

ESTRESSE E ANSIEDADE EM TRANSPLANTE RENAL

Eudes Oliveira de Alencar¹, Giselle Andrade dos Santos Silva², Natalino Salgado Filho³, Elton J. Freitas Santos⁴, Teresa Cristina Alves Ferreira⁵, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa⁶.

1. Psicólogo. Serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PPGCM), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2. Enfermeira. Serviço de Hemodiálise do HUPD-EBSERH (UFMA). São Luís, MA, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PPGCM), UERJ.

3. Nefrologista. HUPD-EBSERH (UFMA). São Luís, MA, Brasil. Doutor em Nefrologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

4. Farmacêutico-Bioquímico. Serviço de Hemodiálise do HUPD-EBSERH (UFMA). São Luís, MA, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFMA.

5. Nefrologista. Serviço de Transplante Renal do HUPD-EBSERH (UFMA). São Luís, MA, Brasil. Mestre em Nefrologia, UERJ.

6. Enfermeira. Departamento de Enfermagem, UFMA. Doutora em Biotecnologia em Saúde, UFMA.

RESUMO

O transplante renal, dentre as terapias renais substitutivas, é a que está mais associada à melhora da qualidade de vida do paciente em estágio final da doença renal crônica. Entretanto, demandas do tratamento, efeitos adversos da medicação imunossupressora, além das questões de ordem psicológica geradas por falta de suporte ou por predisposição do indivíduo, induzem o paciente a quadros de estresse e ansiedade. Estes eventos reduzem os ganhos com qualidade de vida e concorrem para uma aderência mais frágil ao tratamento e até perda do enxerto. Este trabalho se propôs avaliar e registrar a presença do estresse e ansiedade em uma população de transplantados a fim de prover informação psicológica baseada em evidências à equipe multiprofissional envolvida no cuidado que lhes é prestado.

Descritores: transplante renal; ansiedade; estresse.

STRESS AND ANXIETY IN KIDNEY TRANSPLANTATION

ABSTRACT

Kidney transplantation, among kidney replacement therapies, is the one most associated with improved quality of life for patients with end-stage chronic kidney disease. However, demands of treatment, adverse effects of immunosuppressive medication, in addition to psychological issues generated by lack of support or predisposition of the individual, induce the patient to have stress and anxiety. These events reduce the gains in quality of life and contribute to a more fragile adherence to treatment and to graft loss. This study aimed to evaluate and record the presence of stress and anxiety in a population of transplanted in order to provide psychological evidence-based information to the multidisciplinary team involved in the care that is provided to them.

Keywords: kidney transplantation; anxiety; stress.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui um problema emergente de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que entre 5-10% da população mundial tem problemas renais¹. Estima-se que a prevalência da DRC no Brasil é de 10 milhões de pessoas com algum grau da doença² e a espera por um transplante pode chegar a mais de 11 anos³. No censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2013, o total de pessoas em hemodiálise foi de 100.397⁴. O censo ABTO⁵ (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos) do ano de 2014 aponta que 5.639 pessoas realizaram transplante renal, sendo 1.384 de doadores vivos e 4.255 por doadores falecidos. A necessidade estimada de transplantes renais para o ano de 2014 foi de 11.445. Houve aumento nos transplantes de 3,5% em relação ao ano de anterior⁶.

A DRC é caracterizada pela presença de lesão renal associada ou não à diminuição da filtração glomerular (inferior a 60 ml/min/1,73m²) por um período igual ou superior a três meses. Para este mesmo período, considera-se que pode surgir: albuminúria, sedimentos anormais na urina, eletrólitos e outras anormalidades devido a distúrbios tubulares, anormalidades detectadas pela histologia, anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem e histórico de transplante renal^{7, 8, 9, 10}. Com o avanço da doença, há perda gradual da filtração glomerular e quando todas as tentativas de controle falham é instituída a Terapia Renal Substitutiva (TRS). A taxa de filtração glomerular abaixo de 15ml/min se constitui em falência renal.¹¹

As formas de TRS, diálise ou transplante renal (TR), aliviam os sintomas e preservam a vida do paciente, mas não possuem caráter curativo¹². Estudos têm mostrado que o TR oferece maior qualidade de vida quando comparado com o tratamento dialítico^{13, 14, 15}. Outro autor afirma que o TR, no longo prazo, é superior à hemodiálise cuja dedicação ao tratamento é severa e com comprometimentos da vida cotidiana¹⁶. O TR reduz as comorbidades, estende a vida e a qualidade de vida (QV) para a maioria dos pacientes com doença renal crônica¹⁷.

O TR é realizado por meio de um procedimento cirúrgico em que um rim saudável doado é transplantado no corpo do receptor¹². Trata-se de um processo demorado, no caso de doador falecido, que é organizado a partir de uma lista de espera (Lista Única de Receptores) por órgão compatível. Realizado com sucesso, este procedimento elimina a necessidade de diálise, o que gera inúmeras expectativas no paciente¹⁸.

Os dados sugerem que após o transplante os pacientes recuperam uma parcela suficiente das capacidades que tinham antes da DRC, pois este favorece uma dieta menos restritiva e maior liberdade de tempo e mobilidade¹⁹, além disso, apresentam menor morbidade, mortalidade e melhor qualidade de vida (QV) em comparação com pessoas em diálise^{20, 21}. O TR propicia saúde com nível relativo de normalidade^{22, 23}. Pacientes costumam percebê-lo como uma maneira de se libertar da obrigatoriedade da hemodiálise e sinaliza a possibilidade de resgate do cotidiano de vida²⁴. Além disso, muitos pacientes têm no transplante renal, uma expectativa idealizada de cura²⁵. Essa idealização é um mecanismo de defesa necessário ao para lidar com a ansiedade e as fantasias de morte que lhe assaltam²⁶.

Embora haja relatos de melhoria de qualidade de vida, a melhora geral do nível de QV em transplantados renais não se mantém quando comparados ao nível considerado normal na sociedade²². Após o TR, os pacientes são submetidos à medicação diária e consultas de rotina e podem ter problemas físicos e psicossociais¹². Há registro de que o necessário uso de medicamentos imunossupressores – corticosteroides e a ciclosporina – está associado à depressão, mania e sintomas psicóticos²⁷.

