

HUMANAS E SOCIAIS

V.9 • N.3 • 2022 • Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3801

ISSN Impresso: 2316-3348

DOI: 10.17564/2316-3801.2022v9n3p225-243



## CONTEXTO CLÍNICO E SOCIAL DOS PACIENTES QUE ESCOLHERAM O TRANSPLANTE COMO TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

THE PROFILE OF KIDNEY TRANSPLANTED PATIENTS IN A  
TERTIARY HOSPITAL IN FORTALEZA/CE

EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN UN  
HOSPITAL TERCIARIO EN FORTALEZA/CE

Francisco Elenilton Rodrigues do Nascimento<sup>1</sup>

Jamila Moura Fraga<sup>2</sup>

Ana Rosa Alves Silva<sup>3</sup>

Daíse Pinheiro Pereira<sup>4</sup>

Rita Mônica Borges Studart<sup>5</sup>

## RESUMO

O transplante renal é modalidade de tratamento de saúde das pessoas com doença renal crônica, por meio da substituição de rim com funcionalidade deficiente por outro sadio. Os candidatos realizam preparação multiprofissional, visando a apropriação pela equipe de saúde de aspectos clínicos, psíquicos e sociais, também minimizar situações possibilitem a perda do enxerto e, conseqüentemente, promovam a longevidade do órgão transplantado. Este trabalho tem por objetivo avaliar o contexto clínico e social dos pacientes que escolheram o transplante como terapia renal substitutiva. A pesquisa é um estudo descritivo, documental retrospectivo com abordagem qualitativa e de natureza exploratória. Utilizamos 185 prontuários aleatórios de pessoas que realizaram transplante renal, na modalidade doador falecido, entre janeiro de 2018 a junho de 2019 em hospital quaternário da cidade Fortaleza/CE. Foi formulado banco de dados em Planilha do *Microsoft Excel* e organizado pelos recursos estatísticos do *software Programa Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Entre os resultados encontrados destacamos a incidência dos participantes do gênero masculino; entre 18 a 59 anos de idade; de cor parda; de estado civil casado, oriundos do interior do estado Ceará; escolaridade de ensino médio; etiologia desconhecida e diabetes; e tempo de hemodiálise acima de 36 meses. A maioria exerce profissões/ocupações que não necessitam de elevados níveis de escolaridade. O estudo ressalta a importância do conhecimento das características da população atendida, com vistas a aperfeiçoar políticas públicas e a criação de novas frentes de atendimento cada vez mais eficientes e eficazes ante as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

## PALAVRAS-CHAVES

Perfil de Saúde. Transplante de Rim. Hospitais.

## ABSTRACT

Kidney transplantation is a modality of health treatment for people with chronic kidney disease, by replacing a kidney with impaired functionality with a healthy one. The candidates perform multiprofessional preparation aiming at the appropriation by the health team of clinical, psychic and social aspects aiming to minimize situations that allow the graft loss and, consequently, promote the longevity of the transplanted organ. This work aims to evaluate the clinical and social context of patients who chose transplantation as a replacement renal therapy. The research is a descriptive, documentary retrospective study with a qualitative and exploratory approach. We used 185 random medical records of people who underwent kidney transplantation, in the deceased donor modality, between January 2018 to June 2019 in a quaternary hospital in the city of Fortaleza/CE. A database was formulated in a Microsoft Excel spreadsheet and organized by the statistical resources of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software. Among the results found, we highlight the incidence of male participants; between 18 to 59 years of age; brown in color; married civil status, from the interior of the state of Ceará; high school education; unknown etiology and diabetes; and hemodialysis time over 36 months. Most have professions/occupations that do not require high levels of education. The study highlights the importance of knowledge of the characteristics of the population served in order to improve public policies and the creation of new service fronts that are increasingly more efficient and effective in view of the needs of users of the Unified Health System (SUS).

## KEYWORDS

Health Profile; Kidney Transplantation; Hospitals.

## RESUMEN

El trasplante de riñón es una modalidad de tratamiento de salud para personas con enfermedad renal crónica, al reemplazar un riñón con funcionalidad deteriorada por uno sano. Los candidatos realizan una preparación multiprofesional orientada a la apropiación por parte del equipo de salud de los aspectos clínicos, psíquicos y sociales con el objetivo de minimizar situaciones que permitan la pérdida

del injerto y, en consecuencia, favorecer la longevidad del órgano trasplantado. Este trabajo tiene como objetivo evaluar el contexto clínico y social de los pacientes que optaron por el trasplante como terapia renal sustitutiva. La investigación es un estudio descriptivo, documental, retrospectivo con enfoque cualitativo y exploratorio. Se utilizaron 185 historias clínicas aleatorias de personas que se sometieron a trasplante renal, en la modalidad de donante fallecido, entre enero de 2018 a junio de 2019 en un hospital cuaternario de la ciudad de Fortaleza/CE. Se formuló una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se organizó con los recursos estadísticos del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Entre los resultados encontrados, destacamos la incidencia de participantes masculinos; entre 18 y 59 años; de color marrón; estado civil casado, del interior del estado de Ceará; educación secundaria; etiología desconocida y diabetes; y tiempo de hemodiálisis superior a 36 meses. La mayoría tiene profesiones/ocupaciones que no requieren altos niveles de educación. El estudio resalta la importancia de conocer las características de la población atendida para mejorar las políticas públicas y la creación de nuevos frentes de servicios cada vez más eficientes y efectivos ante las necesidades de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS).

