Universitário de Brasília realizou, desde sua fundação em 2006, 30 transplantes renais intervivos. A preparação para transplante renal intervivos ocorre ao longo de consultas ambulatoriais com médicos, uma assistente social e uma psicóloga, ao longo de dois a seis meses, a depender do tempo de realização e avaliação dos exames. Nesse processo, são realizados acompanhamento e avaliação psicológica dos candidatos a doador e receptor individualmente, em caráter ambulatorial. Caso não haja nenhuma contra-indicação por parte da equipe, o transplante renal é realizado em data previamente agendada.

Em um trabalho extremamente relevante nesta área, Pham, Wilkinson e Pham (2007) destacam que

a avaliação preparatória para o transplante é fundamental, pois se torna necessário proteger os candidatos ao transplante renal de complicações físicas, emocionais e psicossociais previsíveis. Os autores sugerem que a avaliação psicológica deve contemplar a compreensão acurada a respeito de benefícios à saúde do receptor e riscos à saúde do doador, além de investigar a motivação real do doador, excluindo coerções ou ainda ganhos secundários financeiros ou pessoais e garantindo a autonomia do doador nesta decisão. Os autores indicam também a necessidade de compreender a história sociodemográfica dos candidatos ao transplante, bem como a existência de transtornos psicopatológicos e a qualidade do suporte social, financeiro e instrumental. A seguir, serão discutidos alguns aspectos relevantes na avaliação e preparo ao transplante renal, a partir do modelo biopsicossocial de atenção à saúde.

### **Aspectos biofisiológicos no preparo para transplante renal intervivos**

Davis (2004) indica que a avaliação do doador e receptor deve começar com a educação acerca do processo de transplante e investigação da história de vida dos candidatos. Ao longo da preparação para o transplante renal, tanto o candidato a receptor quanto o candidato a doador, geralmente parentes em primeiro grau, são submetidos a diversos exames físicos, laboratoriais e clínicos. Ao longo deste processo, recebem uma grande quantidade de informações a respeito da cirurgia e os cuidados após o transplante.

Para o receptor, o transplante representa a possibilidade de recuperar uma vida próxima àquela anterior ao diagnóstico (Almeida, 2003; Cunha et al., 2007; Garcia, 2006; Lima & Gualda, 2001; Machado & Car, 2003; Ravagnani et al., 2007). Cuidados após o transplante, para receptores, envolvem restrições na dieta, uso contínuo de medicação imunossupressora e proteção continuada contra infecções, além de cuidados imediatos após cirurgia (não levantar peso e evitar esforço físico extenuante). É fundamental que o receptor tenha conhecimento coerente e esclarecido acerca da importância e a função de tais cuidados, para facilitar sua adesão ao tratamento após o transplante. Além disso, são bastante comuns as dúvidas, tanto por parte do receptor quanto do doador, a respeito dos efeitos da medicação e da anestesia, riscos

da cirurgia, presença de dor pós-cirúrgica e tempo de internação até alta hospitalar. Spital (2001) destaca limitações e dificuldades em garantir que doadores e receptores tenham efetiva compreensão do procedimento ao qual serão submetidos.

Como a quantidade de informações recebidas pelos candidatos ao transplante renal é elevada, o monitoramento contínuo da compreensão e conhecimento acerca de cuidados torna-se imprescindível, para esclarecer dúvidas remanescentes, investigar prováveis fontes de não adesão, avaliar expectativas do receptor e doador e promover a comunicação adequada com a equipe de saúde. Perguntas abertas, o repasse continuado das mesmas informações, o incentivo a esclarecer dúvidas nas consultas médicas (e manter uma agenda de assuntos estimados, a ser utilizada ao longo do preparo ao transplante) e o estímulo a novas dúvidas são estratégias que podem ser utilizadas na avaliação psicológica e que representam também um investimento na qualidade de comunicação entre os pacientes e a equipe de saúde.