O distresse – é a forma danosa do estresse relacionada à incapacidade para superar uma vivência, que leva ao desgaste e a uma ruptura do bem-estar pessoal²⁸ – revelados nos perfis dos sintomas analisados em um estudo, diferem para homens e mulheres. Para os homens impotência e ansiedade foram essenciais, enquanto que para mulheres a falta de energia e aparência mudada parece desempenhar um papel mais importante²⁹. Um artigo sobre psiconefrologia³⁰ comentando sobre as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no pós-transplante, chama de “Espada de Dâmocles” a ansiedade associada com a espera e a preocupação com a rejeição do órgão.

Estudo sueco³¹ aponta que uma das estratégias dos pacientes transplantados no enfrentamento das vicissitudes desta condição é a utilização de orações, além da tentativa de olhar para as dificuldades de forma objetiva. De qualquer forma, mesmo com um *coping*¹⁽³²⁾ religioso positivo, há sempre estresse relacionado à saúde – medo de rejeição do órgão – e fatores econômicos. O estudo destaca ainda que pacientes mais emotivos, fatalistas e evasivos, têm dificuldades adaptativas e perceptivas no lidar com a condição do transplante.

¹ *Coping (CITAR COPING RELIGIOSO)⁽³²⁾, palavra inglesa sem tradução literal em português, pode significar “lidar com”, “adaptar-se a”, “enfrentar” ou “manejar”. Outra tradução bastante utilizada é enfrentamento, palavra que não expressa toda a complexidade do termo, já que enfrentar significa “atacar de frente, encarar, defrontar” e o coping, por vezes, pode revelar-se como fuga, evitação ou negação do estressor*

Os aspectos psicológicos nesta etapa do TR são pouco considerados³³, especialmente os fatores associados ao estresse em pacientes pós-transplantados.

Os imunossupressores e seus efeitos adversos são causadores de estresse²⁰. O fim da vida funcional dos órgãos é, por si mesmo, causador de ansiedade, entre outras manifestações psiquiátricas como a depressão que, em transplantados renais, ocorre logo depois do transplante e quando há rejeição³⁴.

Além do estresse, a ansiedade apresenta-se como fator importante na vida do indivíduo transplantado, com reflexos variados em sua qualidade de vida. Uma definição psicopatológica mais genérica diz que ansiedade é um “estado afetivo penoso, caracterizado pela expectativa de algum perigo que se revela indeterminado e impreciso, e diante do qual o indivíduo se julga indefeso”³⁵. Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho³⁶. A ansiedade é um estado de humor negativo caracterizado por sintomas corporais de tensão física e apreensão em relação ao futuro³⁷. “Ela pode ser um sentido subjetivo de inquietação, um conjunto de comportamentos (parecer preocupado, ansioso e inquieto) ou uma resposta fisiológica que se origina no cérebro e reflete-se no elevado batimento cardíaco e na tensão muscular”³⁷.

A ansiedade é uma resposta normal a vivências ameaçadoras. A patologia está presente quando as manifestações psicofísicas são desproporcionais à situação real³⁸. Ela é a categoria de ocorrência mais comum na população em geral, e é duas vezes mais frequente em mulheres do que nos homens³⁹.

A assistência constante aos transplantados permitiu ao psicólogo perceber a incidência de transtornos relacionados ao estresse e ansiedade e terminou por motivar esta pesquisa. Estas manifestações desencadeiam comportamentos disfuncionais e estados emocionais que afetam gravemente o bem-estar e concorrem para menor adesão à terapia e o desfecho negativo, como a perda do enxerto renal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Ambulatório do Serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUPD-UFMA), que atende pacientes pós-transplantados renais em acompanhamento ambulatorial.

O atendimento se dá duas vezes por semana com cerca de dezoito pacientes em média em cada ambulatório. A equipe responsável pelo acompanhamento é multiprofissional: nefrologistas, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e educadores físicos.

Para efetuar o estudo, foi realizado o cálculo amostral considerando-se uma população de 313 transplantados com enxerto funcional e sendo atendidos regularmente no ambulatório de acompanhamento pós-transplante. Utilizou-se o erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Neste cálculo da amostra, não foram utilizados dados de prevalência conhecidos da ocorrência de estresse e ansiedade para esta população porque não existem dados nacionais.

Para participar da pesquisa (critério de inclusão), os pacientes deveriam possuir 18 anos ou mais com, no mínimo, 6 meses de transplante renal e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador e por alunos de pós-graduação devidamente treinados. Essas entrevistas foram realizadas no dia da consulta do ambulatório. Os dados sócio-demográficos foram coletados das fichas de registro mantidas pelo serviço de Assistência Social e constou dos seguintes itens: Idade, sexo, religião, estado civil, cor, escolaridade, situação laboral e tipo de doador do enxerto. Também foram aplicados o Inventário de Stress para Adultos de Lipp e a Escala de Ansiedade Beck.

Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em gráficos e tabelas, com frequências numéricas e percentuais, as variáveis numéricas por meio de média \pm desvio padrão. Para investigar a associação das variáveis categóricas e o nível de ansiedade foi utilizado o teste Qui-quadrado e para os dados contínuos foi utilizado o *Kruskal Wallis*. Considerou-se estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) é um instrumento validado para o público brasileiro, homologado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia e desenvolvido por Marilda Novaes Lipp⁴⁰. Após a interpretação dos resultados obtidos do ISSL, o paciente é classificado em um modelo quadrifásico de gravidade do estresse: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

A Escala Beck de Ansiedade⁴¹ é um dos testes mais usados para definir o nível de sintomas de ansiedade das pessoas nas mais diversas situações. Também está homologado pelo SATEPSI. Consiste em 21 questões de múltipla escolha. A partir das

respostas é possível definir o nível de sintomas do transtorno – segundo o somatório de pontos alcançados – em mínimo, leve, moderado e grave.

