



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE FARMÁCIA,
ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CECÍLIA CARLA BARROSO CALAZANS

**ANÁLISE DO CONFORTO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE
RIM: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA

2024

CECÍLIA CARLA BARROSO CALAZANS

ANÁLISE DO CONFORTO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE
RIM: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para qualificação. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Joselany Áfio Caetano.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Jennara Cândido do Nascimento.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C147a Calazans, Cecília Carla Barroso.

Análise do conforto de pacientes submetidos a transplante de rim: contribuições para o
cuidado de enfermagem / Cecília Carla Barroso Calazans. – 2024.
135 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2024.
Orientação: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano. Coorientação: Profa. Dra. Jennara Cândido
do Nascimento.

1. Transplante renal. 2. Paciente. 3. Enfermagem. 4. Conforto. I. Título.

CDD 610.73

CECÍLIA CARLA BARROSO CALAZANS

ANÁLISE DO CONFORTO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE
RIM: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para qualificação. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Aprovada em: 27/02/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Joselany Áfio Caetano (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Maria Isis Freire de Aguiar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A todos os transplantados renais que contribuíram para a construção dessa pesquisa, pois cada palavra recebida de alguma forma tocou meu coração e me impulsionou, como pesquisadora e enfermeira, a contribuir para um atendimento mais específico e adequado.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os obstáculos que Deus coloca em meu caminho, pois, quando chego ao topo da montanha, reconheço na paisagem o que Ele quer me ensinar.

À minha mãe Heloisa Calazans, por ser a minha maior apoiadora e incentivadora em meus planos e projetos e, por meio de árduo trabalho diário, auxiliou-me em minhas necessidades no curso que escolhi como minha profissão.

À Prof.^a Dra. Joselany Áfio Caetano pela excelente orientação, por suas críticas tão construtivas, que me fizeram considerar uma carreira na docência. Sua capacidade de encontrar erros onde eu só via genialidade, ensinando-me humildade e, de forma mais surpreendente, a arte da resiliência. Obrigada por me mostrar que, às vezes, o caminho para o crescimento é pavimentado com *feedback* que parece mais um espeto do que uma seta, mas sempre nos leva à direção certa.

À minha coorientadora Prof.^a Dra. Jennara Cândido do Nascimento pela riqueza em sua coorientação, pelo tempo, paciência e pelas valiosas colaborações e sugestões ao longo da construção desta dissertação

Aos professores participantes da banca examinadora, Prof.^a Dra. Maria Isis Freire de Aguiar e Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

À Universidade Federal do Ceará, a seu corpo docente, à direção e, à administração, que oportunizaram a janela em que hoje vislumbro um novo horizonte.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”
(Florence Nightingale).

RESUMO

O transplante renal é a alternativa mais eficaz para substituir a função renal em pacientes com insuficiência grave e irreversível, prolongando a sobrevida, reduzindo custos e eliminando a necessidade de diálise, resultando em melhor qualidade de vida. Objetivou-se analisar o nível de conforto de pessoas submetidas a transplante renal, no intervalo de três meses a um ano de pós-operatório, em decorrência da doença renal crônica. Pesquisa de método misto, realizada em um ambulatório de transplante renal de um hospital universitário, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre abril e maio de 2023. A população-alvo foi composta por 46 transplantados renais atendidos nesse ambulatório. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com perguntas norteadoras, e os resultados foram analisados de acordo com a modalidade de análise categorial temática, proposta por Bardin, com suporte do referencial teórico de Kolcaba. Também foi aplicado o Questionário de Conforto Geral (GCQ) para medir o conforto pós-transplante renal. Esse possui 48 itens contemplando os estados de conforto e os contextos em que eles são vivenciados. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e organizados em quadros e tabelas para facilitar apresentação dos resultados. A maioria dos participantes eram mulheres (52,2%), com idade média de 47,76 anos (DP: ± 14.0 anos), naturais da capital do Estado do Ceará (60,9%), com ensino médio completo (22,7%), casados ou em união estável (39,1%). Quanto à religião, 50% declararam ser católicos, com renda familiar entre 1.000 a 1.500 reais (34,8%). No referente ao transplante renal, 50% receberam o novo órgão a pelo menos um ano, 73,9%, não apresentaram complicações após o procedimento e 67,4%, não tiveram dificuldade para aderir ao tratamento medicamentoso. Em relação aos resultados qualitativos foram categorizados em quatro unidades temáticas: Físico, Ambiental, Sociocultural e Psicoespiritual. No contexto físico a dor foi responsável pela diminuição do conforto após o transplante renal; no contexto ambiental, luz, cheiro, som, temperatura e móveis desconfortáveis também contribuíram para esse desconforto. No contexto sociocultural, o apoio familiar, e, no contexto psicoespiritual, as religiões, foram fundamentais para melhorar o conforto dos transplantados. Assim, verificou-se, como proposto, pela Teoria de Katharine Kolcaba, que o conforto representa uma necessidade humana básica, principalmente após o transplante renal.

Palavras-chave: transplante renal; doença renal crônica, enfermagem; conforto.

ABSTRACT

Kidney transplantation (KTx) consists of the transfer of a healthy kidney from a donor (living or deceased) to a person with chronic kidney disease (CKD). In this context of comprehensive care for the transplant recipient, the role of the nurse stands out, as this professional actively participates in the process together with the patient. Given this perspective, holistic care must be based on nursing theories, which provide knowledge for safe decision-making, ensuring the safety of the kidney transplant recipient. Therefore, among contemporary theories, in the field of nursing, the contributions of Katharine Kolcaba stand out, with the development of the Comfort Theory. With this, the objective was to analyze the level of comfort of people with chronic kidney disease undergoing kidney transplantation three months to one year after surgery. In the method, the chosen methodological structure was a mixed study, with a descriptive-cross-sectional design. The study was conducted with 46 transplant patients who undergo outpatient follow-up at a large public university hospital located in the city of Fortaleza, Ceará. As a quantitative result, it was found that the domain with the highest level of comfort was the psychospiritual domain (57.95) and the one with the lowest level of comfort was the sociocultural domain (31.89). The qualitative results were categorized into four thematic units: Physical, Environmental, Sociocultural and Psychospiritual. In the Physical Context, pain was written most frequently by the participants after the transplant, often being associated with the various invasive procedures. In the Environmental Context, the components of the environment such as light, smell, sound, temperature and uncomfortable furniture stood out. In the Sociocultural Context, it was found that family support allowed great representation in improving comfort, as it helps the transplant patient to deal with the changes and restrictions arising from this new stage of life. In the Psychospiritual Context, it was proven that negative thoughts were overcome, despite some adverse situations that the transplant recipient goes through during the process. It is also worth highlighting the importance of spirituality and religiosity, since the patient sought strength in some spiritual being to maintain physical and mental balance. Thus, it was found, as proposed by Katharine Kolcaba's Theory, that comfort represents a basic human need. In view of this, it is necessary to achieve it so that the individual can achieve self-realization and autonomy in the kidney transplant process.

Keywords: kidney transplant; patient; nursing; comfort.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo da Teoria do Conforto com os principais conceitos articulados, Fortaleza, CE, Brasil, 2024	38
Figura 2 – Fluxo das informações dos artigos nas diferentes fases da revisão de literatura, Fortaleza, CE, Brasil, 2024	41
Figura 3 – Delineamento das etapas do estudo pela abordagem convergente, Fortaleza CE, Brasil, 2024	49
Figura 4 – Categorização do estudo, conforme Teoria do Conforto, Fortaleza, CE Brasil, 2024	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Características dos artigos que tratam de vivências de conforto e desconforto da pessoa em diferentes contextos de saúde, Fortaleza, 2024	42
Quadro 2	– Síntese dos resultados dos trabalhos sobre as circunstâncias que proporcionaram ou significaram as vivências de conforto e desconforto para as pessoas em diferentes contextos de saúde, Fortaleza, 2004	44
Quadro 3	– Necessidades de conforto no contexto físico apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024	71
Quadro 4	– Necessidades de conforto no contexto ambiental apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024	74
Quadro 5	– Necessidades de conforto no contexto sociocultural apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024	78
Quadro 6	– Necessidades de conforto no contexto psicoespiritual apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Caracterização dos perfis social e clínico dos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2023	60
Tabela 2	– Medidas de conforto por contexto segundo pontuação obtida pelo Questionário de Conforto Geral – versão brasileira, em transplantados renais, Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024	61
Tabela 3	– Associação das variáveis sociodemográficas segundo a pontuação média do Questionário de Conforto Geral (QCG), Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024. n=46	62
Tabela 4	– Comparação do nível de Conforto Geral entre as categorias de religião informadas pelos pacientes transplantados renais, n = 46, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.....	63
Tabela 5	– Associação das variáveis: níveis de escolaridade, estado civil, religião e renda segundo a pontuação média do Questionário de Conforto Geral – versão brasileira obtida pelos pacientes transplantados renais, n = 46, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024	64
Tabela 6	– Comparação do nível de Conforto Sociocultural e as categorias de rendimento familiar informados pelos pacientes transplantados renais, n = 46, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024	65
Tabela 7	– Tempo de realização do procedimento por contexto de conforto, n = 46, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024	66
Tabela 8	– Dificuldade de adesão no tratamento medicamentoso, após o transplante renal, por contexto de conforto, n = 46, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CWRU	<i>Case Western Reserve University</i>
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
ES	Educação em saúde ES
GCQ	<i>General Comfort Questionnaire</i>
HD	Hemodiálise
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
KDIGO	<i>Kidney Disease: Improving Global Outcomes</i>
MDRD	<i>Modification of Diet in Renal Disease Study Group</i>
MHC	Complexo Principal de Histocompatibilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PS	Promoção da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre
TGF	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Transplante Renal
TxR	Terapia Renal Substitutiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	ESTADO DA ARTE	21
3.1	Doença renal crônica e transplante renal	21
3.2	Promoção da saúde e os cuidados de enfermagem ao transplantado	31
4	REFERENCIAL TEÓRICO	31
4.1	Biografia de Katharine Kolcaba	31
4.2	Desenvolvimento da Teoria	32
4.3	Principais conceitos, pressupostos e princípios	34
5	O CONFORTO EM DIFERENTES CONTEXTOS DE ADOECIMENTO ...	39
6	METODOLOGIA	48
6.1	Tipo de estudo	48
6.2	Local do estudo	49
6.3	População-alvo	51
6.4	Instrumentos de coleta	52
6.4.1	<i>Fase Quantitativa</i>	<i>52</i>
6.4.2	<i>Fase Qualitativa</i>	<i>53</i>
6.5	Coleta de dados	54
6.5.1	<i>Fase Quantitativa</i>	<i>54</i>
6.5.2	<i>Fase Qualitativa</i>	<i>55</i>
6.6	Organização e análise dos dados	56
6.6.1	<i>Fase Quantitativa</i>	<i>56</i>
6.6.2	<i>Fase Qualitativa</i>	<i>57</i>
6.7	Aspectos éticos e legais	57
7	RESULTADOS	59
7.1	Fase I – Dados Quantitativos	59
7.1.1	<i>Caracterização dos participantes</i>	<i>59</i>
7.1.2	<i>Medidas de conforto por contexto segundo pontuação obtida pelo Questionário de Conforto Geral e sua correlação com as variáveis</i>	

	<i>sociodemográficas e clínicas dos pacientes transplantados renais</i>	61
7.2	Fase II – Dados Qualitativos	66
7.2.1	<i>Categorias temáticas</i>	66
7.3	Necessidade de conforto percebidos por pacientes pós-transplante renal	67
7.3.1	<i>Necessidades de conforto no contexto físico</i>	67
7.3.2	<i>Controle, alívio e/ou resolução dos sintomas</i>	68
7.3.3	<i>Necessidades psicobiológicas</i>	69
7.3.4	<i>Condições de saúde após o transplante renal</i>	69
7.3.5	<i>Necessidades de conforto no contexto ambiental</i>	72
7.3.5.1	<i>Ambiente físico</i>	72
7.3.5.2	<i>Ambiente psicossocial</i>	73
7.3.6	<i>Necessidades de conforto no contexto sociocultural</i>	74
7.3.6.1	<i>Perspectivas econômicas após o transplante renal</i>	75
7.3.6.2	<i>Apoio familiar e pessoas significativas</i>	76
7.3.6.3	<i>Acesso a informações através da assistência da equipe multiprofissional</i>	76
7.3.6.4	<i>Nível de entendimento dos transplantados renais acerca de sua vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas</i>	77
7.3.7	<i>Necessidades de conforto no contexto psicoespiritual</i>	78
7.3.7.1	<i>Enfrentamento de desafios emocionais</i>	79
7.3.7.2	<i>Espiritualidade e religiosidade</i>	79
7.3.7.3	<i>Estratégias para promoção e cuidado com a saúde mental</i>	80
7.4	Cuidados gerais pós-transplante renal: um caminho para a promoção do conforto	82
8	DISCUSSÃO	83
9	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	121
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS AMPLAS BASEADO NA TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	122
	APÊNDICE C – PROPOSTA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	123
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS EXTRAS BASEADO NA TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	126

ANEXO A – <i>GENERAL CONFORT QUESTIONNAIRE</i> – GCQ	127
ANEXO B – PARECERES DE COMITÊS DE ÉTICA	129

1 INTRODUÇÃO

Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela presença de lesão renal ou redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), por um período superior a três meses. Trata-se de uma condição que impõe índices elevados de morbidade e mortalidade, além de exigir altos custos econômicos em saúde (Barreto, 2018; Lameire *et al.*, 2021).

Atualmente, estima-se que a prevalência mundial da DRC é de 7,2% em indivíduos acima de 30 anos e entre 28% a 46% em pessoas acima de 64 anos. No Brasil, mais de dez milhões de pessoas convivem com a doença, evidenciando sua relevância como problema de saúde pública (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2019).

Os pacientes que evoluem para estágio mais avançado da perda funcional progressiva observado na DRC, necessitarão de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS). As principais modalidades disponíveis incluem a Diálise Peritoneal (DP), a Hemodiálise (HD) e o Transplante Renal (TxR) (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2019), sendo a escolha baseada tanto na condição clínica do paciente quanto em suas preferências.

Em relação à DP sabe-se que essa TRS acontece no interior do corpo do indivíduo, por meio de filtro natural chamado peritônio. Esse filtro, que reveste os principais órgãos, é caracterizado por ser uma membrana porosa e semipermeável. A principal vantagem da DP está em prolongar a sobrevida do paciente, assim como isentar a necessidade de HD, proporcionando, melhor qualidade de vida (Axelrod *et al.*, 2018; Cunha; Lemos, 2020).

Quanto à hemodiálise (HD), é o método de TRS mais comumente utilizado. Trata-se de um procedimento complexo e especializado que acarreta inúmeras mudanças e limitações significativas, impactando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos pacientes (Jesus *et al.*, 2019). O tratamento exige uma rotina rigorosa, com visitas frequentes aos centros de diálise, geralmente duas ou três vezes por semana, durante três/quatro horas por sessão. Essa rotina pode interferir na vida profissional e pessoal (Martins, 2014; Zazzeroni *et al.*, 2017). Apesar das dificuldades, a HD oferece uma melhora expressiva nos sintomas da insuficiência renal, como: falta de apetite, indisposição, cansaço, náuseas (Hospital de Clínicas de Itajub, 2024).

Transplante renal (TxR) é considerado a abordagem mais completa para substituição da função renal, indicado para pacientes com comprometimento grave e irreversível dos rins. Entre suas vantagens destacam-se o prolongamento da sobrevida, a redução de custos com tratamentos contínuos e a eliminação de diálise, contribuindo para uma

melhora significativa no estado de saúde dos pacientes (Axelrod *et al.*, 2018; Cunha; Lemos, 2020).

O Brasil tem apresentado resultados expressivos no número de transplantes realizados, com o transplante renal representando cerca de 70% de todos os transplantes de órgãos, sendo 90% deles financiados integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No estado do Ceará, nos primeiros nove meses de 2023, foram realizados 1.161 transplantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o rim o órgão mais transplantado, com 4.514 cirurgias realizadas e ocupando 66,72% dos procedimentos (BRASIL, 2023).