Outro aspecto importante refere-se à presença de preocupação, tanto por parte do doador quanto do receptor, acerca do procedimento cirúrgico (riscos da anestesia geral, tamanho do corte cirúrgico, duração do procedimento) e possíveis sequelas ou efeitos colaterais da cirurgia para a saúde do doador. Os candidatos ao transplante renal comumente referem preocupações de que o doador possa desenvolver insuficiência renal crônica em função do transplante e muitas vezes tal crença é fortalecida pelo contato com outros pacientes que já doaram um rim e que desenvolveram posteriormente diversos problemas de saúde, socialmente atribuídos ao transplante (Akoh & Stacey, 2008; Coelho et al., 2005; Coelho et al., 2007). Neste caso, torna-se importante esclarecer aos pacientes os riscos inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, além de destacar que os exames e testes pré-operatórios visam justamente a minimizar riscos e possibilidades de sequelas. Pham et al. (2007) destacam a importância de discutir, com os candidatos doador e receptor, os potenciais riscos e benefícios de um transplante renal. Outro aspecto bastante relevante para o psicólogo que atua neste contexto é compreender a quantidade de informação que o paciente deseja receber a respeito do procedimento cirúrgico, pois alguns indivíduos preferem não receber muitas informações, para evitar manifestações de ansiedade.



Por fim, uma avaliação psicológica de candidatos a transplante renal deve investigar também o abuso ou dependência de substâncias psicoativas e a existência, atual ou anterior, de transtornos psicopatológicos vivenciados pelos candidatos ao transplante ou seus familiares próximos (Pham et al., 2007).

### **Aspectos afetivos e emocionais envolvidos no transplante renal intervivos**

De modo primordial, a avaliação psicológica e preparo para um transplante renal devem investigar a motivação pela qual um indivíduo decide doar um rim para um familiar. A história da decisão pela doação pode incluir a iniciativa do próprio doador, reuniões familiares para decidir quais os potenciais doadores ou mesmo a solicitação direta do próprio paciente receptor para um provável doador. Doações entre pais e filhos e entre irmãos respondem pela maioria dos casos de transplante renal no Brasil (Flores & Thomé, 2004; Lima et al., 1997). Nesse ínterim, forças coercitivas indiretas podem estar presentes na motivação para doação, e são relativamente comuns casos em que um familiar se candidata à doação por sentimentos de dívida material ou emocional em relação ao outro (Pham et al., 2007; Sajjad, Baines, Salifu & Jindal, 2007; Spital, 2001). Por outro lado, pode existir pressão familiar para que determinado membro seja o doador, especialmente em famílias com poucos doadores disponíveis. Muitas vezes o doador decide pela doação por ser o cuidador familiar, responsável pelo cuidado e proteção dos demais. Outras vezes, o doador pode sentir-se na obrigação de doar, por representar a única chance de melhoria na qualidade de vida do receptor (Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007; Spital, 2001).

É comum também que o doador tenha expectativas sobre a baixa adesão aos autocuidados do receptor após o transplante, comportamento associado à culpabilização do receptor por sua doença renal. Neste caso, há riscos de que a dinâmica afetiva entre doador e receptor possa ser prejudicada em função do transplante, pois, após a cirurgia, é possível que se estabeleça um contexto de cobranças e dívidas entre os pacientes, relacionadas ao cuidado adequado do órgão transplantado (Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007; Spital, 2001). Em outros casos, o candidato a doador tem expectativas de que o paciente receptor

possa, a partir do transplante, mudar padrões de comportamento aversivos ou desagradáveis, adquirindo atitudes mais favoráveis em função de sentimentos de gratidão pela doação. Como exemplo, podem ocorrer casos em que um filho candidato a doador espera que seu pai, candidato a receptor, se torne menos agressivo; ou um irmão que tem expectativas de que outro irmão, ao receber seu rim, se torne mais próximo e solícito à família.