Esta pesquisa foi homologada pelo Comitê de Ética: Nº. do Parecer: 053/12. Registro do CEP: 178/11.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Não há no Brasil um estudo epidemiológico sobre a ocorrência do estresse na população em geral, mas sobre ansiedade um estudo multicêntrico realizado em várias capitais, incluindo São Paulo, encontrou nesta cidade que 19,9% dos pesquisados apresentavam ansiedade. A amostra desta pesquisa foi de 557 pessoas. No universo do nosso trabalho, 30,6% dos pacientes apresentaram algum grau de ansiedade. Observou-se estresse em 29,47% dos avaliados, considerando-se desde o grau “resistência”, quando o organismo inicia um processo adaptativo diante do fator de estresse que permanece presente, até à “exaustão”⁴².

Entre os 173 pacientes avaliados por este estudo, predominavam pessoas do sexo masculino (57,8%), que não se consideravam brancos (78%), casados ou em união estável (58,9%), aposentados ou pensionistas (58,4%), com escolaridade intermediária, ou seja, de 8 a 13 anos de estudo (46,2%) e predominantemente católica (64,7%). A idade média foi de 41,64 anos com desvio padrão de $\pm 12,81$ anos. Na sua maioria, os participantes do estudo receberam rim de doador vivo (68,2%). O tempo médio de vida desde o transplante foi de 4,69 anos com desvio padrão de $\pm 3,32$ anos. Esses dados estão detalhados na Tabela 1. Especificamente em relação aos problemas investigados, destacaram-se a ausência de estresse (66,5%) e a ansiedade mínima (58,4%).

No item escolaridade, 35,26% se declararam com 8 anos ou menos de instrução educacional. Aqueles que tinham acima de 13 anos de instrução formal, o que equivale ao ensino superior completo ou não, foram 18,50%. No item religião, 28,90% se disseram Evangélicos e outras confissões religiosas representaram menos de 10% dos respondentes. Quanto ao tipo de doador do enxerto renal, pouco mais de um terço (31,8%), recebeu o órgão de um doador falecido.

A distribuição percentual dos graus de estresse dentro da amostra avaliada: Sem stress (66,5%); Alerta (2,3%); Resistência (26%); Quase-exaustão (1,2%); Exaustão (4%).

A distribuição percentual da ansiedade na amostra: Sem ansiedade (11%); Mínima (58,4%); Leve (22%); Moderada (7%); Grave (1,6%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes avaliados, em relação a variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Variável	Possibilidades	Frequência	
		Numérica	Percentual
Sexo	Masculino	100	57,8
	Feminino	73	42,2
Idade	< 40 anos	80	46,2
	≥ 40 anos	93	53,8
Cor/etnia	Branco	38	22
	Não brancos	135	78
Estado civil	Casados/união estável	102	58,9
	Viúvos/solteiros	71	41,1
Ocupação	Aposentados/pensionistas	101	58,3
	Empresários	16	9,4
Escolaridade	Outros	56	32,3
	Analfabeto	11	6,4
	Fundamental Completo	02	1,2
	Médio Completo	67	38,6
	Superior Completo	20	11,6
Religião	Outros	73	42,2
	Católicos	112	64,7
	Evangélicos	50	28,9
	Espíritas	02	1,2
Tipo de doador	Outros	09	5,2
	Vivo	118	68,2
	Falecido	55	31,8
Tempo de transplantado	≥ 4 anos	88	50,9
	< 4 anos	85	49,1
Estresse	Sem estresse	115	66,5
	Alerta	04	2,3
	Resistência	45	26
	Quase exaustão	02	1,2
	Exaustão	07	4
Ansiedade	Sem ansiedade	19	11
	Mínima	101	58,4
	Leve	38	22
	Moderada	12	7
	Grave	3	1,6

O transplante renal está associado a melhor qualidade de vida para o paciente renal crônico em comparação com as outras formas de terapia renal substitutiva – Diálise Peritoneal e Hemodiálise (HD)^{43,17, 44}. Contudo, nesta particular experiência de acompanhamento ambulatorial e em internações hospitalares de transplantados renais, é possível perceber altos índices de ansiedade e estresse se comparados à população em geral. Em estudo recente é dito que há uma relação sinérgica entre ansiedade e estresse em pacientes transplantados, fato encontrado nesta pesquisa. O autor mencionado também defende que o apoio social pode funcionar como efeito moderador sobre a relação entre os dois. Seus resultados indicam que a percepção do paciente sobre este apoio social funciona na melhoria de seu bem-estar psicológico⁴⁵.

Um trabalho defende a necessidade dos profissionais da saúde desenvolverem um programa com base científica (baseado em evidência) para a gestão (manejo) de estresse em pacientes submetidos a TR, que incorpore as estratégias para aumentar a eficiência na aderência do paciente ao tratamento e no comportamento de autocuidado¹². Além disso, atualmente, os pacientes no pós-transplante têm acompanhamento quase que exclusivo dos profissionais médicos e de enfermagem, sendo necessário o reconhecimento e inclusão de novos profissionais que atendam às diferentes demandas apresentadas por estes pacientes³⁰. Na amostra estudada ficou evidente que variados fatores interferem no melhor aproveitamento da qualidade de vida que esta TRS oferece. Crenças e sentimentos negativos influenciam a não aderência ao tratamento, o que termina por promover a rejeição do órgão⁴⁶.

As tabelas 2 e 3 apresentam as frequências numérica e percentual dos pacientes que apresentaram ansiedade e/ou estresse, respectivamente, correlacionando tais estados comportamentais com variáveis sócio-demográficas.

A prevalência nos estágios mais graves de estresse é de pessoas com mais idade. A relação entre gêneros mostra que os homens representaram o maior grupo que não possuía estresse, enquanto que, na ponta das fases – grau exaustão – eram em menor número conforme pesquisa já mencionada³⁹. Há uma inversão nesta relação entre gêneros apenas no estágio de quase-exaustão. Algo similar ocorre nos achados da ansiedade: nos estágios iniciais da escala os homens são maioria, mas este percentual se inverte e as mulheres se tornam maioria nas fases mais graves de ansiedade. Este achado repete pesquisas epidemiológicas pelo mundo, inclusive no Brasil⁴⁷. Pesquisa portuguesa não encontrou diferença entre os gêneros na forma de enfrentar as vicissitudes pós-transplante⁴⁸.