Embora o TxR ofereça vantagens significativas, como maior sobrevivência e benefícios emocionais e psicológicos às pessoas com prejuízo irreversível e grave das funções renais, ele não representa a cura para a doença. Contudo, proporciona uma nova perspectiva de vida e tratamento, que exige acompanhamento médico contínuo, uso de medicamentos imunossupressores, cuidados rigorosos com a higiene e adesão a um plano terapêutico (Alencar *et al.*, 2015; Brito *et al.*, 2018; Mendonça *et al.*, 2014).

Um estudo realizado em Juiz de Fora (MG) com 50 pacientes transplantados renais acompanhados por um ano identificou os principais estressores, como medo; o uso de medicação para o resto da vida; excesso de cuidado/controle; particularidades do tratamento e o não retorno aos papéis sociais (Brito *et al.*, 2015).

Nesse contexto, considera-se que os (as) enfermeiros (as) têm papel central na abordagem do cuidado à pessoa submetida ao transplante de rim, especialmente na prevenção de complicações, aumentando as taxas de sobrevivência e proporcionando recuperação satisfatória, por meio do acompanhamento e da avaliação desse paciente (Demet; Aksoy; Kiraz, 2018). Durante o pré-transplante renal, esses profissionais são ativos no processo de doação e captação do órgão, desempenhando funções como a identificação de potenciais doadores; fechamento de protocolos de morte encefálica; manutenção do potencial doador e abordagem familiar sobre doação de múltiplos órgãos (Carvalho *et al.*, 2018).

Além disso, o pré-transplante é um momento crucial para orientar os pacientes e familiares sobre o processo do transplante renal, possíveis complicações e expectativas de resultados. Essas informações são guiadas pela consulta de enfermagem, que procura ter visão integral do paciente, compreendendo as necessidades biopsicossociais, além de compartilhar informações sobre as possíveis complicações cirúrgicas e a discussão dos resultados previstos (Castro *et al.*, 2020).

Já a atuação, no período transoperatório, consiste em cuidados específicos de enfermagem, como garantir cirurgia segura por meio do uso de protocolos e documentação

apropriada de todas as intervenções realizadas, assim como medidas de prevenção e/ou redução de danos (Xavier; Silva; Frias, 2014). Essa fase também aponta para identificação precoce de problemas que possam ser modificados de forma independente pelo (a) enfermeiro (a) com a intervenção imediata nas possíveis situações emergentes (Damaso; Santos; Bezerra, 2017).

O pós-operatório é o período mais crítico para o paciente, pois acarreta fase de expectativa e ansiedade, em virtude de poder haver a necessidade de retornar ao tratamento dialítico. Nessa etapa, o (a) enfermeiro (a) implementa a assistência, enfatizando a importância de continuarem o tratamento para o sucesso do órgão transplantado (Damaso; Santos; Bezerra, 2017).

As orientações de alta nessa fase se concentram em práticas de cuidados de prevenção, manutenção e, principalmente, quanto aos riscos de infecções, sinais e sintomas de rejeição do órgão transplantado (Pedroso *et al.*, 2020). Por consequência, a orientação de alta tem o intuito de favorecer a conscientização das pessoas, ou seja, transcende o ato de orientar, pois tem a intenção de provocar mudanças no comportamento do transplantado renal, com repercussões positivas para a sobrevivência e adaptações ao novo modo de viver (Ferreira; Teixeira; Branco, 2018; Pedroso *et al.*, 2020).

A vida, no pós-transplante renal, exige cuidados rigorosos para preservar o enxerto e manter a saúde do paciente. Portanto, a longitudinalidade e a integralidade dos cuidados à saúde podem exercer grande influência na adesão desses pacientes ao tratamento (Schawinsky, 2019). Nesse contexto de cuidado integral ao transplantando, a assistência de enfermagem torna-se fundamental, proporcionando a ele e a família um cuidado individualizado e compatível com suas necessidades no âmbito biopsicossocial, através de esforços coordenados para a detecção precoce de problemas e a rápida intervenção para sua resolução.

O (a) enfermeiro (a) é visto (a) como elo essencial para que o usuário prossiga na prática terapêutica, assegurando comportamentos saudáveis para garantir a melhoria no modo de viver. Ele (a) pode influenciar o sucesso da terapêutica, incentivando e alertando o paciente sobre as mudanças de comportamentos necessários para um viver saudável após o procedimento e, desta forma, auxiliando na sobrevivência do paciente (Pedroso *et al.*, 2020). Desta forma, intensifica-se a chance de sucesso do transplante com a implementação de cuidados e estímulo para o autocuidado, por meio da educação em saúde de toda a estrutura social e de apoio referente aos transplantados (Cunha; Lemos, 2020).

Ademais, a enfermagem implementa ações essenciais para o conforto do paciente, como também oferece alívio e apoio à família na situação vivenciada, fortalecendo o vínculo

de confiança por meio da empatia, competência técnica e atenção humanizada (Araújo; Santos; Rodrigues, 2017; Ferreira; Teixeira; Branco, 2018).

O ato de confortar permeia a história da enfermagem. Florence Nightingale em “Notas sobre Enfermagem”, já destacava “o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são que um sinal, que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de uma coisa que as oprimia” (Nightingale, 2005, p. 132). Nesse sentido, evidencia-se o quanto o termo conforto se caracteriza como sendo um elemento do cuidado, o que o coloca como objeto de estudo também na atualidade (Freire, 2018; Souza; De Martino; Lopes, 2007).

No entanto, os estudos realizados, no contexto do transplante renal não foram desenvolvidos com o intuito de investigar/avaliar as necessidades de conforto dessas pessoas. Em sua maioria, abordam temas variados tais como o uso terapêutico da cannabis na doença renal (Gitau *et al.*, 2022), qualidade de vida (Bagasha *et al.*, 2020; Divdar; Foroughameri; Farokhzadian, 2019; Finn; Malhotra, 2019) e sobre o autocuidado após o transplante renal (Song *et al.*, 2022).

O termo conforto versa sobre um cuidado holístico que pode ocorrer em maior ou menor proporção, dependendo de diferentes fatores, envolvendo os indivíduos e as percepções pessoais deles. Dessa forma, os sintomas físicos, a organização do ambiente, as relações interpessoais, as crenças e os valores individuais estão relacionados com as experiências dos pacientes durante o cuidado e a percepção sobre o conforto (Kolcaba, 2001)

Historicamente, o conforto está relacionado aos cuidados de enfermagem, mostrando-se como necessidade básica própria do ser humano, quer ele esteja ou não vivenciando um processo de adoecimento (Kolcaba, 2001). Dessa maneira, no contexto da DRC, o conforto é constantemente afetado por procedimentos e rotinas associadas ao tratamento dialítico, aos cuidados pós-transplante, o que resulta em alteração no padrão de sono, ansiedade, desconforto e descontentamento com a situação, incapacidade de relaxar, inquietação, irritabilidade, lamento, medo, por exemplo, (Estridge *et al.*, 2018; Melo *et al.*, 2019).

Portanto, cuidado de enfermagem de pessoas com DRC, submetidas a transplante renal, torna-se um desafio. Assim sendo, compreender os fenômenos e os fatores relacionados à experiência de conforto, vivenciado após o transplante renal, auxilia o (a) enfermeiro (a) no planejamento de intervenções físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais com o propósito de melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos transplantados.

Isto posto, questiona-se: Qual o significado do conforto na perspectiva de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) submetido a transplante renal? Quais são as necessidades de conforto dos pacientes com DRC pós-transplante renal?

Logo, essas questões e essas inquietações despertadas motivaram a realização desta pesquisa. Do ponto de vista social, a relevância deste estudo se justifica em virtude do crescimento exponencial do número de transplantes, por ano, no estado do Ceará. De acordo com os indicadores de doação e transplante de órgãos e tecidos, disponibilizados no portal Integra SUS, em 2022 foram realizados 203 transplantes no estado do Ceará e, destes, 16 corresponderam à doação de rim (Ceará, 2022).

Sendo assim, para cuidar e confortar esses pacientes, o enfermeiro precisa de um saber ancorado na fundamentação teórica da profissão, cujo intuito é viabilizar a satisfação do transplantado, a melhoria do acesso ao sistema de saúde, o menor índice de morbidade, a diminuição de internações, melhores resultados à saúde e eficiência dos serviços, gerando, assim, um impacto social nessa população (Soares, 2021).

Ademais, o desenvolvimento da pesquisa irá fornecer incentivo para incorporação de Teorias de Enfermagem na prática clínica do profissional enfermeiro, orientando o cuidado e o processo de cuidar, fomentando o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico para o alcance de resultados melhores, duradouros, holísticos e inclusivos.

Além disso, quando se pensa em paciente transplantado renal, é indispensável debater ações de promoção à saúde, com vista a desenvolver ações de educação que visam à manutenção da saúde física, mental e social, além do fornecimento de suporte ao paciente e sua rede de apoio. Dessa forma, essas ações almejam à promoção do conforto, à reabilitação do bom estado geral e a melhor adesão ao tratamento (Soares *et al.*, 2024)

Assim, a promoção da saúde consiste em um fator contínuo e fundamental no processo do transplante renal, pois contribui para resultados positivos e sustentáveis ao paciente, ao longo prazo; destacando o impacto social do cuidado de enfermagem, fundamentado em teorias e práticas clínicas baseadas em evidências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o nível de conforto de pessoas submetidas a transplante renal, no intervalo de três meses a um ano de pós-operatório, em decorrência de doença renal crônica.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e o clínico de pessoas com doença renal crônica submetidas a transplante renal.
- Identificar o nível de conforto das pessoas submetidas a transplante renal através do *General Comfort Questionnaire* – versão brasileira (GCQ-vb).
- Associar às características sociodemográficas, as clínicas e o tempo de transplante ao nível de conforto geral apresentado pelo paciente.
- Descrever o significado do conforto na perspectiva das pessoas submetidas a transplante renal.
- Compreender as necessidades de conforto para a promoção do conforto.
- Compreender o significado e a dimensionalidade da religião, estado social e adesão ao tratamento no nível de conforto vivenciado pelas pessoas submetidas a transplante renal.

3 ESTADO DA ARTE

Para aprofundamento do tema em estudo, realizou-se revisão na literatura sobre doença renal crônica, transplante renal, bem como acerca da promoção da saúde e dos cuidados de enfermagem ao transplantado, com intuito de investigar o estado da arte, com vistas à fundamentação da investigação proposta.

3.1 Doença renal crônica e transplante renal

Os rins são órgãos vitais responsáveis pela filtração do sangue e eliminação de toxinas do organismo, assim, ajudam na homeostase do corpo e auxiliam na regulação da Pressão Arterial (PA). Os rins mantêm o equilíbrio hídrico, de ácido-base, de eletrólitos. Exerce importante papel na excreção de produtos do metabolismo, excreção de substâncias exógenas e na função endócrina (Murabito; Hallmark, 2018). Na ocorrência das doenças renais, como a Doença Renal Crônica (DRC), as funções de vários órgãos são comprometidas, gerando impacto na expectativa de vida e na saúde (Silva *et al.*, 2014).

A DRC trata-se de doença sistêmica que gera perda da função renal de forma irreversível, sendo caracterizada como grave problema de saúde pública no Brasil, devido à alta morbidade e mortalidade (Spezzia, 2021). A DRC e as doenças associadas corresponderam a 1,82% e 5,79% das internações hospitalares por todas as causas no Brasil, e 2,87% e 10,10% de todas as despesas, respectivamente (Alcalde; Kirsztajn, 2018).

A DRC é uma patologia multifatorial, caracterizada pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG) inferior a 60 ml/ min/ 1,73m² ou por um ou mais marcadores de disfunção renal, incluindo albuminúria. As causas mais comuns desta patologia são: diabetes mellitus, hipertensão, maior índice de massa corporal (30kg/ m²), doença cardiovascular, história familiar da doença, raça negra, fatores pessoais, como tabagismo, uso de álcool em grande quantidade e diariamente, assim como medicamentos e outras doenças sistêmicas mostram associação (Charles; Ferris, 2020).

Salienta-se que a determinação de TFG é um componente essencial na avaliação da função renal, cuja definição se refere à medida da depuração de uma substância que é filtrada livremente pelos glomérulos e não sofre reabsorção ou secreção tubular (Herget- Rosenthal; Bökenkamp; Hofmann, 2007). Diversas equações matemáticas, baseadas em creatinina, são indicadas para estimá-la. As mais utilizadas são *Modification of Diet in Renal Disease Study*

Group (MDRD) e *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI) (Camargo *et al.*, 2011; Solomon; Goldstein, 2017).

No que se refere à albuminúria, essa é definida pela presença de mais de 30 mg dessa substância na urina, no tempo de 24 horas ou mais de 30 mg, em amostra isolada e ajustada pela creatinina urinária (Ammirati, 2020). Verifica-se que a magnitude desse marcador reflete diretamente na extensão da lesão renal, além do mais, a presença deste, independentemente do estágio da DRC, implica pior prognóstico e, conseqüentemente, a determinação não deve ser vista como exame simples (Assis Júnior, 2017).

A DRC ocasiona diversas complicações metabólicas, bioquímicas e clínicas nos pacientes. Estas acarretam impactos fisiológicos e emocionais, além de danos nas questões profissionais, sociais, sexuais e psicológicas. Quando essas complicações não são adequadamente manejadas, podem levar o indivíduo ao óbito (Bastos; Kirsztajn, 2011).

Destaca-se que os efeitos dessa doença crônica atingem o funcionamento de múltiplos sistemas, como cardiovascular, nervoso, respiratório, musculoesquelético, imunológico e endócrino-metabólico (Silva *et al.*, 2015). Desta maneira, a redução progressiva da TFG, associada à diminuição da função renal. Assim, com a progressão da DRC, é esperado o desenvolvimento de algumas complicações: anemia, acidose metabólica e alterações do metabolismo mineral e óssea, como também desfechos clínicos desfavoráveis, como hospitalizações prolongadas e mortalidade (Oliveira, 2021).

Embora a DRC interfira no funcionamento de diversos sistemas orgânicos, em estágios iniciais, pode ser assintomática. O aparecimento de sinais sugestivos ocorre após a perda de 50% da funcionalidade vital. Dentre as manifestações clínicas que podem surgir acima desse valor estão: edema, pressão alta, anemia, entre outros (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2012; Machado; Pinhati, 2014). Por esses motivos, a obtenção de um diagnóstico de forma precoce da DRC mostra-se dificultosa e a identificação normalmente pode ocorrer somente na fase avançada, onde existe síndrome urêmica (Spezzeia, 2021).

A ausência de manifestações clínicas nos usuários que se encontram nos estágios iniciais da doença crônica renal exige que a equipe de saúde mantenha sempre nível adequado de atenção, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco médico ou sociodemográfico para DRC (Bastos; Kirsztajn, 2011).

O estadiamento de indivíduos assintomáticos para DRC faz-se necessário porque a detecção precoce pode permitir a implementação de intervenções terapêuticas e evitar a exposição inadequada às substâncias nefrotóxicas. Além disso, o diagnóstico precoce facilita o ajuste da dose da medicação e permite melhor preparo para terapia de substituição renal, se

indicada. Destaca-se, ainda, que a detecção precoce dessa patologia identifica o risco relevante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Bastos, Kirsztajn, 2011; Porto *et al.*, 2017).

Dessa forma, os benefícios do diagnóstico precoce, como também o encaminhamento imediato e a instituição de medidas para diminuir/interromper a progressão da DRC estão entre as estratégias-chave para melhorar os desfechos indesejáveis (Bastos; Kirsztajn, 2011). Verifica-se que, com a estabilização das causas reversíveis e se o controle for continuado, a função renal será mantida e tornará mais tardia a evolução mais severa da patologia, melhorando, assim, o estado de saúde do indivíduo (Santos *et al.*, 2017a).

De acordo com nova versão das Diretrizes sobre doença renal crônica, elaborada pelo KDIGO, é recomendado classificar a doença baseando-se na causa, na categoria da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e na albuminúria. Dessa maneira, identificam-se os riscos de desfechos adversos, relacionados ao comprometimento renal e ao óbito (Kirsztajn *et al.*, 2014). Destaca-se que essa nova versão foi atualizada em 2012 e incluiu seis estágios de acordo com TFG e, em três estágios, conforme a albuminúria (Kdigo, 2012). Por meio da avaliação integrada da TFG com a albuminúria para o estadiamento, o paciente pode ser avaliado com mais precisão sobre a piora da função renal e as possíveis complicações (Inker *et al.*, 2014).