A intervenção psicológica, neste contexto, torna-se fundamental para garantir a escolha e autonomia do doador, pois este não deve, de forma alguma, sentir-se coagido ou pressionado a doar; torna-se então necessário investigar a real motivação do doador e excluir coerções ou ganhos secundários (Beasley et al., 1997; Davis, 2004, 2009; Lazzaretti, 2007; Pham et al., 2007). Dependendo do tipo de dinâmica envolvido nas motivações para doação, o transplante deve ser suspenso, por entender-se que princípios éticos de autonomia do doador devem ser respeitados e que a dinâmica afetiva entre doador e receptor não deve ser prejudicada. Uma análise cuidadosa da história sociodemográfica e afetiva dos candidatos, assim como das mudanças na vida familiar, eventos importantes de vida e dinâmica afetiva entre os candidatos constitui aspecto primordial na avaliação psicológica, para destacar potenciais implicações do transplante (Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007; Spital, 2001). Spital (2001) discute se seria possível garantir que um doador está realmente agindo em sua completa autonomia, dada a limitada possibilidade de compreensão sobre sua real soberania de escolha e a complexidade de relações coercitivas social e culturalmente instauradas.

Ainda no contexto afetivo-emocional envolvido no preparo ao transplante renal, o funcionamento conjugal e a dinâmica familiares têm papel decisivo para um preparo satisfatório. Tanto para o paciente receptor quando para o paciente candidato à doação, o suporte social proveniente da família e cônjuge desempenha um fator extremamente relevante para um preparo bem sucedido e uma boa recuperação cirúrgica (Pereira, 2001; Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007). Fundamentalmente, cada núcleo familiar tem uma visão específica e própria acerca do transplante, referentes à expectativa quanto a melhoria na qualidade de vida do receptor e potenciais prejuízos ao doador após a retirada de um rim.

São comuns preocupações dos demais membros familiares em relação a riscos da cirurgia e posteriores

problemas de saúde decorrentes do transplante e queixas de candidatos ao transplante a respeito da falta de apoio por parte de familiares, que se traduzem na falta de diálogo doméstico sobre a doação. Neste caso, é necessário investir no incentivo à comunicação, no fornecimento de informações corretas à família e na compreensão do funcionamento conjugal e familiar. Caso se faça necessário, o atendimento em conjunto de casais ou famílias nesta preparação ao transplante pode ser bastante útil para esclarecer e ajustar a dinâmica afetiva e investigar dúvidas dos familiares e cônjuges. Um suporte conjugal e familiar satisfatório contribui para a diminuição de manifestações de ansiedade e conseqüente melhor adaptação pós-cirúrgica (Pereira 2001; Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007).

Um aspecto central a ser investigado na avaliação psicológica de candidatos a transplante renal refere-se a manifestações de ansiedade, motivadas principalmente pelo medo da rejeição do rim transplantado, das potenciais sequelas da cirurgia e desconhecimento do futuro após o transplante (Akoh & Stacey, 2008; Coelho et al., 2007; Coelho et al., 2005). A avaliação psicológica pode fornecer instrumentos úteis para que os candidatos possam lidar de forma adaptativa com as manifestações de ansiedade naturais neste contexto, a partir do repasse de informações coerentes, do suporte social fornecido pela equipe de saúde e pelos familiares e ainda o uso de técnicas psicoterápicas para controle da ansiedade (Coelho et al., 2007; Pereira, 2001; Ravagnani et al., 2007).

### **Aspectos sociais envolvidos no transplante renal intervivos**

A avaliação psicológica de candidatos a transplante renal deve incluir uma investigação detalhada da história sociodemográfica dos pacientes, especialmente para esclarecer conflitos familiares importantes, histórico de perdas e mortes violentas na família, valores e regras sociais que determinam as relações familiares e aspectos culturais importantes no contexto de transplante (Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007).