Os católicos se destacaram nos estágios do Inventário de Estresse que indicam maiores danos à qualidade de vida – resistência, quase exaustão e exaustão – seguidos pelos evangélicos e outras confissões religiosas. Situação semelhante à avaliação da ansiedade. Esta pesquisa não conclui a razão desta diferença, pois está fora de seu escopo. Estudo sobre a Qualidade de Vida de transplantados renais cristãos – maioria católica – indica a religião como um suporte psicoemocional e fator de melhora daquela qualidade⁴⁹. Outro estudo destaca a influência da espiritualidade/religiosidade no preparo para o transplante e numa possível atitude de causa divina à sua condição de doente renal, o que, segundo afirmam os autores, pode eliciar um comportamento de pouco compromisso com o tratamento pós-transplante⁵⁰.

Entre os casados/união estável houve predominância nos estágios mais acentuados de estresse em comparação com os solteiros/viúvos. Replica a mesma situação encontrada nos achados da Escala de ansiedade. Não se encontrou na literatura a correlação entre estado civil e a ocorrência de estresse. Este achado da pesquisa pede melhor investigação que justifique que os casados/união estável tenham apresentado mais sintomas estressantes que os solteiros/viúvos.

No grupo étnico, pretos e pardos pontuaram valores mais acentuados de stress, particularmente nas categorias mais graves do teste. Os brancos repetiram o mesmo quadro avaliado na ansiedade, com menores índices de stress. Não é possível, entretanto, afirmar que ser branco represente fator de proteção, visto que esta categoria demográfica não foi estatisticamente significativa na avaliação da escala de Lipp.

A pontuação em escolaridade ($p = 0,317$) foi divergente da escala de Beck. Coincidiu, entretanto, que os menos escolarizados mostraram grau mais elevado de stress no estágio exaustão, com os mais escolarizados registrando menor pontuação neste caso. Pesquisa que avaliou pacientes na lista de espera para o transplante identificou que aqueles com grau superior apresentaram menos intensidade nos sintomas de estresse⁵¹. Outro estudo correlaciona o maior tempo de estudo com melhor forma de reagir quando avaliado por Inventário de resolução de problemas, o que significa melhor manejo das dificuldades pós-transplante⁴⁸.

A situação laboral no estresse repete o resultado encontrado para a ansiedade. Outro trabalho não achou relação entre trabalho e estresse em pessoas transplantadas⁴⁸. Os aposentados e pensionistas apresentaram mais stress e nos estágios mais graves que os demais neste grupo de comparação. Assim também,

transplantados que receberam o órgão de pessoas vivas registraram mais stress que aqueles que o receberam de doadores falecidos. A preparação para o transplante demanda tempo e avaliação criteriosa da dupla⁵², as razões subjacentes que levam uma pessoa a doar, especialmente quando envolve parentes próximos, e prever os possíveis cenários relacionais futuros que podem interferir na qualidade de vida do receptor e doador^{52, 53}.

Os achados desta pesquisa indicaram que os a pacientes com mais de 4 anos de transplantados se mostraram mais estressados. Esta questão está relacionada à ocorrência de doenças oportunistas e ao medo da perda do enxerto renal que o paciente associa – o aumento desta probabilidade – com o tempo decorrido desde o transplante como se houvesse um prazo de validade para o órgão recebido⁵⁴.

No caso da ansiedade, o número de mulheres acometidas foi maior nos graus mais graves. O fato se repetiu nos resultados do inventário do estresse. A condição ansiogênica sugere uma sobrecarga de responsabilidades sociais e familiares que podem favorecer que as mulheres sejam mais afetadas. Esta explicação pode sustentar também a maior presença de estresse em mulheres.

Nos pacientes do sexo masculino observamos diminuição no quantitativo à medida que se agravam as fases na escala de ansiedade. Neste item sócio-demográfico o valor de p foi de 0,076, portanto, não significativo. Ainda assim, deve-se atentar para a diferença como um indicador que norteie a assistência às mulheres³⁹.

Nos graus moderado e grave, os católicos foram disparados o grupo religioso com maior número de pessoas ansiosas, 73,33 % do total nestas categorias, seguidos por aqueles que se declararam evangélicos (20%) e apenas 6,67% de outras confissões religiosas. Entretanto, não houve, neste caso, associação estatística ($p = 0,326$) o que nos permite afirmar que o item religião não se demonstrou relevante como fator promotor de ansiedade *per si*.

Nas condições de ansiedade moderada a grave, os solteiros/viúvos foram em número maior ($p = 0,469$). Possivelmente, poder contar com a ajuda e apoio de um companheiro(a) ajude a enfrentar a rotina de consultas, exames, medicamentos e as possíveis intercorrências no pós-transplante. O suporte de um cuidador é fundamental e a experiência tem demonstrado que inclusive favorece na aderência ao tratamento.

Pretos, pardos e outras categorias étnicas em contraste com os brancos não indicou correlação estatística. Aparentemente, a categoria étnica não influencia a ocorrência de ansiedade, embora o n de pretos e pardos tenha sido maior nos quadros “moderado” e “grave” da escala.

A escolaridade foi a única categoria associada à ansiedade ($p = 0,041$). Os mais escolarizados (> 13 anos de estudo) apresentaram maior prevalência de ansiedade nos graus moderado e grave, 46,67 %. Há, inclusive, neste item, uma indicação de que à medida que aumentam os anos de estudo, é maior a gravidade dos sintomas ansiogênicos. A capacidade de compreensão dos fatos com maior clareza e suas consequências por parte dos mais escolarizados, pode ser a razão desta interessante relação. As perdas relativas às aspirações de crescimento pessoal, particularmente no campo profissional, podem justificar também a condição daqueles com mais estudo.