## PALABRAS CLAVE

Perfil de Salud; Trasplante de Riñón; Hospitales.

## 1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica é um problema de saúde pública que vem atingindo inúmeras pessoas no mundo trazendo comprometimento físico, emocional, social, econômico e da qualidade de vida das pessoas adoecidas (SANTOS *et al.*, 2018). Por isso, ações no tocante ao seu enfrentamento vêm sendo amplamente discutidas referente ao aprimoramento da política pública de saúde existente no cenário brasileiro com foco no diagnóstico precoce, no atendimento nas esferas de complexidade do Sistema Único de Saúde e em estratégias de tratamento adequada (BRASIL, 2004).

As principais causas de DRC conforme Castro (2019) são a diabetes mellitus<sup>6</sup> e a hipertensão arterial sistêmica<sup>7</sup>. A doença renal crônica revela o panorama de predisposição biológica de alguns indivi-

---

6 O diabetes mellitus é um grupo de desordens metabólicas caracterizado por hiperglicemia crônica resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. A hiperglicemia crônica está associada a danos e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (VOLTARELLI, 2009, p. 149). Segundo Lopes (2018, p. 1), o adoecimento não possui perspectiva de cura e o tratamento biomédico volta-se para o controle através de medicações, modificação de hábitos alimentares e prática de atividades físicas.

7 A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial/PA. É um grave problema de saúde promovendo o comprometimento de órgãos, o aumento de eventos cardiovasculares e fator de risco para diversas outras doenças (BRASIL, 2013).

duos associados com comportamentos conhecidos como danosos à saúde - alimentação inadequada e/ou sua inexistência, ausência de atividade física regular, abuso de substâncias psicoativas e entre outros (DUARTE; HARTMANN, 2018).

As modalidades de tratamento da doença renal crônica, estabelecidas pelo profissional médico, a partir do comprometimento da função glomerular dos rins são definidas entre o tratamento conservador com acompanhamento dos índices clínicos minimizando o avanço da enfermidade e o retardo da terapia renal substitutiva; a diálise peritoneal; a hemodiálise; e o transplante renal. Este último sendo oferecido como alternativa de menor custo à política de saúde, maior qualidade de vida ao candidato e aumento da sobrevida (SANTOS *et al.*, 2018).

O cenário brasileiro se destaca na coordenação e na regulamentação de transplantes de órgãos em serviços públicos, ocupando a posição de segundo país do mundo em número de transplantes (SILVA *et al.*, 2016). Segundo a legislação federal (BRASIL, 1997), a retirada de tecidos, órgãos e/ou partes do corpo humano é permitida para fins de tratamento e transplante. Existe um grande rigor nessa retirada por meio de leis e decretos, que vinculam a equipe e instituições ao Sistema Único de Saúde para evitar a comercialização da atividade mencionada.

De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2019), os dados nacionais de transplantes renais no ano de 2019 foram de 6.283 procedimentos, sendo 1.038 realizados na região nordeste e, especificamente, 293 no estado do Ceará. Apesar dos números entusiasmantes acima, o Brasil possui o quantitativo de 25.163 pessoas em lista de espera no país e o Ceará com número de 799 no aguardo da cirurgia.

Essa desproporção entre a oferta e a disponibilidade de órgãos geram incertezas referente ao tempo de espera pelo rim que, segundo Marinho (2006, p. 2230), “impedem o planejamento das vidas dos pacientes e dos seus familiares, da atuação do sistema de saúde e do funcionamento do sistema produtivo onde eles exerçam atividades laborativas”. Isto é percebido porque geralmente os candidatos que aguardam o transplante renal estão em tratamento de hemodiálise que, segundo Neves *et al* (2020), no ano de 2018 existia o número de 133.464 pessoas nessa modalidade de depuração artificial do sangue.

Se por um lado, a hemodiálise garante as condições para que as pessoas aguardem a realização do transplante renal sem maiores complicações possibilitando a vida, apesar da “máquina”, por outro, a frequência do deslocamento semanal para as clínicas e o tempo da realização da filtragem do sangue impede hábitos como viagens sem agendamento prévio, requer a necessidade de verificação da disponibilidade de vagas em clínicas dialíticas no local de destino, a indisponibilidade de frequentar atividades formais de trabalho, mudanças em hábitos alimentares e entre outros. Além disso, cada organismo comporta-se de forma distinta a essa terapêutica impactando na oscilação do bem-estar do paciente até a realização da próxima sessão dialítica.

Esse panorama de alguma maneira modifica a realidade social daqueles que aguardam o transplante tendo suas vidas paralisadas pela imprecisão do momento exato de sua cirurgia, repercutindo no âmbito trabalhista, social, familiar e outros. Dessa forma, o diagnóstico da Insuficiência Renal Crônica (IRC) chega de modo distinto para cada pessoa e que conforme Bravo (2013, p. 16) “a saúde

está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social”.

Por isso, pelo fato de entender que a vivência do processo saúde-doença não se apresenta no cotidiano de forma igualitária é que salta aos olhos a necessidade de conhecer as características das pessoas que já realizaram o transplante renal pondo em pauta os marcadores clínicos e sociais que perpassam a vida dessas pessoas. Ademais, conhecer as pessoas transplantadas renais é um importante orientador para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde especializados com foco na eficácia e excelência institucional garantindo as condições básicas e necessárias para os usuários da política pública de saúde. Este estudo objetivou-se avaliar o contexto clínico e social dos pacientes que escolheram o transplante como terapia renal substitutiva.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo que advém de dados já ocorridos e coletados em determinado período e é restrita a documentos escritos, constituindo o que se denomina de fontes primárias (POLIT; BECK, 2011). O estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2002). O local do estudo foi o ambulatório do Serviço de Transplante Renal do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), na cidade de Fortaleza/CE.