A TFG (em mL/min/1,73m²) foi dividida nas seguintes categorias: G1 (> 89), sendo classificada como lesão renal com TFG normal ou aumentada; G2 (60-89), significando lesão renal com TFG levemente diminuída; G3a (45-60) definida como TFG levemente e moderadamente diminuída; G3b (30-44), apontada como TFG moderadamente e gravemente diminuída; G4 (15-29), como sinônimo de lesão renal com TFG severamente diminuída; e, por fim, G5 (< 15), sendo considerada como falência renal (Levey *et al.*, 2020).

Em relação à albuminúria (idealmente expressa em mg/g de creatinina), a classificação ocorre da seguinte forma: A1 (ou normal ou ligeiramente aumentada, quando < 30 mg/g); A2 (ou moderadamente aumentada, na faixa entre 30-300); e A3 (ou acentuadamente aumentada para valores > 300 mg/g) (Kirsztajn *et al.*, 2014). Por conseguinte, pode-se exemplificar o estadiamento desta patologia da seguinte maneira: um paciente adulto com nefropatia diabética com TFG estimada de 42 mL/min/1,73m² e albuminúria de 200mg/24 horas por mais de três meses é categorizado como paciente com DRC estágio IIIB A2 (Ammirati, 2020).

Para Levey *et al.* (2020), a DRC G1-2 é conceituada pela evidência de dano renal instalado, habitualmente albuminúria (>30 mg/g ou >3 mg/mmol), com Taxa de Filtração Glomerular (TFG) >60 mL/min/1,73m². Neste íterim, G3-5 abrange variações mais baixas e

progressivas da TFG. Nos estágios G1 a G4, utiliza-se do protocolo de tratamento conservador; e, no G5, dá-se início à terapia substitutiva de filtração renal. A partir do momento que a função renal se reduz abaixo de 12% da capacidade normal, é necessária a adoção de métodos de tratamento, como o transplante renal (Machado; Pinhati, 2014).

O primeiro Transplante Renal (TxR) bem-sucedido em humanos, ocorreu em dezembro de 1954, em Boston, no hospital Bent Brigham, Massachusetts. O médico cirurgião Joseph Murray fez o transplante de gêmeos idênticos, com objetivo de evitar a rejeição. O órgão funcionou de imediato e o receptor viveu por nove anos, quando o enxerto perdeu a função por recidiva de glomerulonefrite (Franco, 2016).

O TxR vem sendo apontado como a melhor modalidade do ponto de vista terapêutico, econômico e social, para pacientes que atendam aos critérios estabelecidos pelas equipes de saúde. Quando bem-sucedido, aumenta a longevidade e reduz a morbidade dos pacientes renais crônicos, se comparado aos tratamentos dialíticos, assim como proporciona melhor estado de saúde, possibilitando a reinserção do indivíduo no convívio da sociedade e a libertação da diálise, recurso terapêutico durável (Cunha; Lemos, 2020; Mendonça, 2014).

No que tange à legislação, destacam-se as principais leis e portarias que tratam a regulamentação e a gestão administrativa da doação e captação de órgãos: a Lei n 9.434, 04 de fevereiro de 1997 “dispõe sobre a remoção de órgão, de tecidos e de partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”; Lei n. 10.211, 23 de março, 2001 (modifica a Lei n 9.434, 04 de fevereiro de 1997); e a Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aborda o regulamento técnico do sistema nacional de transplante (Brasil, 2001; Brasil, 2009; Costa; Balbinnoto Neto; Sampaio, 2014).

Em relação à indicação do procedimento, segundo as Diretrizes de Prática Clínica 2020 de KDIGO, todos os pacientes com doença renal crônica na categoria G4-G5 (taxa de filtração glomerular [TFG] $< 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), com expectativa de falência renal devem ser informados, educados e considerados para transplante renal, independentemente do status socioeconômico, do sexo, da identidade de gênero ou raça/etnia (Chadban *et al.*, 2020). Essa indicação acontece após o médico nefrologista avaliar o cliente e considerar exames de sangue, urina e imagem (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2022).

Ainda de acordo com a Diretriz de KDIGO, não é recomendado encaminhar pacientes para avaliação de transplante de rim nas seguintes condições: mieloma múltiplo; amiloidose AL com envolvimento extrarrenal significativo; cirrose descompensada; doença pulmonar obstrutiva ou restritiva grave irreversível; doença cardíaca grave, incorrigível e sintomática; doença neurodegenerativa central progressiva (Chadban *et al.*, 2020).

Recomenda-se, também, adiar a avaliação do transplante em pacientes com as seguintes condições até o manejo adequado: transtorno psiquiátrico instável que afeta a tomada de decisão ou coloca o candidato em nível inaceitável de risco pós-transplante; transtorno por uso contínuo de substâncias que afeta a tomada de decisão ou coloca o candidato em nível inaceitável de risco pós-transplante; comportamento não aderente contínuo e comprometedor da saúde, apesar da educação e do aconselhamento baseado na adesão; infecção ativa; malignidade ativa, exceto aqueles com câncer indolente e de baixo grau, como câncer de próstata e tumores renais detectados incidentalmente (≤ 1 cm de diâmetro máximo); hepatite aguda; doença cardíaca sintomática ativa; AVC recente ou ataque isquêmico transitório (Chadban *et al.*, 2020).

Após essa avaliação, o paciente com indicação para o transplante é direcionado para a Comissão de Notificação e Doação de Órgãos e Tecidos que há em cada estado do Brasil para o cadastro da lista única de espera de receptores (Mendonça, 2014). Nesse momento, o receptor está incluído em uma lista extensa, à espera de um doador compatível (Pires, 2010). A semelhança genética entre o receptor e o doador contribuirá para evitar episódios de rejeição no pós-transplante e aumentar a sobrevida do órgão transplantado (Falcão, 2017).

Na seleção dos receptores que estão na lista única de espera para receber o enxerto, devem ser considerados os parâmetros imunológicos, que incluem tipagem sanguínea ABO, determinação de alelos de antígeno leucocitário humano (HLA), prova cruzada contra linfócitos ou crossmatch e determinação de anticorpos reativos contra o painel (Falcão, 2017). A tipagem tecidual é um processo pelo qual os antígenos leucocitários humanos são determinados, logo, há detecção de anticorpos pré-formados no receptor que reconhecem e se ligam ao HLA e outros antígenos representativos da população do doador, isso é chamado de compatibilidade cruzadas (Abbas; Lichtman; Pillai, 2011; Mulley *et al.*, 2019). Evidencia-se que nesse procedimento cirúrgico, essa tipagem de compatibilidade permite determinar o risco imunológico ou de rejeição de um par de doador-receptor, destacando que quanto maior o número de alelos do complexo principal de histocompatibilidade (MHC) compatíveis entre o doador e o receptor, melhor será a sobrevida do enxerto (Abbas; Lichtman; Pillai, 2011; Mulley *et al.*, 2019).

Outro ponto de relevância no transplante renal consiste na seleção do doador, pois o enxerto pode ser proveniente de doador vivo (relacionado ou não relacionado) ou doador falecido. Por doador vivo relacionado, entende-se parentesco consanguíneo, na linha reta ou colateral, até quarto grau inclusive. O transplante com doador vivo relacionado é recomendado sempre que possível, uma vez que os resultados são melhores com este tipo de doador (Sociedade Brasileira de Nefrologia; Academia Brasileira de Neurologia, 2006).

Doador vivo tem que ser adulto, de preferência acima de 30 anos, não ultrapassando a idade máxima de 70 anos. Focaliza-se que ocorre avaliação criteriosa desse tipo de doador que inclui averiguar se ele tem função renal normal, por meio da depuração da creatinina, exame de urina e proteinúria de 24 horas. Além disso, certificar-se de que não existem riscos de transmissão de doenças do doador para o receptor e que o procedimento poderá acontecer com risco mínimo. Para finalizar essa etapa, além dos exames de função renal e imagem dos rins, o paciente ainda passa por avaliação cardiológica e pulmonar, avaliação laboratorial e sorológica, tipagem ABO, tipagem HLA classe I (A e B) e classe II (DR) e prova cruzada (crossmatch) (Messias *et al.*, 2015, Noranha *et al.*, 2002).

Outro tipo de Transplante renal é com doador vivo não relacionado que pode estar justificado se o doador é o cônjuge e, em alguns casos, por exemplo, de amizade próxima (emocionalmente relacionados), desde que sejam garantidas as intenções de doação puramente altruístas e que o comércio de órgãos seja excluído (Noranha *et al.*, 2002).

Por fim, acentua-se que todo esse processo complexo que envolve o transplante renal é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por cobertura integral que engloba desde o contexto ambulatorial, hospitalar, a disponibilização dos imunossupressores por tempo indeterminado, assim como financia mais de 90% das cirurgias (Batista *et al.*, 2017).

Em síntese, o transplante pode prolongar a vida com o melhor estado de saúde e comparação a outros tipos de modalidades terapêuticas. Entretanto, ao transplantado exige tratamento médico rigoroso, cuidados de enfermagem constante e mudanças no estilo de vida para o êxito da cirurgia.

3.2 Promoção da saúde e os cuidados de enfermagem ao transplantado

Historicamente, tem sido indagado de que forma a medicina e a saúde pública atuam no enfrentamento das causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, isto é, aquelas que fogem do paradigma biomédico. Neste sentido, o movimento da Promoção da Saúde (PS) começou no Canadá, com a divulgação, em 1974, do Informe Lalonde, considerado o primeiro documento de motivação política a conceituar a PS, uma maneira de reduzir custos e conter os agravos das doenças crônicas degenerativas (Buss *et al.*, 2020; Heidemann *et al.*, 2006).

A história do movimento de PS é caracterizada pela construção de nova concepção de saúde, como resultado de debates sobre o assunto nas conferências internacionais. Com a

elaboração da Carta de Ottawa, em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, tem-se o marco de referência para evolução desse conceito (Heidemann *et al.*, 2012).

De acordo com a Carta de Ottawa (World Health Organization, 1986), PS é definida como processo de capacitação da comunidade para agir na melhoria da qualidade de vida e saúde. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos devem saber identificar desejos, satisfazer necessidades e transformar favoravelmente o meio ambiente. O conceito de saúde deve ser entendido como recurso para vida, e não como objetivo de viver. O documento declara também que as condições e os requisitos para saúde são paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Posto isso, a PS representa estratégia promissora para combater as dificuldades de saúde que afetam os indivíduos, emergindo de um conceito mais abrangente do processo saúde-doença e de seus determinantes. Essa estratégia indica a articulação de saberes técnicos e populares, assim como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da melhoria da saúde da população (Buss *et al.*, 2020). Logo, pode-se afirmar que as práticas de PS estimulam as pessoas a se envolverem com a saúde, sendo percebida como elemento central do cuidado, participando ativamente de todos os processos relativos à promoção, prevenção e/ou recuperação.

Essa estratégia também depende de alguns fatores, como do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), das pessoas (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação das estratégias) e de parcerias intersetoriais (Buss *et al.*, 2020). Ressalta-se também que o conceito da PS está respaldado em três pilares: prevenção de danos (afastamento dos agravos), proteção de saúde (aspectos legais) e educação em saúde (experiências de aprendizagem). Dessa maneira, a Educação em Saúde (ES) não pode ser discutida fora da órbita da prevenção e promoção em saúde (Moraes, 2017).

Assim, a ES pode ser definida como processo educativo de construção de conhecimentos, que almeja à apropriação da temática pela sociedade. Ainda pode ser entendida como uma série de práticas inerentes à saúde, cujos objetivos visam propiciar a população discussões relativas ao tema, bem como contribuir para maior autonomia das pessoas no que se refere aos cuidados pessoais. Para esse feito, são necessárias discussões envolvendo profissionais e gestores da saúde, os quais venham a considerar as necessidades individuais dos envolvidos (Brasil, 2006).

Corroborando esse pensamento, Araújo *et al.* (2018) indicam que a ES é instrumento eficiente de prevenção e promoção, pois é aplicada como veículo transformador de práticas e comportamentos socioambientais, com ênfase para o desenvolvimento da autonomia e melhoria da saúde do indivíduo e da coletividade.

A ES, como indutor de mudanças, necessita do apoio dos profissionais da saúde. Nesse contexto, destaca-se o papel do enfermeiro, o qual utiliza diversas estratégias para compartilhar com o paciente e os familiares as informações pertinentes sobre a condição de saúde e adoecimento, bem como estimula a participação ativa desses no processo de tomada de decisão sobre o tratamento (Costa *et al.*, 2020).

Exemplo prático dessa articulação positiva entre enfermeiros, pacientes e família é a atuação do enfermeiro na ES ao transplantado renal, pois o sucesso do transplante depende das realidades a serem construídas e reconstruídas por meio do diálogo, do despertar do senso crítico do paciente e do compartilhamento de saberes acerca do assunto e das implicações deste (Ferreira; Teixeira; Branco, 2018). Neste sentido, as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, juntamente com o cliente, a família e sociedade, têm papel essencial no sucesso do transplante.

O cuidado educativo de enfermagem ao paciente transplantado, pautado no diálogo, na reflexão e na crítica, permite a tomada de consciência. Desta forma, o constructo “educação em saúde” se manifesta como construtivo do cuidado e não como instrutivo. Para essa finalidade, é essencial conhecer os saberes de pessoas com doença renal crônica sobre transplante renal, com intuito de desenvolver trabalho de ES pautado nas necessidades específicas da pessoa, bem como congruente com a realidade sociocultural (Ferreira; Teixeira; Branco, 2018; Freire, 2017).

Logo, o Processo Educativo (PE) é um instrumento de socialização de conhecimentos, PS e prevenção de doenças, uma vez que assiste a valorização da autonomia, autoestima, autoconfiança e realização, sendo capaz de mudar posturas e atitudes. Nesse cenário, destaca-se a grande relevância dos enfermeiros, pois estes têm a função de promover a saúde da pessoa transplantada, por meio das orientações sobre práticas de autocuidado e da importância da adesão ao tratamento (Pena *et al.*, 2019).

Compete ao enfermeiro orientar pacientes e familiares acerca dos ramos que integram o tratamento. Assim, a ES emerge como instrumento de grande importância para incentivar o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico. Esses profissionais podem utilizar diversas estratégias para subsidiar atividades, como a utilização de manuais de ES, orientações

verbais e escritas no decorrer das consultas ambulatoriais e período de internação, assim como a realização de orientações em grupos (Costa *et al.*, 2021).

Ainda, as recomendações realçam a importância da abordagem de alguns assuntos nas orientações de enfermagem como forma de preparação, familiarização de situações que enfrentaria na fase pós-transplante imediato e mediato, bem como adesão ao tratamento, por saber da relevância dessas condutas na otimização do órgão transplantado (Santos *et al.*, 2015). Outros cuidados também são incluídos na terapêutica, por exemplo, os cuidados específicos com a alimentação, a ingestão hídrica, o controle do peso, a periodicidade da atividade física, assim como a abordagem da atividade sexual que, por sua vez, requer rede de cuidados, como os de ordem pessoais, dos familiares e profissionais (Inacio *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2013).

Permanece, ainda, reservado ao enfermeiro a necessidade de apresentar, ensinar e mostrar para os transplantados renais como cada cuidado deve ser realizado em domicílio, assim como garantir que esses saibam reconhecer sinais e sintomas de intercorrências e complicações. Desse modo, esses indivíduos estarão habilitados para desenvolver o autocuidado (Wachholz *et al.*, 2021).

Outro ponto abordado por esse profissional consiste no fornecimento de informações e esclarecimento de dúvidas em qualquer fase do processo, visto que cabe a este profissional orientar o paciente em relação à importância do acompanhamento ambulatorial, da medicação prescrita, dos exames laboratoriais, das consultas de rotina dentre outros (Inácio *et al.*, 2014).

Destaca-se que além das orientações, a equipe de enfermagem, juntamente ao cliente, precisa gerenciar e adequar as ações de cuidado, com intuito de certificar a adesão ao tratamento e a continuidade deste, para buscar a manutenção da qualidade de vida e sobrevida do enxerto (Wachholz *et al.*, 2021). Outras atribuições do enfermeiro incluem: organização da unidade; assistência ao paciente transplantado, desde a admissão no ambulatório até o acompanhamento pós-transplante; sensibilização do paciente e da rede de apoio sobre a importância do tratamento, favorecendo, desta maneira, a aderência satisfatória, no que concerne aos cuidados pós-transplante, com objetivo de que ele tenha êxito após a cirurgia (Inácio *et al.*, 2014).