Quanto à atividade laboral, os pensionistas/aposentados foi o grupo que apresentou a maior prevalência de ansiedade, 53,33 % nos graus moderado e grave. Também no grau leve, este grupo representou o maior percentual, 63,16 %, seguidos nas, duas situações, pelos empregados, 33,33 % e 26,32 % nos dois graus de avaliação. Curiosamente, os desempregados e ainda sem qualquer renda adicional, foram os que menos se mostraram ansiosos em qualquer dos graus avaliados pela escala: mínimo (5%); leve (2,63 %) e moderado/grave (6,67 %). A situação laboral mostra uma curiosidade: pensionistas/aposentados foram maioria nos graus moderado/grave da ansiedade.

Quanto ao tipo de doador e a presença de ansiedade, a pesquisa mostrou diferenças significativas. Aqueles que receberam rim de doadores vivos apresentaram graus de ansiedade superiores. Nos estados moderado a grave representaram 73,33 %, enquanto que aqueles que receberam de doadores falecidos foi de 26,67 %. Igualmente, no grau de ansiedade leve, os receptores de doadores vivos foram 65,79 % e os receptores de doadores falecidos 34,21 %. O p não foi significativo ($p = 0,867$). Mesmo que a origem da doação do rim não tenha se revelado estatisticamente significativa para induzir quadros de ansiedade, pode-se perceber que os receptores de doadores vivos apresentam mais sintomas de ansiedade que aqueles receptores de doadores falecidos. Constata-se no acompanhamento de pacientes receptores de órgão de doadores vivos que, não raro, as relações afetivas sofrem mudanças, algumas radicais, depois da doação⁵².

A percepção de que é devedor de uma dívida virtualmente impagável é dos motivos da mudança na relação entre doador e receptor. A manutenção desta situação se torna um fardo. Preocupação com a saúde do doador⁵⁵. Cobranças do doador quanto aos autocuidados supostamente julgados não suficientes por parte do receptor, provoca tensões e, no limite, discussões que, por sua vez, desequilibram o estado emocional de ambos. Em nossas observações se verifica que pais doadores se

sentem responsáveis pela manutenção dos cuidados com o enxerto, mesmo em filhos adultos, o que produz desgastes no relacionamento⁵². Uma pesquisa cita que os doadores parentes consanguíneos são os mais tendentes a desenvolver atitudes ambivalentes e complexas em relação ao receptor⁵².

Por fim, quanto ao tempo de transplante, constatou-se que pacientes com mais tempo de transplantados se mostraram mais ansiosos do que aqueles com menor tempo. Também neste caso o p não foi significativo ($p = 0,653$). Se o tempo em anos no pós-transplante não se revelou significativo estatisticamente, contudo observa-se uma sugestiva relação entre maior quantidade de anos e maiores sintomas de ansiedade. É preciso, contudo, avaliações mais abrangentes para determinar esta correlação, preferencialmente com um contingente maior de pacientes.

Na análise dos dados sobre estresse o tempo de transplante, apesar de não ter sido significativo ($p = 0,059$), aponta indício que mais anos de transplante contribuem para o aumento de estresse. A presença de ansiedade, por sua vez, é fator fortíssimo para a ocorrência do estresse ($p = 0,001$). Uma das possíveis explicações é que, apesar de serem duas manifestações nosológicas distintas, os sintomas manifestos se superpõem, particularmente os físicos.

Tabela 2. Características sócio-demográficas e ansiedade em pacientes transplantados renais. São Luís – MA, 2014.

Características	Ansiedade						p-valor
	Não/Mínima		Leve		Moderada/Grave		
	N	%	N	%	N	%	
Idade (Média ± Desvio Padrão)	41,96 ± 12,92		39,81 ± 12,65		43,66 ± 12,73		0,516
Sexo							0,076
Masculino	76	63,33	18	47,37	6	40	
Feminino	44	36,67	20	52,63	9	60	
Religião							0,326
Católico	6	5,0	4	10,53	1	6,67	
Evangélico	74	61,67	27	71,05	11	73,33	
Outras	40	33,33	7	18,42	3	20,0	
Estado civil							0,469
Casado / União Estável	74	61,67	21	55,26	7	46,67	
Solteiro / Viúvo	46	38,33	17	44,74	8	53,33	
Cor							0,840
Branco	25	20,83	9	23,68	4	26,67	
Não Branco	95	79,17	29	76,32	11	73,33	
Escolaridade							0,041
≤ 8 anos	43	35,83	16	42,11	2	13,33	
8 – 13 anos	58	48,33	16	42,11	6	40,0	
> 13 anos	19	15,83	6	15,79	7	46,67	
Situação laboral							0,978
Empregado	33	27,5	10	26,32	5	33,33	
Desempregado	6	5	1	2,63	1	6,67	
Pensionista/Aposentado	69	57,5	24	63,16	8	53,33	
Empresário	12	10	3	7,89	1	6,67	
Doador							0,867
Vivo	82	68,33	25	65,79	11	73,33	
Falecido	38	31,67	13	34,21	4	26,67	
T. de Transplante (Média ± DP)	4,73 ± 3,31		4,41 ± 3,42		5,13 ± 3,27		0,653
Score Stress (Média ± DP)	3,15 ± 8,06		12,47 ± 16,14		26 ± 24,97		<0,001

A ocorrência de ansiedade em pacientes com estresse, por outro lado, se mostrou extremamente significativa ($p < 0,001$), estabelecendo-se, nesta situação, uma forte relação entre os dois eventos psíquicos, físicos e emocionais.

A pessoa com ansiedade desenvolverá estresse crônico e a pessoa estressada tenderá a desenvolver quadros de ansiedade que pode se manifestar em uma de suas muitas facetas. Nesta experiência, os mais observados entre este grupo de transplantados são: ataques de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia.

A concomitância da emergência de ansiedade e estresse em pacientes transplantados está fartamente documentada^{56, 57, 17}. Em muitos casos, esta condição se revela anterior ao transplante⁵⁰, ainda no processo de espera por um doador. Esta situação pede novas abordagens para minimizar os efeitos do impacto na qualidade de vida e no tratamento⁵⁸. Com relação à religião segue-se algo semelhante à avaliação da ansiedade com uma ligeira diferença: nenhum dos evangélicos pontuou para o grau mais severo do estresse. O estado civil não foi fator significativo para explicar o stress ($p = 0,976$), apenas uma curiosidade, os graus mais graves determinados pelo Inventário (resistência/quase exaustão e exaustão) se mantiveram iguais nas duas categorias da pesquisa. Os casados/União estável apresentaram intensidade maior de estresse na exaustão (57,14%) que os solteiros/viúvos (42,86%).