A religiosidade e espiritualidade vivenciadas pelos candidatos a transplante renal, constituem um aspecto bastante relevante em uma avaliação. Por um lado, tais fatores podem influenciar a forma como o receptor e doador lidam com o preparo para a cirurgia, muitas vezes possibilitando a atribuição de

causas e responsabilidades como exteriores ao indivíduo. Muitos receptores, por exemplo, indicam sua condição clínica como vontade divina, eximindo-se de responsabilidades a respeito de autocuidados, fato que pode comprometer a adesão ao tratamento. Por outro lado, candidatos a doadores podem indicar que a ocorrência do transplante corresponde a uma vontade divina, concepção que retira do paciente doador a responsabilidade por sua escolha.

Além disso, algumas religiões em particular indicam restrições a tratamentos médicos com trocas de sangue via transfusões. Nestes casos, o transplante renal é contra-indicado, pois há uma elevada probabilidade de transfusões e trocas de sangue ao longo do procedimento, tornando a cirurgia inviável.

Sendo considerada uma cirurgia de grande porte que requer cuidados após sua realização (repouso físico, não levantar objetos pesados e cuidados com cicatrizações), o transplante renal envolve cuidados após a alta hospitalar que necessitam de preparo e planejamento. Candidatos a receptor, em sua maioria, encontram-se aposentados em função do tratamento e, portanto, planejamentos de cunho operacional podem envolver outros elementos além da esfera profissional, tais como administração de tarefas domésticas (Pham et al., 2007). Para o candidato a doador, o afastamento do trabalho por semanas ou meses, para recuperação cirúrgica, deve ser planejado ao longo do preparo ao transplante, principalmente em função de potenciais prejuízos financeiros (Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007; Spital, 2001). A legislação brasileira prevê o afastamento para tratamento de saúde, sem prejuízos ao trabalhador, desde que este se enquadre em trabalho formal. Entretanto vários pacientes doadores desenvolvem trabalho autônomo, sem vínculo empregatício, fato que pode gerar prejuízos financeiros durante o período de recuperação e deve, portanto, ser encaminhado aos profissionais de Serviço Social.

Além disso, o suporte social e instrumental torna-se extremamente relevante nas semanas seguintes à cirurgia, para garantir uma recuperação segura (Pereira, 2001; Pham et al., 2007; Sajjad et al., 2007). Neste contexto, familiares, amigos ou outros indivíduos do convívio dos pacientes podem ser envolvidos no processo de transplante, como forma de assegurar o repouso e a recuperação indicados após a cirurgia, fornecendo o suporte instrumental e operacional necessários após a alta hospitalar.

## Considerações finais

O transplante renal é considerado uma alternativa importante aos tratamentos convencionais para a insuficiência renal crônica e representa, para o receptor, a chance de retomar uma rotina afetiva, familiar e psicossocial próxima à normalidade. Especificamente no caso de transplantes renais intervivos, o acompanhamento cuidadoso e a avaliação psicológica sistêmica, durante o preparo para a cirurgia, promovem a atenção biopsicossocial a candidatos a receptores e doadores, sendo, portanto, fundamentais no processo de decisão e preparação para um transplante.

Castro (2005) indica que o acompanhamento ambulatorial em avaliação psicológica é uma estratégia que contribui para o melhor preparo dos pacientes que serão submetidos a um transplante. Resulta em: potenciais ganhos relacionados à adesão satisfatória aos cuidados após a cirurgia, garantia da autonomia do doador em sua decisão sobre a doação, promoção de melhorias na comunicação entre pacientes e equipe, melhor compreensão sobre aspectos da cirurgia e recuperação, melhor enfrentamento do contexto cirúrgico e de recuperação, preparação da família dos pacientes para a cirurgia, fornecimento de suporte social, esclarecimento de dúvidas, manejo adequado da ansiedade, insegurança, receio e medo em relação à cirurgia e sequelas do transplante, entre outros aspectos.