Dessa maneira, o processo de preparação do transplante deve ser bem planejado por cada um dos sujeitos, não com a passividade de quem apenas escuta do profissional de enfermagem alguma informação e orientação, mas como sujeito ativo deste processo, que foi operacionalizado para perceber aspirações e inquietações, assumindo, assim, com maior

seguridade e responsabilidade, a decisão e o tratamento no pós-transplante renal (Ferreira; Caprara, 2018).

Portanto, a ES é uma ferramenta para propiciar a participação ativa do paciente no autocuidado, inserindo-o em todo o processo, promovendo autonomia, à medida que a ES é realizada de forma contínua, organizada, guiada pelas necessidades dos pacientes, dos familiares e para a própria equipe de enfermagem (Costa *et al.*, 2021; Teodózio *et al.*, 2018).

Em síntese, o cuidar em enfermagem considera a ES uma relação de diálogo e reflexão, não se restringindo apenas a dados clínicos nem com ações voltadas somente a procedimentos técnicos. Neste sentido, são consideradas as subjetividades dos sujeitos/atores envolvidos no ato de cuidar: enfermeira, cliente, família. Por consequência, o enfermeiro, por meio de ações, tem por objetivo proporcionar conforto, tranquilidade e satisfação ao paciente, viabilizando assistência de qualidade em todo processo do transplante.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresenta-se o referencial teórico desta dissertação, a Teoria do Conforto, proposta por Katharine Kolcaba. Para melhor compreensão, optou-se, inicialmente, por apresentar breve resumo sobre a biografia da teórica, sobre os antecedentes do desenvolvimento da teoria, seguido pela descrição dos principais conceitos, pressupostos e princípios.

4.1 Biografia de Katharine Kolcaba

Katharine Y. Kolcaba nasceu nos Estados Unidos da América, na cidade de Cleveland, Ohio. Terminou a graduação em Enfermagem, no ano de 1965, pela St. Luke's Hospital School of Nursing, atuando por longo período na assistência de enfermagem médico-cirúrgica, no formato de cuidados continuados e domiciliares. Posteriormente, em 1987, especializou-se em Gerontologia, primeiro curso de Enfermagem da Frances Paine Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University (CWRU) (Kolcaba, 2012).

Kolcaba também finalizou seu mestrado em Enfermagem e, em seguida, entrou para o corpo docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Akron, nas disciplinas Teoria de Enfermagem e Investigação em Enfermagem (Kolcaba, 2007). Mais tarde, retornou a CWRU para cursar o doutorado em enfermagem, o qual fez em regime de meio expediente, enquanto continuava a lecionar e, em 1997, obteve o PhD. Evidencia-se que nos 10 anos seguintes, as atribuições do programa de doutorado auxiliaram a desenvolver e explicar a Teoria do Conforto. Durante esse período, também foi analisada por ela o conceito de conforto, juntamente com o marido, que tem formação em filosofia. Ainda apresentou um diagrama dos aspectos do conforto, que tornou funcional o conforto como resultado dos cuidados de enfermagem, assim como operacionalizou conforto em uma teoria de médio alcance, em que foi testada, por meio de estudo de intervenções (Silva, 2013).

A autora continuou a divulgação do trabalho por meio de eventos científicos, publicações de artigos e em outros veículos de comunicação científica, colaborando no aperfeiçoamento da teoria e transformando mais didática a aplicação dessa. A teórica também possui site na internet (<http://www.thecomfortline.com>) com várias informações relacionadas à vida pessoal e à teoria, oferecendo artigos publicados e vídeos produzidos. Ademais, possui um canal eletrônico, kathykolcaba@yahoo.com, para quaisquer intercâmbios com

pesquisadores e outros profissionais interessados pela temática conforto, no âmbito da enfermagem (Marques, 2015).

Salienta-se que a principal obra publicada consiste no *Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research* (Marques, 2015). A teórica também recebeu muitos prêmios, como o *Cushing Robb* da *Case Western Reserve University*, em 1987; o Avanço da Ciência, da *Midwest Nursing Research Society for End of Life and Palliative Care Nursing*, em 2003; e, em 2005, o prêmio *Mary Hanna Journalism Second Place*, na categoria *Best Practice*, pela *American Society of Perianesthesia Nurses*, por um artigo coescrito, publicado no *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. No presente, a autora está aposentada, mas continua sendo membro do Conselho de Elderlife, comunidade e rede de apoio para idosos, como também é membro da *American Nurses Association* (ANA) (Petiprin, 2020).

4.2 Desenvolvimento da Teoria

A Teoria do Conforto de Kolcaba foi elaborada pela primeira vez na década de 1990, durante os estudos de pós-graduação *stricto sensu* da autora. Essa teoria é de médio alcance para a prática de saúde, educação e pesquisa. Conforme o modelo, o conforto é um resultado imediato desejável do cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2012; Petiprin, 2020).

O desenvolvimento da referida teoria está diretamente relacionado à trajetória acadêmica/profissional da teórica. Ao longo da prática clínica de enfermagem, em diferentes contextos, Kolcaba analisou, definiu, operacionalizou, teorizou e testou o conforto. Merece destacar que a atuação dela no cuidado às pessoas com demência, em especial àquelas com Alzheimer, foi particularmente importante para o desenvolvimento da teoria, uma vez que estas apresentavam muitas vulnerabilidades, a exemplo de agitação excessiva, agressividade, dificuldade para cooperação, as quais poderiam ser prevenidas e tratadas, melhorando o conforto dessas pessoas.

Katharine Kolcaba fez análise do conceito de conforto, ao examinar a literatura de várias disciplinas, incluindo enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e inglês. À luz desta teoria, ela definiu que o conforto é produto da arte holística da enfermagem (Petiprin, 2020). Historicamente, o termo conforto está intrinsecamente relacionado ao cuidado de enfermagem, sendo meta desde os primórdios da era do Cristianismo. Por meio de estratégias de cuidados referentes à alimentação, ao preparo de chás, à lavagem de roupas e feridas, à higiene pessoal e ambiental do cliente, alcançava-se “o conforto da alma do doente” e, com ele, a própria salvação (Mussi, 2005, p. 73).

Ao longo do tempo, o sentido atribuído ao conforto sofreu influência de fatores religiosos, da racionalidade médico-científica, das exigências políticas e econômicas institucionais (Mussi, 2005). Deste modo, para compreendê-lo, no contexto dos cuidados de enfermagem, é necessário lançar olhar sobre três períodos: de 1900 a 1929; de 1930 a 1950; e de 1960 a 1980 (McIlveen; Morse, 1995).

Entre os anos de 1900 e 1929, o conforto foi considerado fundamental à essência do cuidado e fazia parte da linguagem usual, sendo ofertado aos pacientes, geralmente, em domicílio. Neste contexto, uma boa enfermeira era aquela que tornava o paciente confortável, por intermédio de ações essencialmente físicas, a exemplo de manter o cliente bem posicionado. Assim, o conforto era a meta central e imperativo moral da enfermagem (Mussi, 2005).

O segundo período, de 1930 a 1959, foi caracterizado pela institucionalização das práticas de saúde, isto é, o trabalho dos enfermeiros migrou do domicílio para os hospitais, sendo então regulado/controlado pelos médicos. Desta maneira, a enfermagem passou a agir como supervisora e delegada de cuidados, deixando de ser a provedora primária de conforto, afastando-se, assim, da relação direta com os usuários (Mussi, 2005).

Na década de 1960 a 1970, os enfermeiros adquiriram maior autonomia e puderam implementar medidas de conforto independente das ordens médicas. Contudo, com a intensificação da tecnologia dura, muitas medidas de conforto tradicionais foram consideradas simples, sendo então menosprezadas. Nesse período, as medidas de conforto não eram mais consideradas foco da enfermagem especializada, sendo associadas somente aos casos em que não havia mais possibilidades de intervenções médicas, cabendo, portanto, apenas aos pacientes em cuidados paliativos (McIlveen; Morse, 1995; Mussi, 2005).

Em relação à década de 1980, pode-se afirmar que houve muitos avanços na medicina, principalmente nos campos da cirurgia, dos antibióticos, da radiação e da quimioterapia. Diante disso, o conforto permaneceu em plano secundário em relação ao propósito de cura. Ressalta-se que, nesse período, a promoção do conforto era considerada meta menor, sendo realizado quando não havia mais a possibilidade de cura (Brandão; Santos, 2019; Kolcaba, 2003).

Com a expansão da tecnologia e a inserção desta nos cuidados em saúde, a interação direta entre os pacientes e os enfermeiros foi diminuída, ficando o trabalho desses profissionais deslocado para outras áreas, como monitorar equipamentos, desenvolver atividades técnicas e gerenciamento. Assim, as medidas de conforto passaram a ser cumpridas por outros membros da equipe de enfermagem (McIlveen; Morse, 1995; Pereira *et al.*, 2019).

Diante disso, a literatura vem conceituando o conforto como elemento fundamental/central dos cuidados de enfermagem e, nessa conjuntura, destaca-se a contribuição de Kolcaba, pois a referida autora conseguiu trazer visão mais abrangente da que foi definida nos primórdios da profissão. Ela descreveu o conforto em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência, bem como em quatro contextos: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Cada um desses aspectos é essencial ao paciente, por isso, o profissional de enfermagem busca adaptar o conforto de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

4.3 Principais conceitos, pressupostos e princípios

A teoria de Kolcaba possui algumas definições de elementos-chave que são aplicáveis na prática e facilitam as atividades de enfermagem: conforto, atendimento de conforto, medidas de conforto, necessidades de conforto, comportamento de busca de saúde, integridade institucional e variáveis intervenientes (McEwen; Wills, 2009). A seguir, a definição de alguns desses conceitos, de acordo com Kolcaba (2003):

- **Conforto:** experiência imediata e holística a ser fortalecida pela satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental).
- **Necessidade de conforto:** aquelas identificadas pelo paciente e/ou família em determinado cenário de prática de enfermagem.
- **Integridade institucional:** o valor, a estabilidade financeira e a integridade das organizações de saúde nos níveis local, regional, estadual e nacional.
- **Variáveis intervenientes:** fatores que provavelmente não se modificam e sobre os quais os profissionais de saúde têm pouco controle, como prognóstico, situação financeira, apoio social.
- **Comportamentos de busca:** condutas internas, externas ou morte pacífica, em que o paciente desenvolve consciente ou inconscientemente com o propósito de bem-estar, elaborando atividades que promovam o conforto. Destaca-se que esses comportamentos podem ser internos (cura, formação de células T, oxigenação, dentre outros); externos (comportamentos observáveis, como trabalhar em terapia, tempo de permanência no hospital, deambulação, estado funcional); e, ainda, uma morte pacífica, conceituada como morte, cujos

conflitos são resolvidos, os sintomas são bem conduzidos, ocorrendo a aceitação por parte dos membros da família e do paciente.

Para o aperfeiçoamento e a estruturação da taxonomia da Teoria do Conforto, Kolcaba estabelece o conforto em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2012).

- **Alívio:** estado no qual o cliente satisfaz uma necessidade específica, e, para satisfazê-la, é necessário atuar sobre os fatores globais que ocasionam o desconforto.
- **Tranquilidade:** caracteriza-se por um estado de calma ou contentamento. É satisfazer necessidades específicas que ocasionam desconforto ou interferem no conforto, frutos de experiência individual. A tranquilidade presume condição mais duradoura e contínua.
- **Transcendência:** constitui situação mais elevada de conforto, e, para conquistá-la, surgem medidas de educação e motivação constantes. A transcendência implica crescimento pessoal, isto é, preparar o paciente para desenvolver seus potenciais e realizar suas atividades com a máxima independência possível, aderindo a hábitos de vida saudáveis.

A teórica relata os quatro contextos da experiência humana em que ocorre conforto: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 2012).

- **Físico:** alusivo às sensações e funções corporais.
- **Ambiental:** relativo às condições e influências externas.
- **Sociocultural:** tocante às relações interpessoais, familiares e sociais, abrangendo também óticas financeiras e informações da vida social.
- **Psicoespiritual:** corresponde à autoestima, ao autoconceito, à sexualidade, significado na vida e no relacionamento como ordem ou ser superior.

Os pressupostos da Teoria de Kolcaba (2003) são definidos:

- Os indivíduos possuem respostas holísticas aos estímulos complexos;
- O conforto constitui resultado holístico desejável relativo à disciplina enfermagem;

- Os indivíduos lutam para satisfazer as necessidades básicas de conforto ou com intuito que as satisfaçam;
- O conforto oferece ânimo aos clientes para realizarem comportamentos de procura da saúde da própria vontade;
- Os usuários, a quem são oferecidos poderes para assumir ativamente comportamentos de saúde, estão satisfeitos com os cuidados de saúde;
- A integridade institucional fundamenta-se em sistema de valores direcionados para os profissionais de saúde.

Para a teórica (Kolcaba, 2003), no cuidado de enfermagem, o conforto acarreta intervenções que podem ser implementadas para alcançar o bem-estar total do paciente.

- O profissional de enfermagem, em parceria com a equipe multidisciplinar, indica as necessidades não satisfeitas dos usuários no sistema de suporte existente.
- Os enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipe, determinam as intervenções que estão de acordo com a satisfação dessas necessidades.

Outros fatores são apontados na definição das intervenções por serem determinantes para o sucesso delas, como:

- O objetivo intencional de aumentar o conforto é alcançado se as intervenções forem apropriadas, como também implementadas de forma correta. Assimsendo, o paciente experimenta de imediato um ganho em conforto como resultado da intervenção.
- Os pacientes e o profissional de enfermagem concordam sobre o que é desejável e realista nos comportamentos de procura de saúde.
- O aumento do conforto é adquirido a partir do momento em que os usuários intensificam o compromisso de procura de comportamentos de saúde.

Por conseguinte, o intuito deste estudo consiste em refletir sobre a teoria do conforto e os respectivos fundamentos teórico-filosóficos, subsidiando o cuidado de enfermagem ao transplantado renal. Isso se justifica em virtude de as ações do enfermeiro objetivar a promoção do conforto a esse tipo de paciente, envolvendo todas as dimensões, sejam elas relativas ao alívio, à calma ou à transcendência, abrangendo os contextos; físicos, sociais, psíquicos, espirituais ou ambientais.

Nesse sentido, Kolcaba pressupõe que o estado de conforto gera ausência de preocupação, de dor e sofrimento. A autora considera ainda que os indivíduos esperam receber cuidados de saúde de forma qualificada e de maneira individualizada. Assim, a assistência de enfermagem necessita ser direcionada não somente às questões físicas e biológicas, como também aos cuidados holísticos.