O fator étnico, como na ansiedade, não apresentou significância estatística na determinação do estresse ($p = 0,320$). Contudo, percentualmente, os não brancos – pretos e pardos –, apresentaram graus de stress mais elevados quando se compara o grau exaustão: 85,71% para aqueles e 14,29% para os brancos.

A escolaridade, no estresse, não foi significativa ($p = 0,317$). Esta falta de paralelismo com a pesquisa sobre ansiedade pede uma exploração mais aprofundada para explicar a diferença, posto que há interrelação na emergência entre as manifestações dos transtornos conforme já mencionado. Curiosamente, as pessoas com menos anos de estudo (ensino fundamental e ensino médio) pontuaram mais nas faixas mais graves de estresse: 85,1% em resistência/quase exaustão e 71,4% para exaustão. A menor escolaridade expõe os indivíduos a maiores dificuldades econômicas e sociais o que favoreceria este registro de sintomas nas faixas mais graves do Inventário de Estresse.

Pessoas em situação laboral ativa não apresentaram estresse. Está de acordo com estudo americano que registrou que itens relacionados com trabalho foram menos estressantes em transplantados. Possivelmente porque lhes dá um lugar no grupo social, significa seu papel na sociedade⁵⁸. No grau “exaustão” os pensionista/aposentados foram de longe os mais afetados: 85,71%. No grupo dos empregados, especialmente quando retornam ao trabalho, há necessidades adaptativas nas funções anteriormente ocupadas, associa-se a isso o medo de perder o emprego, relatado por alguns dos assistidos no ambulatório.

O tipo de doador na avaliação do estresse revela algo que se percebe no dia-a-dia do acompanhamento psicológico dos pacientes. Os receptores de doadores vivos apresentam mais estresse que os receptores de rins oriundos de falecidos. Em todos

os graus do Inventário os receptores de doadores vivos apresentaram mais estresse. Destaque-se as categorias mais acentuadas: 65,96% na fase resistência/quase exaustão contra 34,04% dos receptores de falecidos e 71,43% na fase exaustão contra 28,57%. Apesar de o $p = 0,971$, não ter sido significativo, existem indícios de possíveis influências do tipo de doador na ansiedade. O paralelo com o quadro ansioso é evidente e pode ter origem também, na alteração das relações no pós-transplante.

Estudo afirma que os fatores que mais pesaram no desencadeamento do estresse em transplantados foram as preocupações, segundo ele geradas pela incerteza com o procedimento, além do temor de desenvolver infecções. Ressalta, porém, que os escores de qualidade de vida foram substancialmente maiores após o transplante⁵⁹.

Os achados desta pesquisa não esclarecem qual a interferência ou o peso das condições sócio-demográficas do paciente e a ocorrência de ansiedade e estresse. De todo modo, ainda que haja baixa associação entre os dados estudados e as enfermidades, o estresse e a ansiedade, abre-se um leque de perguntas, particularmente na interação entre as condições sócio-econômicas dos pacientes, o processo adaptativo às rotinas clínicas e a ocorrência de estresse e ansiedade em maior ou menor intensidade. Ainda assim, fica claro, mesmo nos grupos de dados que não mostraram significância estatística, que os transplantados seriam beneficiados se um programa regular de assistência e prevenção de saúde mental fosse instalado nos serviços de acompanhamento pós-transplante.

Tabela 3. Características sócio-demográficas e stress em pacientes transplantados renais. São Luís – MA, 2014.

Características	Stress								p-valor
	Nenhum		Alerta		Resistência / Quase Exaustão		Exaustão		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Idade (Média ± DP)	41,61 ± 12,53		35,00 ± 15,76		42,21 ± 13,34		42,00 ± 14,20		0,762
Sexo									0,167
Masculino	71	61,74	1	25,00	26	55,32	2	28,57	
Feminino	44	38,26	3	75,00	21	44,68	5	71,43	
Religião									0,176
Católico	67	58,26	3	75,00	36	76,60	6	85,71	
Evangélico	39	33,91	1	25,00	10	21,28	0	-	
Outras	9	7,83	0	-	1	2,13	1	14,29	
Estado civil									0,976
Casado / União Estável	69	60,00	2	50,00	27	57,45	4	57,14	
Solteiro / Viúvo	46	40,00	2	50,00	20	42,55	3	42,86	
Cor									0,320
Branco	22	19,13	2	50,00	13	27,66	1	14,29	
Não Branco	93	80,87	2	50,00	34	72,34	6	85,71	
Escolaridade									0,317
≤ 8 anos	41	35,65	0	-	16	34,04	4	57,14	
8 – 13 anos	53	46,09	2	50,00	24	51,06	1	14,29	
> 13 anos	21	18,26	2	50,00	7	14,89	2	28,57	
Situação laboral									0,107
Empregado	35	30,43	2	50,00	10	21,28	1	14,29	
Desempregado	5	4,35	0	-	3	6,38	0	-	
Pensionista/Aposentado	65	56,52	0	-	30	63,83	6	85,71	
Empresário	10	8,70	2	50,00	4	8,51	0	-	
Doador									0,971
Vivo	79	68,70	3	75,00	31	65,96	5	71,43	
Falecido	36	31,30	1	25,00	16	34,04	2	28,57	
Ansiedade									<0,001
Não/Mínima	94	81,74	2	50,00	22	46,81	2	28,57	
Leve	18	15,65	1	25,00	17	36,17	2	28,57	
Moderada/Grave	3	2,61	1	25,00	8	17,02	3	42,86	
T. de Transplante (Média ± DP)	4,73 ± 3,45		9,01 ± 2,18		4,14 ± 2,85		5,07 ± 3,19		0,059

CONCLUSÃO

Certamente algumas limitações foram percebidas ao longo deste trabalho como ao relacionar os dados sócio-demográficos e a ocorrência de estresse/ansiedade. Outros instrumentos, como RCOPE (Spiritual/Religious Coping Scale) para a avaliação religiosa, poderiam ser aplicados a fim de dirimir dúvidas quanto aos mecanismos que expliquem diferenças entre pessoas de confissões religiosas distintas e suas formas de enfrentamento. Os dados da presente pesquisa permitiram concluir, entretanto, que a prevalência de ansiedade e stress são elevados em pacientes renais transplantados. A ansiedade foi associada ao nível educacional e ao stress, enquanto que o stress foi associado apenas à ocorrência de ansiedade.