A instituição é referência para o norte-nordeste brasileiro em serviços de alta complexidade para diversas especialidades e, entre elas, o transplante nas modalidades ofertadas pela instituição – renal, fígado, pâncreas-rim e córnea. Além disso, atua como um dos maiores campos de treinamento do país sendo considerado “hospital escola” acolhendo diversos programas de residência – médica, multiprofissional e uniprofissional – internatos e estágios visando à formação e qualificação de profissionais para a área da saúde (HGF, 2020).

A obtenção dos dados analisados obedece às determinações éticas da Resolução nº 466 (BRASIL, 2012) que refere sobre as diretrizes envolvendo pesquisas científicas com seres humanos. Foi construído um banco de dados que foram resguardados as informações pessoais de cada participante, preservando o anonimato, sendo utilizado somente as variáveis necessárias neste estudo.

Ao todo, foram verificados 199 prontuários aleatoriamente de pessoas que realizaram acompanhamento ambulatorial e, posteriormente, o transplante renal. Contudo, foram utilizados para este estudo somente o número de 185 prontuários devido uniformidade para contemplar os critérios de inclusão e exclusão.

O banco de dados foi formulado em Planilha do *Microsoft Excel* composto pelas seguintes informações dos participantes: gênero, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, localidade de moradia, doença de base, tempo de hemodiálise, profissões/ocupações mais citadas e informações gerais sobre os doadores – gênero, faixa etária e causa da morte encefálica.

Para a organização dos dados coletados utilizamos os recursos estatísticos do *software Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 20, amplamente utilizada em pesquisas científicas.

ficas referentes a aplicações analíticas, a verificação de dados, a estudos de textos e a composições estatísticas. Neste estudo, o software foi aplicado na realização das análises descritivas dos dados, tais como nas características das variáveis dos participantes da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram de pessoas de ambos os sexos, sem distinção etária e que tenham realizado a cirurgia do transplante renal de agosto de 2018 a outubro de 2019 (o recorte temporal foi em decorrência dos procedimentos clínicos e cirúrgicos estarem mais atuais). Os critérios de exclusão foram prontuários não acessados, com dados incompletos e/ou sem identificação dos dados requeridos, transplantes com doadores vivos e aqueles realizados na modalidade duplo - pâncreas/rim e/ou fígado/rim.

O estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado “Perfil clínico-epidemiológico dos receptores de órgãos do estado do Ceará” submetido pela Plataforma Brasil ao Comitê de Ética e Pesquisa do HGF, tendo o seguinte número de aprovação nº 754.462, CAEE 34237914.2.0000.5040, para a coleta de dados.

### 3 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se, visando conhecer as características dos doadores falecidos dos pacientes que fizeram transplante renal, a elaboração das Tabelas abaixo com os dados coletados.

**Tabela 1** – Caracterização dos doadores falecidos das pessoas transplantadas renais no Serviço de Transplante Renal do Hospital Geral de Fortaleza/CE, Fortaleza/CE, 2018-2019

Variáveis	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	127	68,6
Feminino	58	31,4
<b>Idade</b>		
0 – 11 anos	4	2,1
12 – 17 anos	20	10,8
18 – 59 anos	157	84,8
A partir de 60 anos	4	2,1
<b>Causa da Morte Encefálica TCE*</b>		
AVC**	36	19,6
Outros	34	18,5

Fonte: Ambulatório de Transplante Renal do HGF. Traumatismo Crânio Encefálico\*. Acidente Vascular Cerebral\*\*

No caso dos doadores dos pacientes deste estudo, destaca-se a maioria do sexo masculino, 68,6% (127), com faixa etária de 18 a 59 anos, 84,8% (157). A média de idade entre os doadores é de 32,26

anos variando entre 3 a 62 anos com desvio padrão de 13,69% para mais ou menos. Entre as causas de morte encefálica<sup>8</sup> ressalta-se o traumatismo crânio encefálico com quantitativo de 62,0% (114) dos participantes, sendo 102 do gênero masculino e 12 do feminino.

Os achados deste estudo vão de encontro com a literatura nos estudos de Rodrigues *et al* (2018), Israel e outros autores (2019) e Oliveira e colaboradores (2020) com predominância de pessoas do gênero masculino em idade produtiva até os 40 anos de idade justificando-se principalmente pela exposição desse público a situações de perigo e estilo de vida, tendo destaque para os acidentes no trânsito.

Apesar das crianças serem grupo prioritário juntamente com as pessoas em falência de acesso, observa-se na Tabela 1 número pequeno de doadores na mesma faixa etária. Algo também percebido nos dados de doadores idosos que trazem outros fatores determinantes para o procedimento cirúrgico como a qualidade do enxerto doado, as comorbidades do doador falecido e outros. Nesse caso, crianças e idosos são afetados pelo reduzido quantitativo de doadores em consonância com a faixa etária dos pacientes receptores do órgão. Todavia, nestes casos específicos, ocorrem adequações, mesmo que as faixas etárias entre doador e receptor sejam distintas levando em consideração os fatores clínicos do paciente e a possibilidade de espera do órgão adequado.