São necessárias pesquisas em caráter de acompanhamento que possam apontar efetivamente quais influências e benefícios um protocolo de avaliação e acompanhamento psicológico efetivamente exerce no contexto de preparação para o transplante renal. Além disso, mais pesquisas com protocolos multicêntricos também são necessárias, para investigar os principais fatores envolvidos na vivência de pacientes durante um transplante renal e promover a atenção biopsicossocial aos candidatos a doador e receptor. Beasley et al. (1997) destacam que implementar grupos focais, bem como utilizar instrumentos psicométricos e estender o acompanhamento psicológico para fases após transplante renal, são ações de atenção biopsicossocial que devem ser continuamente investigadas e aprimoradas, a fim de contribuir para um atendimento mais global e sistêmico aos pacientes candidatos ao transplante renal. A seguir é apresentada, de modo sistemático, uma sugestão de roteiro para avaliação psicológica de candidatos a transplante renal.

## Avaliação Psicológica para Transplante Renal Intervivos

### Aspectos biofisiológicos

- 1) História de adoecimento e diagnóstico.
- 2) Tempo de hemodiálise, adesão e adaptação ao tratamento.
- 3) Dúvidas e compreensão sobre procedimento cirúrgico.
- 4) Compreensão sobre autocuidados após transplante.
- 5) Dúvidas sobre prejuízos à saúde em função do transplante.
- 6) Qualidade da comunicação com a equipe.
- 7) Uso atual ou anterior de substâncias psicoativas (álcool e drogas).
- 8) História de transtornos psicopatológicos ou abuso de substância nos candidatos e familiares.
- 9) Discussão de riscos e benefícios advindos do transplante.

### Aspectos afetivos e emocionais

- 1) História sobre a decisão de doação renal.
- 2) Motivação do doador para o transplante; coerções sociais ou ganhos secundários à doação.
- 3) Avaliação da habilidade e autonomia do doador em decidir sobre a doação.
- 4) Discussão de custos e benefícios do transplante para o doador e o receptor.
- 5) Expectativas, ansiedade, receio sobre a cirurgia e sequelas do transplante a longo prazo.
- 6) Formas de enfrentamento frente à ansiedade.
- 7) História familiar, eventos importantes e dinâmica afetiva entre receptor e doador.
- 8) Funcionamento conjugal e dinâmica familiar dos candidatos ao transplante.
- 9) Qualidade e satisfação com o suporte sociofamiliar emocional e operacional.

### Aspectos sociais

- 1) Dúvidas, receios, inseguranças e expectativas da família sobre o transplante.
- 2) História familiar, composição sociodemográfica, valores sociais e culturais.
- 3) Práticas espiritualistas ou religiosas dos candidatos ao transplante renal.



- 4) Planejamento de atividades cotidianas, domésticas e profissionais no período pós-cirurgia.
- 5) Suporte sociofamiliar emocional e operacional após cirurgia.
- 6) Potencial impacto financeiro do transplante renal.
- 7) Discussão sobre potenciais resultados do transplante.