REFERÊNCIAS

1. Kdigo. Introduction and definition of CKD–MBD and the development of the guideline statements. *Kidney International*. [Online] 2009; 113(76): S3-S8. Available from: <http://www.kdigo.org/pdf/KDIGO%20CKD-MBD%20GL%20KI%20Suppl%20113.pdf> [Accessed 19 August 2015].
2. Oliveira RB, Lopes AA, Sesso R, Campos LG, Mariani LL, Jocemir R. et al. Estudo dos desfechos de doença renal crônica e padrões da prática atual - Brasil (CKDopps-Brazil): Desenho, dados e metodologia. *J. Bras. Nefrol.* [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Aug 18]; 36(1): 96-101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100096&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140016>.
3. Knihs NS, Sartori DL, Zink V, Roza BA, Schirmer J. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Aug 18]; 22(4): 1160-1168. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400035&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400035>.
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Dia Mundial do Rim. São Paulo, SP. 2011.
5. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado. Registro Brasileiro de Transplantes, ano XIX, nº 4. São Paulo, SP. 2013.
6. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: ABTO. 2014.
7. National Kidney Foundation - NFK.K/DOQI. Clinical Practice guider lines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am. J. Kid. Dis.* 2013.
8. Resende MC, Santos FA, Souza M, Marques TP. Insuficiência renal crônica: em busca do ajustamento psicológico. *PSIC.CLIN*, 19(2), 87-99. Rio de Janeiro, RJ; 2007.

9. Romão jr, JE. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol.* [Online] 2004; 26(3): 1-3. Available from: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1183 [Accessed 19 August 2015].
10. Kidney International Org. (1 de January de 2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology - Kidney inter., Suppl.*, 3(1), pp. 1-150.
11. Bastos GM, Abrita RR, Almeida EC, Mafra D, Costa DMN. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *J Bras Nefrol.* [Online] 2004; 26(4): 202-215. Available from: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=313 [Accessed 19 August 2015].
12. Chen KH, Weng LC, Lee S. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* [Online] 2010; 19(17-18): 2539-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579191> [Accessed 19 August 2015].
13. Manfro RC, Carvalhal. G. Transplante Renal. *Revista AMRIGS* 2003 jan-mar; 12: 14-19.
14. Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J Bras Nefrol.* [Online] 2003; 25(1): 10-6. Available from: http://www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=418&nomeArquivo=25. [Accessed 19 August 2015].
15. Rodrigue JR, Mandelbrot DA, Pavlakis M. A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant.* [Online] 2011; 26(2): 709-715. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108357/> [Accessed 19 August 2015].
16. Bezerra KV. Estudo do Cotidiano e Qualidade de Vida de Pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em Hemodiálise. Ribeirão Preto. Tese [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina/USP. Brasil: Faculdade de Medicina/USP; 2006.
17. Alvares J, Almeida AM, Szuster DAC, Gomes IC, Andrade ELG, Acurcio FA et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 July [cited 2015 Aug 19]; 18(7): 1903-1910. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700005>.
18. Flores RV, Thomé EGR. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2004 Dec [cited 2015 Aug 19]; 57(6): 687-690. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000600011>.
19. Arredondo A, Rangel R, Icaza E. Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1998 Dec [cited 2015 Aug 19]; 32(6): 556-565. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000600009>.
20. Rosemberger J, Geckova AM, Van Dijk JP, Roland R, Heuvel WJ. Factors modifying stress from adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. *Clin Transplant*. [Online] 2005; 19(1): 70-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15659137> [Accessed 20 August 2015].
 21. Rosenberger J, Van Dijk J.P, Nagyova I, Zezula I, Geckova A.M. Predictors of perceived health status in patients after kidney transplantation. *Transplantation*. [Online] 2006; 81(9): 1306-1310. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16699459> [Accessed 20 August 2015].
 22. Matas AJ, Mchugh L, Payne WD, Wrenshall LE, Dunn DL. Long-term quality of life after kidney and simultaneous pancreas-kidney transplantation. *Clin Transplant*. [Online] 1998; 12(3): 233-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642516> [Accessed 20 August 2015].
 23. Kohlsdorf M. Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos. *Psicol Argum*. 2012;30(69): 337-346.
 24. Pereira LP, Guedes VCG. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enferm* (out-dez de 2009); 14(4): 689-95.
 25. Oliveira NTH. Expectativas do paciente renal crônico diante da espera pelo transplante. Ribeirão Preto. Tese [Dissertação de Mestrado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
 26. Quintana AM, Müller AC. Da Saúde à doença: representações sociais sobre a doença renal crônica e o transplante renal. *Psicologia Argumento*. [Online] 2006; 24(44): 73-80. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=140&dd99=view&dd98=pb> [Accessed 20 August 2015].
 27. Moreira JM, Matta SM, Kummer AM, Barbosa IG, Teixeira AL. Transtornos neuropsiquiátricos e doenças renais: uma atualização. *J Bras Nefrol*. [Online] 2014; 36(3): 396-400. Available from: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1665 [Accessed 20 August 2015].
 28. Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2003 Aug [cited 2015 Aug 19]; 37(4): 434-439. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400007>.
 29. Koller A, Denhaerynck K, Moons P, Steiger J, Bock A. Distress associated with adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. *Prog Transplant*. [Online] 2010; 20(1): 40-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20397345> [Accessed 20 August 2015].
 30. Levy N. What is psychonefrology? *J Nephrol*. 2008; 21(13): 51-3.
 31. Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *J Adv Nurs*. [Online] 2004; 45(1): 47-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14675300> [Accessed 20 August 2015].