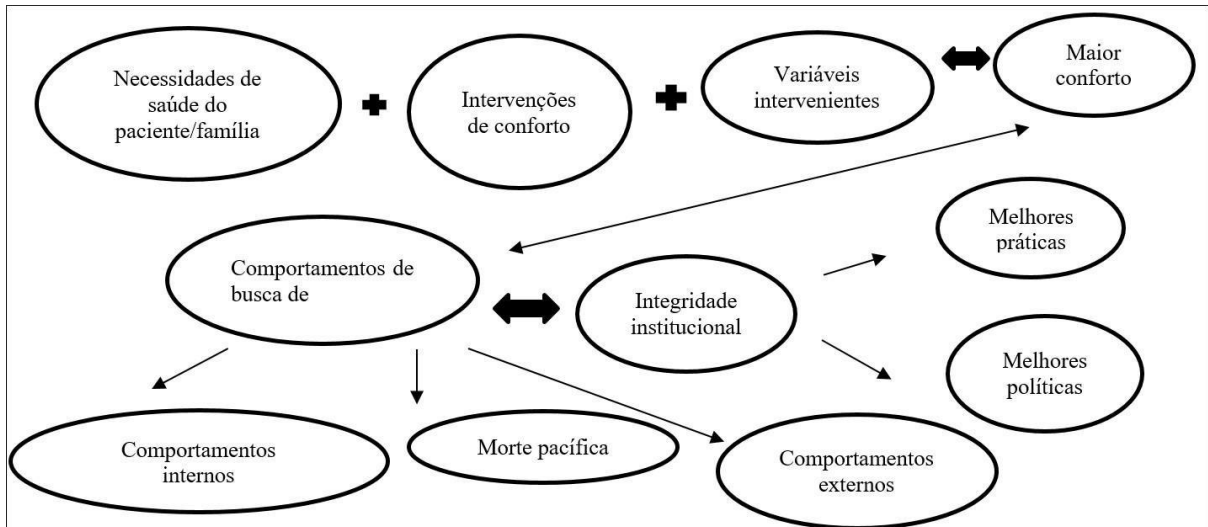
Os metaparadigmas da enfermagem são conceitos centrais de uma teoria. Para Kolcaba, os quatro metaparadigmas são: enfermagem, pessoa, ambiente e saúde (McEwem; Wills, 2009). No que se refere às definições, a autora, Kolcaba (2003), indica que:

- **Enfermagem:** apreciação intencional das necessidades de conforto, com estabelecimento de intervenções de medidas para atender às necessidades. Desta maneira, o enfermeiro reavalia os pacientes e rede de apoio deles, após a implementação das medidas de conforto, em comparação com a base anterior. Essas reavaliações podem ser alcançadas pelo uso de escalas visuais e questionários.
- **Pessoa/homem/paciente:** podem ser vistos como indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que precisam de cuidados de saúde e na esfera de atuação.
- **Ambiente:** qualquer aspecto em que envolve o doente, a família ou os meios institucionais, que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos, para melhorar o conforto.
- **A saúde:** funcionamento ótimo de um doente, família ou comunidade, representado pelo doente ou grupo.

Na teoria de Kolcaba, as concepções dos pressupostos estão em conformidade com a teoria holística, em que os indivíduos dispõem de respostas globais aos estímulos complexos, assim como o corpo físico que se associa com mente, espírito, emoção, ambiente e sociedade (Kolcaba, 2003).

Kolcaba representa graficamente as proposições da teoria com a intenção de ajudar a compreensão pelos usuários.

Figura 1 – Modelo da Teoria do Conforto com os principais conceitos articulados, Fortaleza, CE, Brasil, 2024



Fonte: Kocalba e Bice-Braswell (2024).

A Figura 1 mostra o modelo da Teoria do Conforto com os principais conceitos articulados pela autora. Ao possibilitar o entendimento do conforto como resultado dos cuidados de enfermagem consideram-se três momentos em que as proposições podem ser divididas (Kolcaba, 2003).

No primeiro momento, o profissional de enfermagem avalia o cliente de maneira holística, analisando as necessidades de conforto que não foram satisfeitas a partir dos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental e, concomitantemente, implementando as intervenções. Ao mesmo tempo, avalia a satisfação de conforto, conforme cada ação praticada (Kolcaba, 2003).

No segundo momento, as atividades que possibilitem o conforto são otimizadas e o cliente é preparado, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos, os quais buscam o bem-estar, gerando um modelo de atividades que propicie o conforto. Esses comportamentos de busca de saúde podem ser internos, externos ou morte tranquila (Kolcaba, 2003).

O terceiro momento condiz à integridade institucional, quando a instituição e a equipe de cuidados são preparadas eticamente, na tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços, abrangendo a satisfação do usuário, a redução de custos, a diminuição de morbidade e as reinternações, bem como melhores políticas e práticas de saúde (Kolcaba, 2003). Para isso, acredita-se ser necessário que esse profissional correlacione conceito, prática e conhecimento teórico, de forma a proporcionar cuidado clínico seguro ao transplantado renal.

5 O CONFORTO EM DIFERENTES CONTEXTOS DE ADOECIMENTO

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno conforto nos diferentes contextos de adoecimento em que um indivíduo possa se encontrar, realizou-se revisão de literatura, na qual através de várias etapas, identificou-se investigações que abordam o tema.

O estudo se deu em seis etapas: desenvolvimento da questão norteadora; busca da literatura nas bases de dados; coleta de dados dos estudos; avaliação crítica dos estudos selecionados; análise e discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Mendes, Silveira, Galvão *et al.*, 2008).

Etapa 1 – A questão norteadora deste estudo foi desenvolvida a partir do acrônimo PIO, em que P representa a população, que no presente estudo são os “pacientes”, o I é a intervenção como “diferentes contextos de adoecimentos” e a letra O são os resultados, correspondendo as “Circunstâncias que proporcionaram conforto”. O critério de comparação não foi aplicado e os resultados foram analisados sob uma perspectiva exploratória a partir da seguinte questão norteadora: “quais as circunstâncias que proporcionam conforto para pacientes em diferentes contextos de adoecimento?” (Souza *et al.*, 2010).

Etapa 2 – Busca da literatura nas bases de dados: realizada nas bases de dados/Portal: National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed/Medline); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) e SCOPUS/Elsevier, no período de Setembro a Outubro de 2023.

Os descritores utilizados – todos os presentes no DeCS e MeSH – foram: Comfort e Patient (Conforto e Paciente). Para composição do corpus, os artigos tiveram que obedecer aos seguintes critérios de inclusão: Estudos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas que abordem o tema de conforto em pacientes nos diferentes contextos de adoecimento no intervalo de 2013 a 2023, cujos relatórios estavam nos idiomas inglês, espanhol e português. Ressalta-se que o período de 10 anos foi escolhido, devido à escassez frente às publicações que abordam esse aspecto/fenômeno. Já os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas aos leitores e revisões bibliográficas.

Etapa 3 – Identificação dos estudos pré-selecionados: A partir da agregação dos descritores controlados, foi encontrado o total de 2887 estudos. Desse total, estudos 2291 foram encontrados na SCOPUS, 174 no Portal PUBMED e 422 na LILACS. Pela leitura dos títulos e resumos, foram excluídos estudos por não se adequarem à temática de

interesse ou por estarem presentes em mais de uma base de dados. Assim, foi realizada uma leitura aprofundada de 30 artigos na íntegra. Destes, apenas 12 responderam à questão norteadora.

Etapa 4 – Categorização dos Estudos Seleccionados: A coleta de informações se deu a partir de um instrumento específico desenvolvido pelos autores para extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, o qual foi preenchido para cada artigo da amostra final da revisão. O instrumento utilizado reuniu as seguintes informações: identificação do artigo; autores; ano de publicação e país de origem; objetivos; delineamento e população, além de dados sobre o conforto em nos diferentes contextos de adoecimento (Quadro 1).

Etapa 5 e 6 – Análise e interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento: Os artigos foram numerados conforme a ordem de localização, e os dados organizados a partir da definição das informações a serem extraídas das publicações selecionadas.

A avaliação crítica dos artigos consistiu na leitura do estudo na íntegra e, em seguida, na elaboração de uma tabela sinóptica (Quadro 2). De forma auxiliar, fez-se uso da técnica de análise temática de conteúdo por meio da leitura e releitura dos resultados dos estudos, procurando identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam. Assim, os estudos foram categorizados quanto às vivências de conforto e desconforto segundo a condição de saúde da população dos estudos.

Dos 12 artigos encontrados, a maioria dos escritos analisados teve origem de produção nacional 75% (9), sendo 25% (3) internacional. No contexto nacional, 41,7% (5) foram do Nordeste e 25% (3) do Sul e 8,3% (1) no Sudeste do Brasil. A Figura 1 esboça o processo de seleção dos estudos desta revisão de literatura.

Figura 2 – Fluxo das informações dos artigos nas diferentes fases da revisão de literatura, Fortaleza, CE, Brasil, 2024



Fonte: elaborada pela autora.

O levantamento mostra que o quantitativo de estudo relacionado ao tema vem aumentando, embora sendo ainda um tema pouco discutido, afinal 75% (9) dos artigos foram publicados nos últimos 5 anos e 25% nos últimos dez anos. Quanto ao delineamento das pesquisas, houve predominância de 58,3% (7) de estudos qualitativos, 33,3% (4) estudos transversais e 8,2% (1) de estudos mistos e um ensaio clínico randomizado.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos incluídos na revisão segundo autor/ano, país, objetivo, método e sujeitos, Fortaleza - CE, Brasil, 2024

TÍTULO	AUTOR/ ANO	PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO / SUJEITO
1 Fatores relacionados ao conforto prejudicado em pacientes renais crônicos hemodialíticos	Melo, G. A. A. <i>et al.</i> (2019)	Ceará – Brasil	Valorizar os fatores relacionados com a comodidade prejudicada do paciente renal crônico hemodialítico.	Método quantitativo /80 pacientes
2 Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular.	Gongora, M. I. R; Heredia, L. P. D. (2018)	Bogotá – Colombia	Descrever o conforto e os fatores que o afetam no paciente internado em uma unidade	Método qualitativo /45 pacientes
3 As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.	Oliveira, L. L. F. <i>et al.</i> (2017)	Alagoas – Brasil.	Analisar as vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.	Método qualitativo / 40 puérperas
4 Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas	Frello, A.T.; Carraro, T.E. (2010)	Região Sul do Brasil	conhecer como a mulher percebe o conforto durante o processo de parto.	Método qualitativo /28 pacientes
5 Aspectos da confortabilidade de mulheres hospitalizadas na unidade materno- infantil: perspectiva dos profissionais de enfermagem.	Orcina, M.Q.; Ribeiro J. P.; Rodrigues M. S. (2023)	Região Sul do Brasil	Conhecer os aspectos implicados na confortabilidade das mulheres hospitalizadas na unidade materno-- infantil, na perspectiva dos profissionais de enfermagem	Método qualitativo /21 profissionais de saúde
6 Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals	Soares, P.R.; Silva, C. R. L. (2020).	Rio de Janeiro – Brasil.	analisar o conceito de conforto em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem.	Método qualitativo, 40 profissionais de enfermagem

Continua

TÍTULO	AUTOR / ANO	PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO / SUJEITO
7 Analysis of etiological factors of nursing diagnosis of impaired comfort in children and adolescents with cancer	Leandro, T. A. <i>et al.</i> (2023)	Nordeste brasileiro	Analisar os fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em crianças e adolescentes com câncer.	Estudo transversal / 200 crianças e adolescentes
8 Comfort and Satisfaction With Care of Home-Dwelling Dementia Patients at the End of Life	Tay, R. Y. <i>et al.</i> (2020)	Cingapura	Identificar fatores modificáveis associados ao conforto de pacientes com demência que morrem em casa e à satisfação das famílias com o cuidado.	coorte prospectivo / 202 pacientes falecidos em casa
9 Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory.	Oliveira, S. M. <i>et al.</i> (2020)	Brasil	Revelar as necessidades de conforto percebidas pelos idosos hospitalizados, utilizando a teoria de Kolcaba.	Método qualitativo, com 11 pacientes.
10 Exploring Discomfort Experienced During Chemotherapy in Thai Breast Cancer Patients	Phongno- pagoon, P.; Srisatidnarakul, B.; Hsu, Y. Y. (2023).	Tailândia	Explorar o desconforto experimentado durante a quimioterapia.	Método qualitativo, com 11 pacientes.
11 Meaning and dimensionality of state of comfort in patients with chronic hemodialysis kidney disease.	Freire, S. de M. L., <i>et al.</i> (2021).	Ceará, Brasil	Compreender o significado e a dimensionalidade do estado de conforto na perspectiva dos pacientes crônicos em hemodiálise.	Método qualitativo / 30 pacientes
12 Relationship between the comfort level of chronic renal patients and sociodemographic and clinical variables	Santos, R. C. <i>et al.</i> (2020)	Ceará, Brasil	Avaliar a associação entre o nível de conforto de pacientes crônicos em hemodiálise com variáveis sociodemográficas e clínicas por meio do General Comfort Questionnaire.	Método quantitativo / 180 pacientes.

Fonte: elaborado pela autora.

Os estudos foram categorizados quanto às vivências de conforto e desconforto segundo a condição de saúde dos sujeitos: 1) Paciente renal crônico hemodialítico; 2) Pacientes com doença cardiovascular; 3) Mulheres durante o trabalho de parto e hospitalizadas em unidade materno-infantil; 4) Criança em terapia intensiva pediátrica; 5) Pessoa idosa; 6) Pessoa com câncer.

Quadro 2 – Síntese dos resultados dos trabalhos sobre os fatores que proporcionaram conforto e desconforto aos sujeitos em diferentes contextos de vida, Fortaleza, CE, Brasil, 2024

SUJEITO/ CONTEXTO	FATORES QUE PROPORCIONARAM CONFORTO	FATORES QUE PROPORCIONARAM DESCONFORTO
Pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.	Ser mais jovem, estar casado, sexo masculino, Bem-estar psicológico, Casa, alojamento confortável, qualidade do serviço prestado	Idade maior ou igual a 55 anos, estar solteiro e apresentar mobilidade física prejudicada, dor, prurido, constipação, tempo de hemodiálise, dificuldade para comparecer às sessões, efeitos adversos, ganho de peso, ruídos.
Pessoa com doença cardiovascular	Visita de uma pessoa próxima e apoio espiritual.	Não poder realizar atividades; se sentir preso; percepção de muito ruído ou ter que fazer suas funções corporais perante pessoas desconhecidas.
Mulheres durante o trabalho de parto e hospitalizadas em unidade materno-infantil	Poder ver, ouvir ou tocar o(a) filho(a) pela primeira vez, o uso de métodos para o alívio da dor. mobiliário, serviço de hotelaria, métodos não farmacológicos para alívio da dor, respeito às escolhas da parturiente, direito ao acompanhante e disponibilidade da equipe.	Dor; episiorrafia; uso do “soro” (ocitocina); falta de estrutura física como sala de parto apropriada e espaços que permitam a vivência do luto em situações de óbito fetal.
Criança internada em terapia intensiva pediátrica.	Reduzir ruído e a iluminação, medidas de alívio da dor, mudança de decúbito, coxins, higiene, hidratação corporal, medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor	Estímulos ambientais nocivos, controle situacional insuficiente, recursos insuficientes e controle ambiental insuficiente.
Pessoa idosa.	A prescrição de anticolinérgicos, técnicas de alívio da dor, banho no leito, ambiente hospitalar bem estruturado, cuidado de enfermagem.	Prescrição de opioides e uso prolongado de antibiótico usado nas últimas duas semanas de vida. dor, limitação física, alimentação intrahospitalar, falta de informação sobre o estado clínico.
Pessoa com câncer	Harmonia e liberdade em relação a si e ao ambiente; fortalecimento; desfrutar de prazeres, rede de apoio dos profissionais, familiares e amigos; paz interior.	Náuseas, vômitos, perda de apetite, alteração do paladar, artralgias, neuropatia periférica, insônia, constipação, desconforto abdominal e fadiga.

Fonte: elaborado pela autora.

A prática de enfermagem está, desde os tempos mais antigos, ligada à noção de conforto. Logo, a compreensão das circunstâncias que proporcionam conforto para pacientes em diferentes contextos de adoecimento, auxilia o profissional de enfermagem no planejamento de intervenções físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais para alcance do conforto, bem como da melhora da qualidade. Desse modo, o conforto é, atualmente, identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem (Martins; Sousa; Marques, 2022).

No entanto, com este estudo foi possível perceber que embora as considerações sobre conforto possam ser comuns para as pessoas, também surgem elementos que são característicos das vivências de cada indivíduo. Um exemplo são dois estudos realizados com pacientes crônicos hemodialíticos que, embora estivessem nas mesmas circunstâncias de saúde, tiveram conceitos diferentes de conforto, como ter um companheiro (Freire *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2019; Santos, R. C. *et al.*, 2020).

Em outro estudo de Freire *et al.* (2021) que incluem pacientes renais, observou-se que quanto à dimensionalidade, o alívio é alcançado quando o paciente é desligado da máquina, não comparece a alguma sessão ou não apresenta manifestações clínicas de intercorrências hemodialíticas. Na calma, desconfortos visíveis atrelados à alteração da rotina; abandono das atividades laborais; dificuldades financeiras e suporte familiar deficiente; e questões psicoespirituais que enfraquecem no dia a dia. Na transcendência, a ausência de sintomas, apego à religião, fé ou espiritualidade e resiliência à nova rotina figuraram como índices. Ressalta-se que os estados não agem individualmente, estão relacionados às experiências dos contextos.