**Tabela 2** – Caracterização das variáveis sociodemográficas das pessoas transplantadas renais atendidas no Serviço de Transplante Renal do Hospital Geral de Fortaleza/CE, Fortaleza/CE, 2018-2019

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	110	59,5
Feminino	75	40,5
<b>Idade</b>		
0 – 11 anos	7	3,8
12 – 17 anos	7	3,8
18 – 59 anos	128	69,2
A partir de 60 anos	43	23,2
<b>Raça/Cor</b>		
Branco/a	11	5,9
Negro/a	18	9,7
Pardo/a	156	84,3

8 O protocolo de morte encefálica é realizado em pacientes em coma não perceptivo, com ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente. Para a realização do diagnóstico são obrigatórios a realização de dois exames clínicos, teste de apneia que confirme a ausência de movimentos respiratórios e teste complementar – geralmente, exame de imagem que comprove a ausência de atividade encefálica (CONSELHO..., 2017).

Variáveis	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/a	64	34,6
Casado/a	105	56,8
União Estável	3	1,6
Viúvo/a	5	2,7
Divorciado/a	8	4,3
<b>Escolaridade</b>		
Alfabetizado	6	3,2
Não Analfabeto	11	5,9
Ensino Fundamental	72	38,9
Ensino Médio	76	41,1
Ensino Superior	20	10,8
<b>Localidade de moradia</b>		
Fortaleza/CE	64	34,6
Outras cidades do CE	99	53,5
Outros estados	22	11,9
<b>Ocupação</b>		
Estudante	21	11,35
Agricultor	20	10,81
Do Lar ou Dona de Casa	24	13,97
Aposentado	15	8,10
Motorista	08	4,32
Serviços Gerais	08	4,32

Fonte: Ambulatório de Transplante Renal do HGF.

As pessoas que realizaram transplante renal são predominantemente do gênero masculino, 59,5% (110), e com faixa etária de 18 a 59 anos (128). A média de idade entre os participantes é de 45,75 anos variando de 1 a 78 anos com desvio padrão de 17,02% para mais ou menos. Apesar de Locatelli, Spanevello e Colet (2015) observarem o gênero feminino em maior relevância em seu estudo sobre o perfil medicamentoso de pacientes em terapia substitutiva.

Por sua vez, Batista (2017) que traça o perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera e Figueiredo (2017) em relação às pessoas em realização de hemodiálise enfatizam a predominância masculina em seus estudos. Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), a referência sobre a baixa procura dos homens aos serviços de saúde está intimamente relacionada com a visibilidade do papel de ser homem associado a sentimentos de invulnerabilidade, força e virilidade. Desse modo, essa representação social não deixa margem para demonstrações de fraqueza, medo, insegurança e qualquer outro que ponha em risco a masculinidade.



No quesito raça<sup>9</sup>/cor<sup>10</sup> constatamos o destaque para as pessoas que se autodeclararam como pardas, 84,3% (156). Para Paixão e outros autores (2010, p. 40), existe maior incidência de insuficiência renal nas pessoas autodeclaradas brancas. Contudo, a população negra (composta por pretos e pardos) é citada de maior incidência de adoecimentos crônicos em geral.

Noblat, Lopes e Lopes (2004, p. 111) enfatizam em seu estudo de avaliação do marcador raça em pacientes com insuficiência renal e hipertensos em Salvador/BA “que não foram estatisticamente significantes, mas foram consistentes com maior prevalência de hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência renal em negros e mulatos”. Em Souza Júnior e colaboradores (2019, p. 650), destacam a predominância dos autodeclarados brancos (36,81%). Porém, se observarmos a somatória de pretos e pardos, 5,56% e 30,62%, respectivamente, percebemos uma aproximação significativa entre os dados da população negra e branca.

Com relação ao estado civil, obtivemos percentual significativo para os participantes casados, com 56,8% (105), seguido dos solteiros, com 34,6% (64). Na escolaridade tivemos uma proximidade entre os dados das pessoas com ensino médio, 41,1% (76), e ensino fundamental, 38,9% (72). Apesar de algumas variações entre as modalidades de ensino concluído e cursando, os estudos de Locatelli, Spanevello e Colet (2015) e Figueiredo (2017) também apontam o destaque para a escolaridade de ensino fundamental e médio.

No que se refere à localidade de moradia, a maioria das pessoas advém de outras cidades do estado do Ceará, 53,5% (99) – com exceção de Fortaleza/CE. Este dado revela a concentração das equipes transplantadoras estarem localizadas na capital do estado, sendo a distância um fator de dificuldade para as pessoas acessarem os serviços de saúde e, conseqüentemente, a preparação e o acompanhamento pós-transplante.

Outro ponto sobre o local de moradia é o número de pessoas que advém de outros estados da federação, 11,9% (22). Entre as justificativas para esse deslocamento citamos a ausência de equipes transplantadoras em seu território de origem ou a realização de transplante renal em apenas uma modalidade, geralmente doador vivo. Por isso, diante da impossibilidade de doadores no âmbito familiar e de amigos acrescido da escassez de serviços de saúde especializados, as pessoas acabam deslocando-se para outras regiões na ânsia de conseguir a realização do transplante renal em Fortaleza/CE.