## Referências

- Akoh, J. A., & Stacey, S. S. (2008). Assessment of potential living kidney donors: Options for increasing donation. **Dialysis & Transplantation**, *37*(9), 352-359.
- Akoh, J. A., Rana, T. A., & Stacey, S. S. (2008). Unusual complications following living donor nephrectomy. **Dialysis & Transplantation**, *37*(11), 446-450.
- Almeida, A. M. (2003). Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, *25*(4), 209-214.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO. (2009). **Registro Brasileiro de Transplantes**, *15*(3), 2-23.
- Barri, Y., Parker, T., Kaplan, B., & Glassock, R. (2009). Primum Non Nocere: Is chronic kidney disease staging appropriate in living kidney transplant donors? **American Journal of Transplantation**, *9*(4), 657-660.
- Beasley, C. L., Hull, A. L., & Rosenthal, T. (1997). Living kidney donation: A survey of professional attitudes and practices. **American Journal of Kidney Diseases**, *30*(4), 549-557.
- Castro, E. K. (2005). O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: Aspectos psicossociais. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH**, *8*(1), 1-14.
- Coelho, J. C. U., Cilião, C., Parolin, M. B., Freitas, A. C. T., Gama Filho, O. P., Saad, D. T., et al. (2007). Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, *53*(5), 421-425.
- Coelho, J. C. U., Parolin, M. B., Baretta, G. A. P., Pimentel, S. K., Freitas, A. C. T., & Colman, D. (2005). Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos. **Arquivos de Gastroenterologia**, *42*(2), 83-88.
- Cunha, C. B., Leon, A. C. P., Schramm, J. M. A., Carvalho, M. S., Souza Jr, P. R. B., & Chain, R. (2007). Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, *23*(4), 805-813.
- Davis, C. L. (2004). Evaluation of the living kidney donor: Current perspectives. **American Journal of Kidney Diseases**, *43*(3), 508-530.
- Davis, C. L. (2009). Living kidney donors: Current state of affairs. **Advances in Chronic Kidney Disease**, *16*(4), 242-249.
- Dobbels, F., De Bleser, L., De Geest, S., & Fine, R. N. (2007). Quality of life after kidney transplantation: The bright side of life? **Advances in Chronic Kidney Disease**, *14*(4), 370-378.
- Duarte, P. S., Miyazaki, M. C. O. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL – SFTM). **Revista da Associação Médica Brasileira**, *49*(4), 375-381.
- Flores, R. V., Thomé, E. G. R. (2004). Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, *57*(6), 687-690.
- Garcia, V. D. (2006). A política de transplantes no Brasil. **Revista da AMRIGS**, *50*(4), 313-320.
- Kido, R., Shibagaki, Y., Iwadoh, K., Nakajima, I., Fuchinoue, S., Fujita, T., et al. (2009). How do living kidney donors develop end-stage renal disease? **American Journal of Transplantation**, *9*(11), 2514-2519.
- Lazzaretti, C. T. (2007). Dádiva da contemporaneidade: Doação de órgãos em transplantes intervivos. **Epistemo-somática**, *4*(1), 50-61.
- Lima, A. F. C., & Gualda, D. M. R. (2001). História oral de vida: Buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, *35*(3), 235-241.
- Lima, E. D. R. P., Magalhães, M. B. B., & Nakamae, D. D. (1997). Aspectos ético-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, *5*(4), 5-12.
- Machado, L. R. C., & Car, M. R. (2003). A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: Entre o inevitável e o casual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, *37*(3), 27-35.

- Martins, M. R. I., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, *13*(5), 670-676.
- Pereira, M. G. (2001). A perspectiva biopsicossocial na avaliação em Psicologia da Saúde: Modelo interdependente. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, *7*(2), 183-191.
- Pham, P. T., Wilkinson, A. H., & Pham, P. T. (2007). Evaluation of the potential living kidney donor. **American Journal of Kidney Diseases**, *50*(6), 1043-1051.
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, *12*(2), 177-184.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o século XXI: Interação ou integração biopsicossocial? **Análise Psicológica**, *3*(17), 415-433.
- Ribeiro, C. D. M., & Schramm, F. R. (2006). Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. **Cadernos de Saúde Pública**, *22*(9), 1945-1953.
- Sajjad, I., Baines, L. S., Salifu, M., & Jindal, R. M. (2007). The dynamics of recipient-donor relationships in living kidney transplantation. **American Journal of Kidney Disease**, *50*(5), 834-854.
- Spital, A. (2001). Ethical issues in living organ donation: Donor autonomy and beyond. **American Journal of Kidney Disease**, *38*(1), 189-195.
- Trentini, M., Corradi, E. M., Araldi, M. A. R., & Tigrinho, F. C. (2004). Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, *13*(1), 74-82.
- Zimmermann, P. R., Carvalho, J. O., & Mari, J. J. (2004). Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, *26*(3), 312-318.