Em outro estudo averiguou-se que rede social apresenta uma maior significância em domínios: sociocultural e psiscoespiritual, pois se constata que a rede de apoio familiar, de amigos e profissionais são um fator que aumenta a sensação de conforto da maioria dos pacientes, pois parece possibilitar ao indivíduo maior adesão ao tratamento, seja: pelo apoio, a rotina de tratamento torna-se mais fácil de ser enfrentada, justificando a maior média de conforto entre os pacientes em tal situação de convivência (Santos *et al.*, 2020).

Embora estar ou não solteiro seja um fator que se diferencia, quando comparado entre os pacientes renais, ao olhar para o conceito de conforto dentro de outros contextos, vemos que a rede de apoio familiar, de amigos e de profissionais é um fator de aumentar a sensação de conforto da maioria dos pacientes.

Este fato corrobora com outros estudos que mostram a importância da rede social de apoio dentro de diferentes contextos (Freitas; Menezes; Mussi, 2012; Pinheiro *et al.*, 2023). Uma rede social pessoal estável, ativa e confiável protege o indivíduo em sua vida diária, favorecendo a construção e manutenção da autoestima. Portanto, é fundamental para a

promoção da saúde nos aspectos físicos, psicológicos e afetivo-emocionais. Desse modo, entende-se que a experiência de conforto ou desconforto está associada às interações que a pessoa estabelece em momentos determinados (Silva; Pereira; Mussi, 2015).

Outro ponto que podemos ver em comum, em quase todos os achados dos estudos, é que o controle e a ausência de dor são sinônimos de conforto, enquanto a presença e sensação de dor descrevem várias vezes, o sentido da palavra desconforto (Orcina; Ribeiro; Rodrigues, 2023; Soares; Silva; Louro, 2020; Tay *et al.*, 2020)

O estudo realizado por Silva, Pereira e Mussi (2015), mostrou que os profissionais de enfermagem também consideram o alívio da dor como uma forma de promover conforto para pacientes em cuidados paliativos. Para esses enfermeiros, o alívio de desconfortos físicos significou desenvolver práticas de cuidados que amenizasse a dor.

Tendo em vista que a dor é considerada um sinal vital, é importante que o enfermeiro investigue a queixa de dor por meio de instrumentos de medição, coletando dados sobre fatores que agravam ou amenizem, para assim desenvolver práticas de cuidados que amenizem a dor, seja ela farmacológica ou não farmacológica.

Outro fator que proporcionou sensação de desconforto para a maioria dos grupos foi: “Não poder realizar atividades; se sentir preso, falta de liberdade, controle ambiental/situacional insuficiente e apresentar mobilidade física prejudicada”.

A sensação de improdutividade e o aumento das barreiras para vivenciar uma rotina, pode gerar desconforto em alguns pacientes, principalmente em grupos em idade produtiva. Outro fator que corrobora com esse achado é o fato de pacientes com doença cardiovascular acharem desconfortável ter que fazer suas funções corporais perante pessoas desconhecidas, mesmo sendo profissionais da saúde (Gongora; Heredia, 2018).

Dessa forma, a funcionalidade parece contribuir para a autonomia e gerar mais conforto. Sabendo disso, é fundamental que os profissionais de enfermagem contribuam para capacitar os pacientes, como forma de gerar conforto aos indivíduos.

Ambiente hospitalar bem estruturado, ambiente silencioso, espaço físico adequado e serviço de hotelaria também foram algo elencado como forma de proporcionar conforto (Leandro *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2020; Orcina; Ribeiro; Rodrigues, 2023; Soares; Silva; Louro, 2020).

Todavia, esse modo de pensar o conforto nas ações de cuidar, ainda não está claramente concretizado, na maior parte dos serviços de saúde, e, muito menos, tem feito parte dos objetivos – escritos – prescritos e realizados no diagnóstico de enfermagem, como uma das etapas do processo de enfermagem.

Os serviços de saúde devem considerar o ambiente em torno do cliente, como mobiliário, espaço de circulação, ventilação e a presença de ruídos. Além disso, a ideia de conforto também implica em não se esquecer da situação dos familiares que ficam pelos corredores das unidades de internação, à espera do horário de visita, muitas vezes em pé, ou que são impedidos de estar com o doente fora deste horário.

Os achados elencados nesta revisão são importantes, pois servem de subsídio para um cuidado de enfermagem planejado. Levando em consideração que o conforto é um conceito holístico, a enfermagem deve realizar intervenções condizentes com as vivências de conforto de cada indivíduo.

Assim, o conforto poderá acontecer por meio de um processo que resulta da interação entre enfermeiro/doente, caracterizado pelo elevado grau de complexidade, resultante da singularidade da pessoa e da competência e características de quem promove o conforto em diversos contextos, seja ele na enfermagem obstétrica, na cardiologia, nos cuidados intensivos, hemodialítica e/ou oncologia.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

No presente estudo, desenvolveu-se uma pesquisa de métodos mistos, a qual visa “à coleta e à integração planejada de dados quantitativos e qualitativos, propiciando um maior entendimento do fenômeno sob investigação” (Polit; Beck, 2019, p. 209). Nesse tipo de pesquisa, os dados quantitativos e qualitativos se completam e fomentam a confiança na legitimidade dos resultados (Lorenzini, 2017).

Na fase quantitativa do estudo, ocorreram a correlação e a análise de dados com o propósito de desenvolver e de esclarecer os objetos de investigação, e, por consequência, oportunizou maior conhecimento para a pesquisadora acerca do conceito conforto na perspectiva das pessoas submetidas a transplante renal (Lorenzini, 2017). Ressalta-se que foram estabelecidas relações entre as variáveis, utilizando instrumentos padronizados para a coleta de dados.

Na fase qualitativa, o trabalho em campo proporcionou e fomentou a aproximação com o que se desejou estudar. Nesse cenário, o conhecimento da realidade do campo, permitiu que a pesquisadora conhecesse os aspectos mais diversos da vida e das circunstâncias, que condicionam os pacientes os quais realizaram o transplante renal (Marconi; Lakato, 2022).

Nessa perspectiva, verificou-se que o emprego de métodos mistos de pesquisa necessita de planejamento em relação a quatro aspectos: distribuição de tempo na coleta de dados; atribuição do peso das abordagens; a combinação dos dados; e a teorização a partir da perspectiva teórica adotada (Creswell; Clark, 2013).

Na distribuição do tempo, a coleta de dados pode ser conduzida de forma concomitante ou pode ser realizada em etapas (sequencial). O segundo aspecto, atribuição de peso, relaciona-se com a prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa, sendo capaz de atribuir o mesmo peso aos dados, ou enfatizar uma ou outra abordagem, de acordo com os interesses do pesquisador (Creswell; Clark, 2013; Santos, J. L. G. *et al.*, 2017).

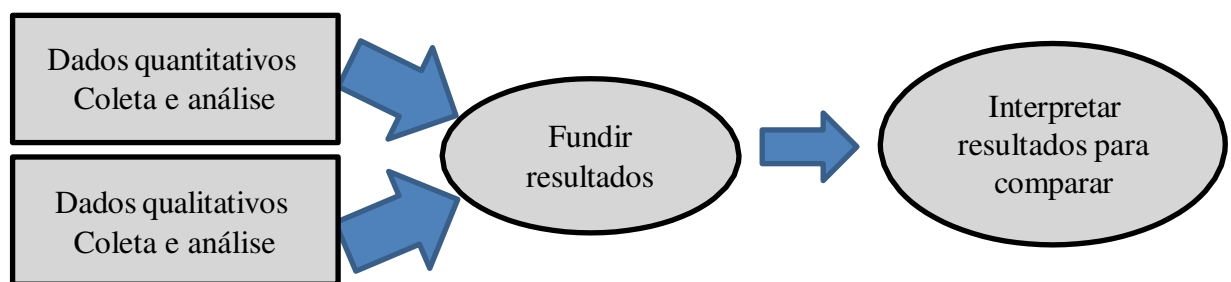
O terceiro aspecto refere-se à combinação dos estágios do estudo e da forma de mixar os resultados. Em relação aos estágios, a combinação pode acontecer nos seguintes momentos: no período de coleta, na análise dos dados, na interpretação dos resultados ou nas três fases (Creswell; Clark, 2013; Santos, J. L. G. *et al.*, 2017).

O quarto aspecto discute sobre a perspectiva teórica, cujo papel serve de guia para a execução do projeto. Dessa forma, o pesquisador deve ter a percepção de qual teoria, hipóteses

ou estruturas norteiam sua pesquisa, bem como observar de que forma tais teorias se manifestam em seu estudo, ou seja, implícita ou explicitamente (Creswell; Clark, 2013; Santos *et al*, 2017).

Levando em consideração essa explanação, a coleta de dados foi realizada de forma sequencial, assim como os dados qualitativos e quantitativos tiveram igual atribuição de peso e foram mixados ao modelo de projeto paralelo convergente. Nesse tipo de estratégia, os resultados são associados para definir convergências, diferenças e combinações, cuja finalidade é compreender melhor o fenômeno abordado (Figura 3).

Figura 3 – Delineamento das etapas do estudo pela abordagem convergente, , Fortaleza, CE, Brasil, 2024



Fonte: elaborada pela autora.

A perspectiva teórica adotada foram os pressupostos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, mediante a sustentação teórica ao construto de conforto proposto nesta pesquisa, em que foram considerados os domínios: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental e suas relações com pacientes que realizaram transplante renal.

6.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de transplante renal de hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará. A referida instituição tem como fito promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada, dando suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. É referência para a formação de recursos humanos, o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, bem como se destaca como um dos maiores centros de transplantes da América Latina (Brasil, 2020).

Em 2019, foram realizados no referido hospital 235 transplantes, sendo 86 renais, 78 de medula óssea, 43 hepáticos e 28 de córnea. Para o atendimento desses pacientes, o hospital dispõe de ampla infraestrutura física, com 197 leitos de enfermaria e de Unidade de

Terapia Intensiva (UTI), oito salas cirúrgicas, seis salas de recuperação e quatro leitos de hospital-dia (Brasil, 2020). Em março de 2022, as instalações foram ampliadas, sendo integrada a estrutura anterior novas enfermarias nas unidades de transplante de rim, fígado e pâncreas, novas instalações nos ambulatórios de geriatria, reumatologia e pneumologia, além da aquisição de um angiógrafo (Aguar, 2022).

O ambulatório de transplante renal foi criado em 1977, sendo composto por equipe de saúde multidisciplinar, que inclui: quatro enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, um assistente social, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um psicólogo e 20 médicos, totalizando 37 profissionais. Compete a essa equipe ministrar/oferecer cuidados de qualidade aos clientes submetidos a transplante.

Os pacientes iniciam o acompanhamento ambulatorial, ainda, na fase pré-transplante, em que o encaminhamento para o ambulatório acontece de três maneiras: por agendamento, via Secretaria de Saúde do Município, encaminhado pela clínica de diálise ou por demanda espontânea. Contudo, nem todos os pacientes encaminhados para a fase de pré-agendamento irão concluir o processo, pois alguns desistem por motivos pessoais e outros não se enquadram nos critérios de gravidade estabelecidos e pré-determinados pelo Ministério da Saúde (Bahia, 2020).

Nesse ambulatório, na fase pré-transplante, são realizados os agendamentos de todos os exames laboratoriais, as marcações de consultas com a equipe multiprofissional, bem como o encaminhamento para o Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemoce), a fim de iniciar o processo de identificação de histocompatibilidade. Além disso, é realizada palestra, envolvendo os pacientes e os familiares. Essa estratégia educativa tem intenção de apresentar o processo de transplante renal, desde a inscrição do paciente na fila, passando pelos cuidados no intra e pós-operatório, até os cuidados no pós-transplante.

Ainda sobre esse espaço, este funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. Os atendimentos se realizam em regime diário, por agendamento prévio, no próprio setor ou por encaminhamento antecipado da Secretaria de Saúde do Município.

Nesse processo, quatro enfermeiras, diariamente, alternam-se para atender a esse público, em que são oferecidas consultas de enfermagem no pré e pós-transplante renal, com objetivo de avaliar as habilidades do paciente em realizar o autocuidado, o conhecimento e a aderência ao tratamento crônico (Proença; Vicari; Gonçalves, 2009).

No ambulatório em questão, a consulta de enfermagem no pré-transplante tem por objetivo identificar, qualificar e quantificar eventuais fatores que possam contraindicar a realização do procedimento. Em relação às consultas no pós, realizam-se orientações de caráter

educacional e assistencial, envolvendo o autocuidado, a avaliação física, o acompanhamento de exames laboratoriais até o esclarecimento de dúvidas.

Ainda se destaca, nesse processo, o acompanhamento do transplantado no pós-operatório tardio, ou seja, após sete dias de alta da cirurgia, a fim de ser realizada a revisão geral do estado de saúde, feita pelos profissionais das áreas de enfermagem, farmácia e medicina. Evidencia-se que até três meses as consultas são semanais, de três a seis meses são quinzenais e, a partir de seis meses a um ano, os encontros são mensais. Após esse período, o transplantado retorna para as consultas apenas por demanda, isto é, se houver alguma intercorrência no estado de saúde ou se precisar esclarecer alguma dúvida sobre os cuidados e a rotina após o transplante.

Vale ressaltar que, mediante as possíveis intercorrências no estado de saúde relacionadas ao transplante, nos finais de semanas e feriados, os pacientes deverão procurar o hospital terciário de referência onde realizaram o procedimento.

6.3 População-alvo

A população foi constituída por pacientes transplantados renais que realizam o acompanhamento ambulatorial na referida clínica, onde foi realizada a pesquisa. Foram incluídos no estudo os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios: maior de idade, transplantados com três meses de cirurgia e até um ano de procedimento, pois as consultas até doze meses são mais frequentes, logo há mais assiduidade e constância desses pacientes no ambulatório. Como critérios de exclusão, estabeleceram-se: transplante duplo (rim e fígado ou rim e pâncreas) e os transplantados que perderam o enxerto.

Nessa conjuntura, do total de indivíduos cadastrados no ambulatório de transplante renal no período supracitado o critério de inclusão foi de 46 pacientes. Para fim de prevalência, por apresentar desvio padrão desconhecido, usaremos 0.5 a fim de obter a amostra máxima, considerando o nível de confiança de 95% e de significância de 5% (p -valor < 0,05).

6.4 Instrumentos de coleta

6.4.1 Fase Quantitativa

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro para o registro das informações sociodemográficas e clínicas (Apêndice A): 1) idade, 2) sexo, 3) naturalidade, 4) escolaridade, 5) estado civil, 6) religião, 7) rendimento familiar, 8) tempo de realização do procedimento cirúrgico, 9) complicações durante a cirurgia, 10) adesão ao tratamento medicamentoso, desenvolvido pela pesquisadora; e o segundo instrumento tratou-se de um questionário para mensurar o conforto auto percebido (Anexo A).

O Questionário de Conforto Geral (*General Comfort Questionnaire* – GCQ) foi elaborado por Katharine Kolcaba e consiste em um instrumento para medir o conforto, bem como para identificar os aspectos positivos e negativos envolvidos na prestação de cuidados de paciente, independente da sua condição de saúde (Melo *et al.*, 2017).

Ressalta-se que esse instrumento de conforto geral foi outrora traduzido e validado para diferentes idiomas estrangeiros, como espanhol, italiano e turco. No tocante à língua portuguesa, verificou-se a existência de versões, que foram direcionadas a pacientes psiquiátricos e pacientes com câncer de mama (Melo *et al.*, 2017).

Nesse sentido, outro estudo foi realizado em 2019 com o objetivo de validar o conteúdo da versão brasileira do *General Comfort Questionnaire*. Constatou que instrumento se torna válido para mensurar esse construto e verificar a qualidade do cuidado produzido pela equipe de enfermagem na percepção dos juízes, uma vez que o Índice de Validação de Conteúdo geral foi de 0,81. Na ocasião, esse instrumento foi avaliado por 22 juízes que avaliaram aspectos relativos à clareza, à compreensão, à relevância, à associação com o conforto e à classificação dos itens nos domínios (Melo *et al.*, 2019).

No que tange à validação psicométrica, foi realizado um estudo em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, através do QCG – Versão Brasileira. Por meio desse estudo, foi possível verificar essa validação, com base na estrutura interna, demonstrando, assim, ser confiável e válido para medir o conforto (Melo *et al.*, 2020).