Para os casos acima, o governo federal dispõe de legislação que normatiza ajuda de custo para os pacientes e seus acompanhantes realizarem tratamento de saúde em outras localidades que ofereçam assistência terapêutica - chamado Programa de Tratamento Fora do Domicílio/TFD (BRASIL,

---

9 “O termo raça, quando utilizado pelo movimento negro, por sociólogos e nas políticas públicas, não tem um significado biológico, assim como não é alicerçado na ideia de raças superiores e inferiores, como em séculos precedentes. Mas se baseia na dimensão social e política do referido termo. O uso justifica-se tanto pelo fato da discriminação racial e o racismo existentes na sociedade brasileira se darem não apenas devido aos aspectos culturais dos representantes de diversos grupos étnico-raciais, como também devido à relação que se faz entre esses e os aspectos físicos observáveis na estética corporal dos pertencentes às mesmas” (GOMES, 2005, p. 45 apud BRASIL, 2016, p. 15).

10 “A classificação racial atualmente empregada pelo IBGE distingue as variedades pela característica ‘cor da pele’, que pode ser branca, preta, amarela e parda, a única exceção sendo a categoria indígena, introduzida no Censo Demográfico 1991” (OSÓRIO 2005, apud BRASIL, 2013).

1999)<sup>11</sup>. Ademais, também garante o traslado em datas previamente agendadas de consultas, atendimentos em gerais e procedimentos relacionados ao tratamento.

No entanto, essa garantia é marcada por situações de atrasos nos repasses e rígida burocracia referente às comprovações para o deslocamento dos usuários e, em alguns casos, sua permanência na cidade de tratamento devido à recomendação clínica. Nesse sentido, algumas pessoas acabam optando por custear seu deslocamento e/ou permanência no mesmo município da instituição de saúde devido a imprecisão da data de pagamento, desistem do envio das comprovações de consultas e atendimentos para o repasse dos recursos junto às Secretarias de Saúde ou realizam para o ressarcimento posterior.

Diversas foram as profissões mencionadas, contudo reunimos na Tabela 2 as profissões/ocupações mais citadas. Dentre elas, evidenciamos as pessoas que não realizavam atividade profissional remunerada – “do lar” ou “dona de casa”<sup>12</sup>, 13,97% (24); estudante, 11,35% (21); e agricultor, 10,81% (20).

Entre as ocupações, salta aos olhos a referência ao trabalho doméstico e não remunerado com sua maior incidência. Apesar de ser o mais autodeclarado na pesquisa, o trabalho realizado pelas donas de casa aparece no cenário social como invisibilizado e ou de pouca relevância (SANTOS; DINIZ, 2011). Fato destacado também nos estudos de Moreira, Araújo e Moreira (2018, p. 5) quando dizem que

Os termos dona e rainha, sem dúvida, dissimulam a desvalorização implícita aos afazeres domésticos, posto como destino e atividade improdutivo, pelo menos na óptica capitalista, na qual todo produto da atividade humana se torna mercadoria, cujo valor é apenas valor de troca.

Desse modo, as pessoas intituladas “do lar” ou “dona de casa” comumente enfrentam desafios durante o seu processo de preparação ao transplante renal no tocante a atenção nos cuidados domésticos com o compartilhamento ou não das tarefas com outros membros do núcleo familiar e a ausência de renda própria. Diante disso, acabam dependendo financeiramente de outras pessoas.

Outra variável intrigante na Tabela 2 é a denominação da ocupação de agricultor nas profissões/ocupações mais citadas. Segundo Moraes e outros autores (2018), ressaltam uma predominância de homens nessa atividade e, devido o contato prolongado com agrotóxicos, na aplicação e manuseio na agricultura, a ocorrência de disfunções renais. Por isso, as pessoas que exercem especificamente essa atividade de trabalho tem uma relação com adoecimentos renais.

---

11 O Programa de Tratamento Fora do Domicílio é uma ajuda de custo destinada para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de sua residência. Ele é destinado quando todos os meios de tratamento no município do paciente forem esgotados. Desse modo, o indivíduo e o seu acompanhante são referenciados para o município e/ou estado da federação que possui o tratamento requerido, exceto os contidos no Piso da Atenção Básica - PAB. É válido mencionar que a distância para a solicitação dessa ajuda de custo precisa ser maior que 50 km de distância entre a residência do paciente e a unidade de saúde (BRASIL, 1999).

12 “De acordo com Santos e Diniz (2011), o termo dona de casa surge com a industrialização, tendo sua origem ligada ao modelo de economia capitalista que divide a sociedade ocidental em duas esferas: a particular e a pública. Para as autoras, a atribuição de papéis de gênero, em nossa sociedade, baseou-se numa suposta natureza feminina – ligada à reprodução e ao cuidado materno – para confinar a mulher no espaço privado, destinando, conseqüentemente, o espaço público e produtivo aos homens” (MONTEIRO; ARAÚJO; MOREIRA, 2018, p. 3).

**Tabela 3** – Cruzamento dos dados entre gênero, escolaridade e local de moradia das pessoas transplantadas renais atendidas no Serviço de Transplante Renal do Hospital Geral de Fortaleza/CE, Fortaleza/CE, 2018-2019

Variáveis	Fortaleza		Interior do estado		Outro Estado	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
<b>Alfabetizado</b>						
Feminino	1	0,5	1	0,5	0	0
Masculino	1	0,5	3	1,6	0	0
<b>Analfabeto</b>						
Feminino	2	1,1	7	3,8	1	0,5
Masculino	0	0	1	0,5	0	0
<b>Ensino Fundamental</b>						
Feminino	7	3,8	17	9,2	1	0,5
Masculino	12	6,5	28	15,1	7	3,8
<b>Ensino Médio</b>						
Feminino	11	5,9	19	10,3	3	1,6
Masculino	20	10,8	17	9,2	6	3,2
<b>Ensino Superior</b>						
Feminino	4	2,2	5	2,7	2	1,1
Masculino	6	3,2	1	0,5	2	1,1
<b>Total por gênero</b>						
Feminino	25	13,5	43	23,2	7	3,8
Masculino	39	21,1	56	30,3	15	8,1
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>34,6</b>	<b>99</b>	<b>53,5</b>	<b>22</b>	<b>11,9</b>

Fonte: Ambulatório de Transplante Renal do HGF.