32. Prihodova L, Nagyova I, Rosemberger J, Roland R, Van Dijk JP. Impact of personality and psychological distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transpl Int.* [Online] 2010; 23(5): 484-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19929859> [Accessed 20 August 2015].
33. Panzini RG, Bandeira RB. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34(1): 126-35.
34. Vella J, W. A. Psychiatric aspects of organ transplantation. *UpToDate* [periódicos na internet] 2015 Jul. [acesso em 18 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/psychiatric-aspects-of-organ-transplantation>
<http://www.uptodate.com/contents/psychiatric-aspects-of-organ-transplantation>.
35. Houaiss, A. Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa. (versão 1.0). São Paulo, SP, Brasil: Objetiva. 2001.
36. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2000 Dec [cited 2015 Aug 11]; 22 (Suppl 2): 20-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>.
37. Barlow DH, Durand VM. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning; 2010.
38. Gelder M, Mayou R, Geddes J. *Psiquiatria* (2ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
39. Huffman, K. *Psicologia*. São Paulo: Atlas; 2003.
40. Lipp, M. *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
41. Cunha, J. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. Tradução da adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
42. Gonçalves DA, Mari JJesus, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF et al . Brazilian multicenter study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Aug 11]; 30(3): 623-632. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.
43. Magalhães ACL, Coelho G, Azevedo MA. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica - da hemodiálise ao transplante renal. *Rev. Enferm. UFPE*: 2013 set; 7(9): 5442-52.
44. Simpson CA, Silva FS. Trajetória de vida de transplantados renais: apreendendo as mudanças ocorridas na vida dos pacientes. *Cienc Cuid Saude* 2013 Jul/Set; 12(3): 467-474.
45. Pisanti R, Poli L, Lombardo C, Bernardi L, Giordanengo L. The role of transplant-related stressor and social support in the development of anxiety among renal transplant recipients: the direct and buffering effects. *Psychol Health Med.* 2014;19(6): 650-5.
46. Achille MA, O. A. (may-jun de 2006). Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. *Clin. Transplant.*, 20(3), pp. 301-6.

47. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2006 [cited 2015 Aug 22]; 33(2): 43-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.
48. Oliveira TCS, Queirós PJP. A vida após o transplante: O coping e a vulnerabilidade ao estresse no indivíduo transplantedo renal. Rev de Invest de Enferm., 2012 fev; 31-41. [acesso em 11 de agosto de 2015] Disponível em: http://www.researchgate.net/profile/Paulo_Queiros2/publication/276266441_A_vida_ap.s_o_transplante._O_coping_e_a_vulnerabilidade_ao_stress_no_indivduo_transplantedo_renal/links/55534fdd08ae6943a86ea44f.pdf
49. Simpson CA, Silva FS. Trajetória de vida dos transplantados renais: apreendendo as mudanças ocorridas na vida dos pacientes. Cienc Cuid Saude [periódico na Internet] 2013 Jul/Set [acesso em 29 de julho de 2015]; 12(3):467-474. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16259>
50. Kohlsdorf M. Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos. Psicol. Argum. [periódicos na Internet] 2012 abr./jun [acesso em 29 de julho de 2015]; 30(69), 337-346. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5980&dd99=view&dd98=pb>
51. Silva AN, Moratelli A, Costa AB, Carminatti M, Bastos MG, Colugnati FA, Grincenkov FR; Sanders-Pinheiro H. Waiting for a kidney transplant: association with anxiety and stress. Transplant Proc. [periódico na Internet] 2014 Jul-Aug [acesso em 20 de julho de 2015]; 46(6): 1695-7. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-25131015>
52. Ferreira VMAP, Almeida IG, Saber LT, Caseiro J, Gorayeb R. Aspectos psicológicos de doadores de transplante renal. Aletheia [periódico na Internet]. 2009 Dez [citado 2015 Ago 22]; (30): 183-196. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200015&lng=pt.
53. Scheper-Hughes N. A tirania e o terror da dádiva: a violência sacrificial e o dom da vida. Rev Cadernos de Est Soc e Pol. [periódico na Internet]. 2014 jan-jun [citado 2015 Ago 15] 3(5): Disponível em: <http://cadernos.iesp.uerj.br/index.php/CESP/article/viewArticle/145>
54. Navarrete SS, Slomka L. Aspectos emocionais e psicossociais em pacientes renais pós-transplantados. Rev da Soc de Psi do Rio Grande do Sul [periódico na Internet] 2014 Jan/Ago [acesso em 29 de julho de 2015]; 14(1): 58-65. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/37>
55. Quintana AM, Weissheimer TKS, Hermann C. Atribuições de significados ao transplante renal. PSico [periódicos na Internet]. 2011 jan./mar. [acesso em 15 de agosto de 2015]; 42(1) 23-30. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6057>
56. Kuntz KK, Bonfiglio DB. Psychological distress in patients presenting for initial renal transplant evaluation. J Clin Psychol Med Settings [periódicos na Internet].

- 2011 Sep [acesso em 15 de agosto de 2015]; 8(3): 307-11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21630000>
57. Muehrer, R. J. and Becker, B. N. (2005), PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: Life After Transplantation: New Transitions in Quality of Life and Psychological Distress. *Seminars in Dialysis* [periódico na Internet]. 2005 March [acesso em 15 de agosto de 2015]; 18: 124–131. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-139X.2005.18214.x/abstract>
58. Gross CR, Kreitzer MJ, Russas V, Treesak C, Frazier PA, Hertz MI. Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Adv Mind Body Med.* [periódicos na Internet] 2004 Summer [acesso em 15 de agosto de 2015]; 20(2): 20-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15356953>
59. White MJ, Ketefian S, Starr AJ, Voepel-Lewis T. Stress, coping and quality of life in adult kidney transplant recipients. *ANNA J.* [periódicos na Internet] 1990 Dec. [acesso em 15 de agosto de 2015]; 17(6): 421-4. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2256722

Recebido: julho / 2015

Aceito: agosto / 2015.