O GCQ (Anexo A) se caracteriza por ser genérico, autoaplicável e recomendado fortemente para realização de estudos descritivos e de intervenção. Os 48 itens referem-se aos estados de conforto (calma, alívio e transcendência) e aos contextos em que são experienciados (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural), cujas alternativas de resposta vão de 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo) a 4 (concordo totalmente) (Wilson; Kolcaba,

2004). Essa escala possui ponto de corte maior ou igual a 152 pontos e valores mínimo e máximo de 48 e 192, respectivamente (Melo *et al.*, 2017). Quanto mais alta for a pontuação, maior será o nível de conforto vivenciado pela pessoa, do mesmo modo, uma baixa pontuação indica que o conforto está prejudicado, havendo, portanto, espaço para as intervenções de enfermagem.

Nesse sistema de pontuação, o valor de 1 indica um baixo conforto e o de 4, alto conforto (Topdemir; Saritas, 2021). No entanto, os itens negativos, 4, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42 e 45 são pontuados inversamente na análise do questionário, ou seja, a pontuação quatro foi convertida para um, e a pontuação três, para dois. Enfatiza-se que o Coeficiente Alfa de Cronbach, que avalia a confiabilidade do instrumento foi de 0,88, indicando boa adequação do questionário e ótima consistência interna dos itens (Melo *et al.*, 2017).

No domínio físico, estão contidos os seguintes itens: Sinto meu corpo relaxado agora; Eu não quero fazer exercícios; Minha dor é difícil de ser suportada; Eu estou constipado

(a) agora e entre outros. Em relação ao domínio sociocultural, os itens são: Eu me sinto útil porque estou trabalhando muito; Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu precisar de ajuda e etc. No tocante ao domínio ambiental: Eu tenho privacidade suficiente; Este ambiente é agradável; O barulho não me deixa descansar; Eu não gosto daqui, dentre outros. Acerca do domínio psicoespiritual, encontram-se os itens: Minha condição me deixa triste; Eu me sinto confiante; Eu sinto que minha vida vale a pena; Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou amado(a) e outros (Santos, R. C. *et al.*, 2020).

Destaca-se que foi realizado um pré-teste para todos os instrumentos da pesquisa cujas perguntas foram aplicadas previamente em três pacientes, que correspondeu a 5% do tamanho da amostra (Marconi; Lakatos, 2022). A finalidade do pré-teste consiste em identificar os conhecimentos prévios sobre os fatores que contribuem para o conforto. Após a aplicação, os participantes devem apontar as principais dúvidas sobre as instruções, as perguntas e as opções de respostas ou qualquer outro aspecto que tenha ficado confuso. Os participantes dessa etapa não foram incluídos na amostra final do estudo.

6.4.2 Fase Qualitativa

Para a abordagem qualitativa, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro (Apêndice B), composto por questões norteadoras sobre o significado

do conforto após o transplante renal, a partir das dimensões do estado de conforto, dos contextos em que o conforto é experiência e dos aspectos prioritários do conforto.

Sendo assim, construíram-se algumas questões norteadoras: Para você o que é conforto? Após o transplante renal o que lhe causa desconforto? Quais são as suas necessidades de saúde pós-transplante renal para garantir o conforto?

Vale ressaltar que nessa abordagem, o pesquisador tem o objetivo de aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estudam ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social. Assim sendo, têm-se os seguintes elementos fundamentais nesse processo de investigação: 1) a interação entre o objeto de estudo e pesquisador; 2) o registro de dados ou informações coletadas; 3) a interpretação/ explicação do pesquisador (Guerra, 2014).

6.5 Coleta de dados

6.5.1 Fase Quantitativa

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira referente a abril e a maio de 2023 e a segunda na primeira semana de junho de 2023. O recrutamento dos participantes foi realizado por contato direto da pesquisadora com cada paciente, em local privado, de forma aleatória. Os transplantados foram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardam a consulta no ambulatório do hospital onde fazem o acompanhamento no pós-transplante. Nesse momento, foram explicados a eles os objetivos da pesquisa, benefícios e possíveis riscos, sendo solicitado ao final dos esclarecimentos a sua anuência.

Àqueles que manifestarem por escrito o desejo de participar da pesquisa foram encaminhados para um local reservado, sendo esse solicitado previamente à coordenação do ambulatório. Indica-se que esse espaço é o mesmo em que acontecem as palestras pré-transplante, acolhendo os pacientes, familiares e as enfermeiras. Em relação à estrutura, caracteriza-se por ser amplo e equipado, contando com ar-condicionado, uma mesa e várias cadeiras, além de boa iluminação; proporcionando, assim, um ambiente climatizado, privado, seguro, organizado e confortável. Salienta-se que o convite aos pacientes foi realizado após as consultas de rotina com a equipe multiprofissional para lhes assegurar a tranquilidade em relação ao risco de atraso do atendimento.

As coletas foram realizadas em três dias da semana, às segundas, às terças e às quintas-feiras, entre 8 e 17h, com tempo médio de duração de 60 minutos, cada entrevista. A

realização nesses dias úteis se justifica devido ao maior número de pacientes que se enquadram no critério de inclusão do estudo. Essa informação foi concedida através da coordenadora de Enfermagem do ambulatório de transplante renal mediante ao cadastro técnico de rim.

Primeiramente, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos, seguidos pela aplicação do Questionário de Conforto Geral (GCQ). Esses instrumentos foram entregues aos participantes, os quais leram as perguntas e registraram suas respostas. Esclareceu-se que o preenchimento dos instrumentos para os pacientes não alfabetizados, foi realizado com auxílio da pesquisadora, que fez a leitura das perguntas, bem como marcou a opção escolhida. A segunda etapa da coleta foi necessária para esclarecer as diferenças estatísticas encontradas entre o nível de conforto e as variáveis, religião, renda e adesão ao tratamento. Desse modo, para atender a essa demanda, foram elaboradas três perguntas norteadoras (APÊNDICE D) para compreender como a experiência de conforto foi influenciada pelas variáveis supracitadas.

Foi feita uma busca por meio telefônico através do número de contato que os sujeitos possuíam no cadastro do ambulatório em questão. Após os transplantados aceitarem o convite, realizou-se a marcação da entrevista no dia em que eles aguardavam a consulta de rotina. Nessa conjuntura, explicou-se o motivo da nova coleta de dados. Os entrevistados foram encaminhados para um local reservado. A entrevista durou em torno de trinta minutos para cada participante. Esses assinaram novamente o TCLE, e para a confidencialidade, as falas foram codificadas reiteradamente por meio da letra P.

6.5.2 Fase Qualitativa

Em sequência, após a finalização das respostas dos instrumentos quantitativos, foi realizada a entrevista, utilizando-se de um roteiro (Apêndice B), com as questões norteadoras. Essa foi gravada por *smartphone* de uso pessoal, cuja capacidade é captar e registrar sons com maior precisão, fidelidade e qualidade.

Para amenizar um possível desconforto, gerado pelo paciente ao ter sua voz gravada, foi reafirmada a segurança do sigilo da entrevista, garantindo a não identificação no formulário e no banco de dados. A pesquisadora também proporcionou uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante. Ressalta-se que foram evitados gestos ou expressões que remetem à aprovação ou à desaprovação do relato. Ademais, informou ao paciente que ele tinha a possibilidade de interromper o processo quando

lhe fosse desejável, sem que lhe trouxesse danos e/ou prejuízos à pesquisa e a si próprio, além de lhe oferecer as devidas explicações para responder às questões.

Destaca-se também que foi feito um esforço para um melhor detalhamento das informações, estimulando o entrevistado a gerar o máximo de elementos que venham contribuir com os objetos investigados. Depois de concluída a entrevista, o pesquisador agradeceu a contribuição prestada pelo paciente, enfatizando a importância do seu papel neste processo.

6.6 Organização e análise dos dados

6.6.1 Fase Quantitativa

Para a análise quantitativa, os dados foram registrados e organizados em planilha eletrônica do software Excel® 2016, assim como analisados através do Software Statistical Package for the Social Sciences, versão 26. Para todas as análises, foi considerado nível de significância 1%.

Inicialmente, verificou-se a consistência dos dados e comparações envolvendo as variáveis sociodemográficas e a escala de conforto geral (*General Confort Questionnaire – GCQ*). Para as variáveis qualitativas, foram utilizadas a frequências absoluta e relativa. Para os dados quantitativos, foi utilizada a média de desvio padrão. Foi adotado o intervalo de confiança de 95% para a frequência relativa e para a média.

A homogeneidade foi avaliada por meio do teste de Fischer, assim como foi aplicado o teste U de Mann Whiteny para avaliar a diferença entre os escores do questionário GCQ. Utilizou-se o teste de Bonferroni para ajustar o nível de significância, pois foram realizadas múltiplas comparações.

Ressalta-se que a distribuição foi normal na variável religião em relação aos domínios do Conforto geral e Psicoespiritual. Por outro lado, na variável renda familiar relativo ao domínio sociocultural, bem como na dificuldade de adesão no tratamento medicamentoso referente a todos os domínios do questionário GCQ apresentaram distribuição anormal. Para todas as análises, foi considerado nível de significância 5%.

6.6.2 Fase Qualitativa

Para organização e análise dos dados qualitativos, o material coletado seguiu um processo rigoroso frente às fases definidas por Bardin (2016), como: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados.

Na primeira etapa, a pré-análise, registrou-se as impressões das mensagens contidas nos dados, a partir da leitura e da organização do material. Nesta etapa, sistematizou as ideias iniciais em quatro etapas: a leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores, que nos deu suporte à preparação do material como um todo (Bardin, 2016). A autora ainda destacou que a construção do *corpus* se ancorou na exaustividade, representatividade e homogeneidade.

Na sequência, chegou-se à exploração do material recolhido, em que os conteúdos foram extraídos por meio da decodificação dos dados brutos, visando ao alcançado núcleo de compreensão do texto e das unidades temáticas. Essas foram oriundas das ideias centrais das falas dos participantes, que ocorreram por meio de exercícios mentais de aproximação, entre os núcleos de significados e as categorias de análise (Minayo, 2010).

Corroborando com o autor, Bardin (2016) assevera que a repetição de palavras e/ou termos é uma possível estratégia a ser empregada no processo de codificação a fim de serem criadas as unidades de registro e, a partir disso, as categorias de análise iniciais.

Relativo à terceira fase, que abordou o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, esta se caracterizou pela busca de significação das mensagens já obtidas. Nesse momento o pesquisador se utilizou da intuição, da análise reflexiva e crítica. Assim, o tratamento dos resultados objetivou a construção e a captação dos conteúdos contidos em todo o material coletado através dos instrumentos (Fossá, 2003).

6.7 Aspectos éticos e legais

O projeto, primeiramente, foi submetido à Plataforma Brasil; em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição com a devida apreciação sob o nº do parecer:

6.066.577. Foi proposta aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), a qual afirma que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, os quais devem ser previstos e descritos no protocolo de pesquisa (Rates; Costa; Pessalacia, 2014).

Àqueles pacientes que concordaram na participação voluntária da pesquisa foram solicitadas assinaturas em duas vias do Termo de Consentimento Livre (TCLE) e esclarecido (Apêndice C), uma via permaneceu com o sujeito e a outra com o pesquisador.

Ainda foram explicados, aos participantes, os benefícios, os objetivos e os riscos desta pesquisa. Frisou-se que o maior benefício é fornecer subsídios para o aprimoramento da prática de cuidado prestado pelos enfermeiros e, dessa forma, contribuir para o melhor atendimento ao transplantado. Por outro lado, foi citado como possíveis riscos: o cansaço ou o aborrecimento ao responder os questionários, a possibilidade de perder o autocontrole e a integridade, ao revelar pensamentos e sentimento nunca revelados, além da invasão de privacidade e de tomar o tempo do paciente ao responder ao questionário/entrevista.

7 RESULTADOS

Conforme a proposta metodológica deste estudo, os resultados serão apresentados sequencialmente, conforme as etapas da investigação, descritas como Fase I – Quantitativa e Fase II – Qualitativa.

7.1 Fase I – Dados Quantitativos

Na sequência, estão apresentados os resultados da fase quantitativa, obtidos com a aplicação do instrumento sociodemográfico e clínico. Adiante se apresenta a análise descritiva das pontuações, atribuídas pelos transplantados nos itens que compõem o instrumento. Subsequentemente, apresenta-se a média dos domínios, o desvio padrão e a mediana para os domínios gerais e específicos do *General Comfort Questionnaire*. Por fim, esclarece-se se houve significância entre as variáveis sociodemográficas, as características clínicas e o tempo de transplante com o nível de conforto geral e por domínio.

7.1.1 Caracterização dos participantes

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos participantes são mulheres 52,2% (n=24), com idade média de 47,76 (+4,16) anos, naturais da capital do Ceará (60,9%) (n=28), com ensino médio completo (22,7%) (n=10), casado ou em união estável (39,1%) (n=18). Quanto à religião, 50% (n=23) declararam ser católicos, com renda familiar entre 1000 a 1499 reais (34,8%) (n=16). No referente ao transplante renal, 50% (n=23) receberam o novo órgão a pelo menos um ano, 73,9% (n=34), não apresentaram complicações após o procedimento e 67,4% (n=31), não tiveram dificuldade para aderir ao tratamento medicamentoso.

Tabela 1 – Caracterização do perfil social e clínico dos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2023

Variáveis	n	(%)	IC-95%	Média (IC-95%)
Sexo				
Masculino	22	47,8	(33,9 - 62,0)	
Feminino	24	52,2	(38,0 - 66,1)	
Faixa etária (em anos)				
23-34	10	21,7	(11,8 - 35,1)	47,76
35-45	12	26,1	(15,1 - 40,1)	
46-59	14	30,4	(18,6 - 44,6)	
60-77	10	21,7	(11,8 - 35,1)	
Naturalidade				
Capital	28	60,9	(46,5 - 74,0)	
Interior	18	39,1	(26,0 - 53,5)	
Nível de escolaridade				
Analfabeto	8	17,4	(8,6-30,2)	
Ensino fundamental	11	23,9	(13,4-37,6)	
Ensino médio	20	43,5	(29,9-57,8)	
Ensino superior	7	15,2	(7,1-27,6)	
Estado civil				
Casado(a) / União estável	18	39,1	(26,0 - 53,5)	
Solteiro(a)	14	30,4	(18,6 - 44,6)	
Divorciado	9	19,6	(10,1 - 32,7)	
Viúvo(a)	5	10,9	(4,3 - 22,2)	
Religião				
Católico(a)	23	50,0	(35,9 - 64,1)	
Evangélico(a)	10	21,7	(11,8 - 35,1)	
Agnóstico(a)	8	17,4	(8,6 - 30,2)	
Outras religiões*	5	10,9	(4,3 - 22,2)	
Rendimento familiar (em reais)				
até 900	9	19,6	(10,1-32,7)	11,5
1.000-1.499	16	34,8	(22,3-49,1)	
1.500-1.999	14	30,4	(18,6-44,6)	
2.000 ou +	7	15,2	(7,1-27,6)	

Continua

Continuação

Variáveis	n	(%)	IC-95%	Média (IC-95%)
Tempo de realização do procedimento cirúrgico (em meses)				
3 a 6	10	21,7	(11,8 - 35,1)	
7 a 11	13	28,3	(16,9 - 42,3)	
12	23	50,0	(35,9 - 64,1)	
Houve alguma complicação na cirurgia?				
Sim	12	26,1	(15,1 - 40,0)	
Não	34	73,9	(60,0 - 84,9)	
Houve dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso?				
Sim	15	32,6	(20,4 - 46,9)	
Não	31	67,4	(53,1 - 79,6)	

*Umbada/camdoblé, espirita.

7.1.2 Medidas de conforto por contexto segundo pontuação obtida pelo Questionário de Conforto Geral e sua correlação com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes transplantados renais

Na Tabela 2, foi analisado o conforto geral dos transplantados renais através do GCQ, em relação a cada um de seus domínios (físico, sociocultural, ambiental e psicoespiritual). Foi constatada média de 153,76 (DP = 17,29), caracterizando bom nível de conforto entre os entrevistados. O maior nível de conforto foi registrado para o domínio psicoespiritual, 57,95, (DP = 6,12) e o menor nível de conforto para o domínio sociocultural, 31,89, (DP = 4,97).