Ao realizar o cruzamento dos dados entre gênero, escolaridade e local de moradia constatamos que a maioria das pessoas da cidade de Fortaleza/CE possuíam o ensino médio, 16,7% (31), com ênfase do gênero masculino com o dobro de pessoas em comparação ao feminino. Porém, o interior do estado do Ceará tem a maioria de pessoas no ensino fundamental, 24,3% (45), e médio, 19,5% (36) – com a soma de ambos os gêneros. Contudo, na capital onde encontramos a maior incidência de pessoas com nível superior, 5,4% (10). Ao associar esse fator a diversidade na oferta do ensino superior em instituições públicas e privadas localizadas em Fortaleza/CE quando comparado ao interior do estado. Destacamos que tanto em Fortaleza ou nas demais cidades, o público masculino esteve em maioria em comparação ao feminino no quesito escolar de participação no ensino fundamental ou no médio.

Na Tabela 4 foram organizadas as principais doenças de bases dos participantes da pesquisa e o período que estes permaneceram em realização de hemodiálise até a data da realização do transplante renal.

**Tabela 4** – Distribuição das variáveis segundo as doenças de base que levaram ao comprometimento renal terminal e o tempo de diálise das pessoas que realizaram transplante renal no Serviço de Transplante Renal do Hospital Geral de Fortaleza/CE, Fortaleza/CE, 2018-2019

Variáveis	N	%
<b>Doença de base</b>		
Diabetes	33	18,0
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	19	10,4
Glomerulopatias Crônicas	27	14,8
Etiologia desconhecida	75	41,0
Doença Policística Renal	13	7,1
Urológica-Bexiga Neurogênica	5	2,7
Outras	11	6,0
<b>Tempo de Hemodiálise</b>		
Zero	3	1,6
Preemptivo	11	5,9
Até 12 meses	16	8,
De 12 a 36 meses	67	36,2
Maior que 36 meses	88	47,6

Fonte: Ambulatório de Transplante HGF

Entre as enfermidades acima destacamos a Etiologia Desconhecida, 41,0% (75), as Glomerulopatias Crônicas, 14,8% (27), a Diabetes, 18,0% (33) e a Hipertensão Arterial Sistêmica, 10,4% (19). Dados que também vão de encontro com as pesquisas de Figueiredo (2017) e Batista (2017) sobre os pacientes em hemodiálise e os que estão em fila de espera para o transplante, respectivamente, com as seguintes doenças causadoras: hipertensão arterial sistêmica, diabetes e outros – nesse caso, relaciona à etiologia de causas desconhecidas. Em Locatelli, Spanevello e Colet (2015) é possível também perceber a relação entre a diabetes e a hipertensão com os pacientes com doença renal.

Em referência ao tempo de hemodiálise até a data da realização do transplante renal destacamos o período superior a 36 meses, de tratamento dialítico 47,6% (88), conforme Tabela 4. Apesar de Figueiredo (2017) realizar outra divisão temporal, percebemos que os dados de sua pesquisa são similares aos encontrados neste estudo, tendo uma predominância de tempo entre 1 a 5 anos em hemodiálise.

Identificamos na pesquisa que as pessoas oriundas do interior do estado do Ceará permanecem por maior tempo em realização de hemodiálise antes da realização do transplante renal em comparação com o público da cidade de Fortaleza/CE. Obtivemos o quantitativo de 53,5% (99) pessoas do interior em tratamento dialítico em comparação à capital com 34,6% (64). Também destacamos que o público do interior permanece em maior tempo de hemodiálise, sendo 18,9% (35) pessoas por período de 12 a 36 meses e 23,2% (43) pessoas acima de 36 meses. Por sua vez, tivemos em Fortaleza o número de 14,0% (26) e 17,3% (32), respectivamente no mesmo período citado acima.

Em relação ao tempo de hemodiálise e o nível de escolaridade dos participantes transplantados constatamos tanto no ensino fundamental e no médio a maioria do público proveniente do interior do estado, sendo respectivamente 8,1% (15) e 5,94% (11) com período de tratamento entre 12 a 36 meses de hemodiálise. Já as pessoas com as mesmas escolaridades anteriormente citadas estavam acima de 36 meses de hemodiálise representaram o número de 11,35% (21) e 9,72% (18).

Cenário este diverso da capital onde encontramos 2,7% (5) de nível fundamental e 7,02% (13) de nível médio no período de 12 a 36 meses e 5,94% (11) e 9,18% (17) na mesma escolaridade acima de 36 meses. Contudo, os números de pessoas com nível superior permanecem em Fortaleza/CE e praticamente a inexistência de pessoas em tratamento dialítico no interior do estado em período acima de 36 meses.

Desse modo, na escolaridade de ensino fundamental e médio nos períodos de hemodiálise de 12 a 36 meses e acima dos 36 meses o público do interior do estado do Ceará encontra-se em maioria na comparação com as pessoas na mesma modalidade de tratamento em Fortaleza. Este panorama reforça o cenário da dificuldade do deslocamento das pessoas do interior do estado à capital para a realização da preparação ao transplante renal pondo em ênfase a escassez da modalidade desse tratamento para as outras regiões, uma vez que as unidades transplantadoras se localizam em Fortaleza/CE.

A partir do conhecimento das características das pessoas com doença renal crônica, é possível retornar para o poder público o panorama geral dos fatores que geralmente são considerados impulsionadores e condicionadores para o surgimento e desenvolvimento da enfermidade já mencionada.

Visando aperfeiçoar a política de saúde e a criação de novas frentes para garantir a assistência necessária no intuito de minimizar ou mesmo retardar o avanço da doença, são necessárias ao desenvolvimento de ações e o fortalecimento daquelas existentes.

Entre elas, podemos minimamente apontar a capacitação e/ou o aperfeiçoamento dos profissionais que trabalham nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) a fim de identificar os casos e acompanhá-los no território; nas situações onde a Atenção Básica não consegue mais responder às necessidades dos usuários de saúde, faz-se importante o encaminhamento para as outras esferas de assistência e que lá os indivíduos possam encontrar equipes com conhecimento científico e técnico para absorver a demanda referenciada; a criação de centros transplantadores em Estados da federação que ainda não possuem e o aumento do número de profissionais no capital humano das instituições que dispõe de equipes transplantadoras; e, não menos importante, o incentivo em ações de promoção à saúde para que os sujeitos possam conhecer os determinantes e condicionante do surgimento da doença renal requisitando a partir de suas vivências em seus territórios ações e serviços que possibilitem o direito à liberdade, à informação, a autonomia e a participação social.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou algumas das características principais das pessoas que realizaram transplante renal. Apesar de ser um quantitativo específico, percebemos minimamente as variáveis que compõem

o perfil das pessoas que realizam este tipo de tratamento de saúde. Com esses dados, acreditamos que essas informações possibilitam aos gestores e às equipes multiprofissionais o desenvolvimento/ampliação de serviços e fluxos cada vez mais eficazes no atendimento/resolutividade às demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, conhecer as características das pessoas em terapia renal substitutiva, em particular, nos casos que são necessários o transplante renal; possibilita à devolutiva para agenda pública dos fatores que podem impulsionar a identificação e, conseqüentemente, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde visando prevenir ou retardar o adoecimento. Assim, tais informações possibilitam um panorama geral demarcado no tempo e no espaço daqueles/as que estão mais suscetíveis ao adoecimento e requisitar ações micro, localizadas em seus territórios, e macro, de maior aparato técnico-científico.

Ações de forma preventiva e locais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e em programas de saúde para possíveis segmentos populacionais que estejam em patamar de vulnerabilidade (negros, indígena, ciganos e outros) e o incentivo à capacitação permanente dos profissionais que atuam na Atenção Básica para identificarem o adoecimento renal de modo precoce é uma via duplamente benéfica – para as pessoas, por reduzir o tempo de desconhecimento sobre sua condição de enfermidade; e para o Sistema de Saúde, a fim de dá uma resposta ainda mais resolutiva conjugando recursos materiais, humanos e técnicos disponíveis em cada esfera de complexidade.

Sobre a participação profissional, em especial à inclusão de assistentes sociais em equipes de transplante em hospitais que oferecem serviço de transplante abre a possibilidade para esse profissional interferir e redirecionar a sua inserção nos processos de trabalho na saúde contribuindo junto à equipe multiprofissional no tocante a elaboração de estratégias de atendimento às necessidades imediatas, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes do processo pré e pós transplante renal.

O tema é inexaurível em interpretações e análises pelo fato de a realidade social ser dinâmica e, no mesmo movimento, os seus agentes. Por isso, as determinações aqui pontuadas não são estáticas e inalteráveis. Pelo contrário, o perfil dos participantes poderá mudar ante outras circunstâncias.

Ademais, consideramos que seja indispensável frisar a importância de outras variáveis que não puderam ser obtidas neste estudo pela sua inexistência em prontuário ou imprecisões, por exemplo do contexto familiar, renda, perfil dos cuidadores/acompanhantes e outras.

Desse modo, este estudo pretende fomentar novas pesquisas que suscitem outras inquietações de um tema tão envolvente, contemporâneo e que constitui uma mudança radical na vida da pessoa acometida pela insuficiência renal crônica.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2017-2019)**. Ano XXV, n. 4, 2019. Disponível em <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>. Acesso em 20 jun. 2020.

BATISTA, C. M. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera para o transplante renal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 280-286, maio 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0280.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9434**, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9434compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434compilado.htm). Acesso em 29 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1168**, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_1168\\_ac.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm). Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 55**, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html). Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2013. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Painel de Indicadores do SUS. **Temático Saúde da População Negra**, V. 7, n. 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v\\_7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v_7.pdf). Acesso em: 23 jun. 2020.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CASTRO, M. C. M. Tratamento conservador de pacientes com doença renal crônica que renuncia à diálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 41, n. 1, p. 95-102, 2019. Disponível em [https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n1/pt\\_2175-8239-jbn-2018-0028.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n1/pt_2175-8239-jbn-2018-0028.pdf). Acesso em: 28 jul. 2020.

CONSELHO Federal de Medicina. **Resolução nº 2173**, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios de morte encefálica. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/>

carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf.  
Acesso em: 6 jul. 2020.

DUARTE, L.; HARTMANN, S. P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 1, p. 92-111, jan./jun., 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a06.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

FIGUEIREDO, A. V. **O perfil clínico-epidemiológico dos indivíduos com doença renal crônica que realizam o tratamento de hemodiálise na Clínica SIN-Terapia Renal de Campo Grande/MS**. 2017. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017. Disponível em <https://inisa.ufms.br/files/2019/06/O-PERFIL-CL%C3%8DNICO-EPIDEMIOL%C3%93GICO-DOS-INDIV%C3%8DDUOS-COM-DOEN%C3%87A-RENAL-CR%C3%94NICA-QUE-REALIZAM-O-TRATAMENTO-DE-HEMODI%C3%81LISE-NA-CL%C3%8DNICA-SIN-TERAPIA-RENAL-DE-CAMPO-GRANDE-MS.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HGF. **Desenvolvido pelo Hospital Geral de Fortaleza**. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/apresentacao/apresentacao>. Acesso em: 23 jun. 2020.

ISRAEL, J. L. *et al.* Fatores relacionados ao óbito de pacientes com traumatismo cranioencefálico. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 13, n. 1, p. 9-14, 2019. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238148/31103>. Acesso em: 6 jul. 2020.

LOCATELLI, C; SPANEVELLO, S; COLET, C. F. Perfil medicamentoso de pacientes sob tratamento de terapia renal substitutiva em um hospital do Rio Grande do Sul. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 13, n. 4, p. 240-245, out./dez. 2015. Disponível em <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/161/157>. Acesso em: 28 jun. 2020.

LOPES, A. A. F. Empoderamento, amizade e cuidado de si: novas formas de relação de assistência à saúde. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 33, n. 98, p. 1-21, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v33n98/0102-6909-rbcsoc-33-98-e339806.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.



MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, out. 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/22.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MORAIS, *et al.* Avaliação de marcadores renais em agricultores expostos aos agrotóxicos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 21, n. 2, p.72-76, 2018. Disponível em [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180103\\_165546.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180103_165546.pdf). Acesso em: 25 jun. 2020.

MOREIRA, R. P.; ARAÚJO, J. N. G.; MOREIRA, M. I. C. Você, dona de casa: trabalho, saúde e subjetividade no espaço doméstico. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 13, n. 4, p. 1-14, out./dez. 2018. Disponível em [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/3155/2014](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/3155/2014). Acesso em: 25 jun. 2020.

NEVES, P. D. M. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.**, v. 42, n. 2, p. 191-200, mai. 2020. Disponível em [https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2175-8239-jbn-2019-0234/2175-8239-jbn-2019-0234-pt.pdf](https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-2019-0234/2175-8239-jbn-2019-0234-pt.pdf). Acesso em: 19 jun. 2020.

NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M. B.; LOPES, A. A. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, n. 2, p. 111-115, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/abc/v82n2/19234.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Tratamento cirúrgico de traumatismo cranioencefalico com afundamento no Brasil nos anos de 2014 a 2018. **Braz. J. Hea. Rev., Curitiba**, v. 3, n. 2, p. 1368-1383, mar./abr. 2020. Disponível em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/7275/6323>. Acesso em: 6 jun. 2020.

OSÓRIO, R. G. A classificação de cor ou raça do IBGE revisatada. *In*: PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (org.). **Características** étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

PAIXÃO, M. *et al.* **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010**: constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. Disponível em [http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades\\_raciais\\_2009-2010.pdf](http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf). Acesso em: 24 jun. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, M. S. *et al.* Epidemiologia de traumatismo cranioencefálico em um hospital. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 16, n. 1, p. 21-24, jan./mar. 2018. Disponível em [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884987/dezesseis1\\_vinteum.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884987/dezesseis1_vinteum.pdf). Acesso em: 6 jul. 2020.

SANTOS, B. P. *et al.* Percepção de pessoas submetidas ao transplante renal sobre a doação de órgãos. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 30-35, maio 2018. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/883998/abcs-health-pdf.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SANTOS, L. F. *et al.* Qualidade de vida em transplantados renais. **Psico-USF**, Bragança Paulista, Campinas, v. 23, n. 1, p. 163-172, mar. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v23n1/2175-3563-pusf-23-01-163.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 137-149, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/09v23n2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.

SILVA, S. B. *et al.* Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-13, jun. 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00013515.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SOUSA JÚNIOR, E. V. *et al.* Epidemiologia da morbimortalidade e custos públicos por insuficiência renal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 3, p. 647-654, 2019. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236395/31611>. Acesso em: 24 jun. 2020.

VOLTARELLI, J. C. *et al.* Terapia celular no diabetes mellitus. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. 149-156, maio 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31s1/aop3609.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

---

**Recebido em:** 9 de Janeiro de 2022

**Avaliado em:** 14 de Fevereiro de 2022

**Aceito em:** 22 de Abril de 2022

---



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

---

1 Assistente Social; Mestrando do Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social – MASS, da Universidade Estadual do Ceará – UECE; Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

E-mail: elenilton\_cot@hotmail.com

2 Enfermeira; Especialista em Transplante de Órgãos e Tecidos pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Geral de Fortaleza – HGF.

E-mail: jm.profissional@hotmail.com

3 Assistente Social do Hospital Geral de Fortaleza – HGF; Mestra em Psicologia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Professora do curso de Serviço Social no Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.

E-mail: ana.alves@professor.unifametro.edu.br

4 Assistente Social; Especialista em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social pela Faculdade Ratio.

E-mail: daisepinheiro25@gmail.com

5 Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – (UFC); Professora Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Coordenadora da Residência Multiprofissional em Transplante de Órgãos e Tecidos do Hospital Geral de Fortaleza – HGF. E-mail: monicastudart@hotmail.com

Copyright (c) 2022 Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.