Tabela 2 – Medidas de conforto por contexto segundo pontuação obtida pelo Questionário de Conforto Geral – versão brasileira, em transplantados renais, Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024

Contextos	Média	±DP*	Mínimo	Máximo	P 25%	P75%
Físico	31,95	4,28	22,00	38,00	28,00	36,00
Sociocultural	31,89	4,97	21,00	40,00	28,75	35,50
Ambiental	31,95	4,49	22,00	40,00	28,00	35,25
Psicoespiritual	57,95	6,12	44,00	66,00	54,75	62,25
Conforto geral	153,76	17,29	111	177	142	168

*Desvio padrão

Teste U de Mann Whitney.

Quanto à associação das variáveis sociodemográficas com o conforto geral, a variável religião apresentou significância estatística ($p = 0,044$), onde os evangélicos apresentaram maior média para nível de conforto, 167 (DP = 8,26), em relação às demais religiões. Ressalta-se também que a menor média de conforto registrada entre os transplantados renais foi entre as mulheres, 152,1 (DP = 17,16), conforme se observa na Tabela 3.

Tabela 3 – Associação das variáveis sociodemográficas segundo a pontuação média do Questionário de Conforto Geral (QCG), Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024. n=46

Variáveis	Média	$\pm$ DP	p
Sexo			0,063
Masculino	155,1	17,79	
Feminino	152,1	17,16	
Naturalidade			1,00
Capital	23,50	6,79	
Interior	23,50	4,02	
Nível de escolaridade			0,439
Analfabeto	148,4	17,75	
Ensino fundamental	161,5	13,38	
Ensino médio	151,9	19,47	
Ensino superior	152,4	15,00	
Estado civil			0,770
Casado(a) / União estável	153,44	17,54	
Solteiro(a)	157,50	15,70	
Divorciado	150,44	18,46	
Viúvo(a)	150,40	22,03	
Religião			0,044
Católico(a)	149,39	15,85	
Evangélico(a)	167,00	8,26	
Agnóstico(a)	149,50	22,71	
Outras religiões*	154,20	18,43	
Rendimento familiar (em reais)			0,056
até 900	152,0	15,17	
1.000-1.499	156,4	20,62	
1.500-1.999	147,6	15,01	
2.000 ou +	161,7	14,47	

*Teste U de Mann Whitney.

Na comparação entre as categorias de religião, houve diferença estatisticamente significativa entre católicos e evangélicos ($p = 0,039$), referente ao nível de conforto geral. Todas

as outras comparações não diferiram entre si, apresentando o mesmo nível de conforto ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação do nível de Conforto Geral entre as categorias de religião informadas pelos pacientes transplantados renais, $n = 46$, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Categorias de Religião comparadas		Diferença média	Teste de Bonferroni
Agnóstico	Católico	0,109	1,000
	Evangélico	- 17,500	0,160
	Outras religiões	-4,700	0,997
Católico	Evangélico	-17,609	0,039
	Outras religiões	-4,809	0,992
Evangélico	Outras religiões	12,800	0,644

Teste de Pós-hoc de Bonferroni significativo.

Quanto à associação das variáveis sociodemográficas com o conforto físico, a variável religião ($p = 0,045$) apresentou significância estatística, com maior média de conforto físico entre evangélicos, 62,60 (DP = 2,27) e pessoas com renda acima de 2000 reais 161 (DP=14,47), conforme se observa na Tabela 5.

Tabela 5 – Associação das variáveis: níveis de escolaridade, estado civil, religião e renda segundo a pontuação média do Questionário de Conforto Físico – versão brasileira dos pacientes transplantados renais, n = 46, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Contextos do conforto																
Variáveis	Físico				Psicoespiritual				Sociocultural				Ambiental			
	Média	±	DP	P < 0,05	Média	±	DP	P < 0,05	Média	±	DP	P < 0,05	Média	±	DP	P < 0,05
Escolaridade	0,014 ¹				<001 ¹				0,119 ¹				0,069 ¹			
Analfabeto	34,10		3,44		42,00		5,98		31,50		3,30		40,80		7,50	
Ensino fundamental	36,90		4,76		47,00		4,27		33,50		4,41		44,00		4,69	
Ensino médio	35,20		4,15		45,00		7,49		31,60		4,74		40,10		6,53	
Curso superior	35,9		3,24		45,30		5,91		33,00		3,21		38,30		5,25	
Estado civil	0,821 ¹				0,451 ¹				0,949 ¹				0,665 ¹			
Solteiro	32,643		3,67		60,000		4,85		32,429		5,30		32,429		3,50	
Casado(a)/União estável	32,056		4,55		57,444		5,82		31,944		4,49		32,000		5,20	
Divorciado(a)/Separado(a)	30,889		4,64		55,889		6,35		31,222		5,93		32,444		4,55	
Viúvo	31,600		5,22		57,800		9,78		31,400		5,32		29,600		4,72	
Religião	0,105 ¹				0,045 ¹				0,093 ¹				0,201 ¹			
Agnóstico(a)	31,125		5,59		57,375		7,30		29,750		6,45		31,250		5,23	
Católico (a)	31,217		4,17		56,174		6,00		31,043		4,33		30,957		4,64	
Evangélico(a)	34,900		1,72		62,600		2,27		35,000		4,08		34,500		2,91	
Outras religiões	30,800		4,65		57,800		6,79		33,000		5,05		32,600		4,21	
Renda	0,076 ¹				0,007 ¹				0,123 ¹				0,193 ¹			
Até 900 reais	35,00		2,74		45,00		5,22		31,60		4,50		40,40		5,85	
Entre 1000-1499 reais	35,80		4,55		45,30		7,32		34,10		4,06		41,30		6,45	
Entre1500-1999 reais	34,80		4,82		43,30		6,71		30,10		3,20		39,50		6,10	
Acima de 2000 reais	37,00		2,58		48,00		4,32		33,40		4,47		43,30		7,09	
	0,704 ¹															

Fonte: Teste ANOVA

Na comparação entre as categorias de rendimento familiar, houve diferença estatisticamente significativa entre os rendimentos de 1000-1499 reais e 1500-1999 reais ($p = 0,036$), referente ao nível de conforto sociocultural. Todas as outras comparações não diferiram entre si, não interferindo no nível de conforto dos transplantados renais ($p > 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação do nível de Conforto Sociocultural e as categorias de rendimento familiar informados pelos pacientes transplantados renais, $n = 46$, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Categorias de Rendimento familiar Comparadas		Diferença média	Teste de Bonferroni
1	2	3,883	0,935
	3	- 0,792	1,000
	4	4,333	0,781
	5	-0,667	1,000
2	3	-4,625	0,330
	4	0,500	1,000
	5	-4,500	0,575
3	4	5,125	0,036
	5	0,125	1,000
4	5	-5,000	0,199

¹ 900 reais; ² 1.000 - 1.499; ³ 1.500 - 1.999; ⁴ ≥ 2.000 .

*Teste de Pós-hoc de Bonferroni significativa

O tempo de realização do transplante não afetou o conforto geral do grupo entrevistado ($p > 0,05$). Do mesmo modo, os contextos em que o conforto ocorre não diferiram entre si ao longo do tempo (Tabela 7).

Tabela 7 – Tempo de realização do procedimento por contexto de conforto, $n = 46$, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Contextos de conforto	Correlações de coeficiente	$P < 0,05$
Geral	0,130	0,388
Físico	0,155	0,302
Sociocultural	0,138	0,361
Ambiental	0,120	0,426
Psicoespiritual	0,099	0,515

Fonte: Teste U de Mann Whitney.

De acordo com a Tabela 8, os transplantados renais que enfrentaram dificuldade para aderir ao tratamento medicamentoso, tiveram o conforto geral afetado (p -valor: 0,003). Analisando por contexto, observaram-se diferenças estatisticamente significativa para o Físico

($p = 0,002$), Ambiental ($p = 0,011$) e Psicoespiritual ($p = 0,003$), sendo que o primeiro registrou a menor média para nível de conforto, 15,06 (DP = 28,00), em relação aos demais.

Tabela 8 – Dificuldade de adesão no tratamento medicamentoso, após o transplante renal, por contexto de conforto, $n=46$, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Contextos de conforto	Dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso		P < 0,05
	Sim / Média	Não / Média	
Geral	15,47	27,78	0,003
Físico	15,06	28,00	0,002
Sociocultural	18,91	25,95	0,003
Ambiental	16,66	27,15	0,011
Psicoespiritual	15,44	27,80	0,003

Fonte: Teste U de Mann Whitney.

7.2 Fase II – Dados Qualitativos

Os relatos dos participantes foram organizados sistematicamente em unidades de análise, representando pequenos segmentos do conteúdo ou temas nos quais os transplantados expressavam suas percepções sobre o conforto após o TxR.

7.2.1 Categorias temáticas

A etapa de categorização é definida como uma operação de classificação dos elementos construtivos de um todo, por meio de sua diferenciação e posterior reagrupamento com base em critérios previamente definidos (Bardin, 2016). A autora ainda acentua que as categorias são classes que agrupam os elementos com características comuns.

Neste estudo, as categorias temáticas foram pré-estabelecidas com base nos contextos de conforto descritos no referencial teórico de Kolcaba (2003). Conforme os núcleos de análise foram identificados, subcategorias foram formadas, considerando similitudes e discordâncias nas percepções dos participantes.

No Contexto Físico, detectaram-se as seguintes subcategorias de necessidades de Conforto: Controle, alívio e/ou resolução dos sintomas; Necessidades psicobiológicas; Condições de saúde após o transplante renal (Figura 4). No Contexto Ambiental, os discursos evidenciaram duas subcategorias: Ambiente Físico e Ambiente Psicossocial.

No Contexto Sociocultural, foram agrupadas as subcategorias relacionadas a: Perspectivas Econômicas após o transplante renal; Apoio de Familiares e Pessoas Significativas;

Acesso a Informações através da Assistência da Equipe Multiprofissional e Nível de Entendimento dos Pacientes Imunossuprimidos sobre as doenças contagiosas.

No Contexto Psicoespiritual foram reunidas as seguintes subcategorias: Superação de abalos emocionais e Pensamentos; Espiritualidade e religiosidade e Cuidado com a saúde mental (figura 4).

Figura 4 – Categorização do estudo, conforme Teoria do Conforto, Fortaleza, CE, Brasil, 2024



Fonte: Elaborada pela autora.

Os resultados apresentados refletem os discursos de pacientes com diagnóstico de doença renal crônica submetidos ao transplante renal. A análise e discussão foram fundamentadas nos conceitos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003).

7.3 Necessidade de conforto percebidos por pacientes pós-transplante renal

7.3.1 Necessidades de conforto no contexto físico

Segundo Kolcaba (2003), o contexto físico engloba as sensações corporais, abrangendo mecanismos homeostáticos e suas funções. Nesta perspectiva, as experiências de

conforto relacionadas ao contexto físico foram agrupadas em três subcategorias descritas a seguir:

7.3.2 Controle, alívio e/ou resolução dos sintomas

Entre as experiências relatadas, a dor foi destacada como a principal fonte de desconforto no período pós-operatório. Essa dor foi frequentemente associada a procedimentos invasivos, como punções de acessos vasculares, inserção de drenos e sondas e coleta de amostras para a biópsia. Além disso, processos infecciosos, particularmente na ferida operatória, também foram mencionados como causa de dor, conforme se observa nas falas dos participantes:

Fiquei dolorida no início, porque tinha aqueles negócios né! (referindo-se às sondas, drenos e ao acesso venoso central em jugular), mas depois passou... Graçasa Deus não senti mais nenhum desconforto (P45).

No início eu tive que me hospitalizar de novo, quase perdi o rim, fiz várias biópsias, fui furada várias vezes (P37).

Foi à dor no local da cirurgia e fiquei um pouco inchado no começo, porque meu rim transplantado demorou a funcionar (P8).

Só no começo da cirurgia, eu sentia muita dor e a minha ferida da operação, ficou infeccionada e isso me fez ficar mais tempo internado (P13).

Após sair da sala de cirurgia tudo dói... Até o terceiro mês é desconforto (P36).

Nota-se, nas falas dos entrevistados, a preocupação em adotar medidas preventivas, referente a infecções para evitar a rejeição do órgão recém-implantado. Destacaram práticas como o uso de máscaras, protetor solar, álcool em gel e evitar aglomerações, conforme os relatos que seguem:

Sempre saio de casa passando o protetor, usando minha máscara e passando álcool em gel nas mãos (P5).

Ter cuidado com a higiene, com o sol, doenças, tomar a vacina da Covid (P36).

Evito lugares que tem muita gente, porque a imunidade é baixa. Evito contato com pessoas doentes, fico sempre distante (A37).

Porque depende também da gente, da medicação. A gente tem que se ajudar muito nessa questão (P38).

Além disso, medidas como a adesão ao tratamento medicamentoso foram identificadas como cruciais para o conforto, embora alguns participantes relataram dificuldades no seguimento das recomendações. Essas dificuldades são ilustradas nas falas que seguem:

Na medicação, segui a cartilha que o farmacêutico deu e também colocava o despertador do celular pra lembrar a hora no começo, mas isso foi só no começo... (P.19)

O farmacêutico dá em outro papel os nomes dos medicamentos com os horários... Aí isso me ajudou muito, porque coloquei logo na geladeira pra não esquecer como se fosse um imã mesmo! Nossa... Isso fez toda a diferença, porque às vezes eu esquecia o horário da medição... Não vou mentir né (P33).

7.3.3 Necessidades psicobiológicas

As necessidades psicobiológicas estavam relacionadas à recuperação de funções orgânicas comprometidas pela falência renal, como urinar e beber água. Essas melhorias foram descritas como significativas para o conforto..

Conforto, para mim, é ter saído da máquina, poder beber água e fazer xixi, coisa que eu não fazia mais. (P44).

Nos primeiros meses, a alimentação é regrada, mas depois fica menos complicado. Eu como feijão, carne... (P36).

Eu creio que a minha necessidade atualmente é minha alimentação saudável e deixar de comer muito doce, carne com gordura, coisas com muito sal também, alimentos com muito óleo. Tento comer mais frutas e verduras (P13).

Minha necessidade principal agora é me alimentar bem, beber mais água para não perder o rim (P4).

Para os entrevistados, beber água e ter uma alimentação balanceada, foram as principais melhorias alcançadas após o transplante renal. Eles compreendem que, para manter o bom funcionamento do enxerto, é necessário ter uma alimentação saudável, evitando a ingestão excessiva de açúcar, óleo e sal.

7.3.4 Condições de saúde após o transplante renal

No tocante às condições de saúde após o transplante renal, os relatos expressam uma melhora significativa da qualidade de vida após o transplante. É imperativa nas falas dos entrevistados uma percepção negativa sobre as sessões de hemodiálise, sendo este tratamento considerado por eles como incômodo e demorado, algo que resulta em muitas restrições, impedindo-os de ter uma vida mais ativa, conforme os relatos que seguem:

Meu conforto melhorou depois do transplante, a vida é totalmente diferente. Com aquela cadeira e o tempo de hemodiálise me sentia desconfortável, tinha muita câimbra, enjoo na hora, às vezes a minha pressão ficava baixa também (P6).

Depois que fui transplantado minha vida melhorou 100%, porque o transplante melhora nosso conforto, pois você se livra da máquina e consegue fazer suas coisas de forma livre (P2).

O transplante foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida, porque eu não conseguia sair de casa porque eu me sentia muito mal quando fazia hemodiálise (P29).

Portanto, o transplante renal foi percebido como um resgate à autonomia e liberdade, permitindo que os participantes retomassem atividades diárias e experiências simples, como caminhar e tomar sol, conforme se observa nas falas:

Depois de sete anos de espera... Estou muito feliz, mais disposto e com mais saúde. Isso para mim é conforto! (P2).

O transplante foi a melhor coisa que aconteceu na minha, porque eu não conseguia sair de casa porque eu me sentia muito mal quando fazia hemodiálise. (A29).

Caminhada, tomar um sol, já fui à praia uma vez depois da cirurgia (A26).

Bom, eu saí de um tratamento muito pesado de doze anos de hemodiálise. Eu agradeço muito a Deus e a medicina por isso! (P4).

Quando você depende de uma máquina pra você viver é tão desanimado, aquela rotina, o dia-a-dia, um dia sim outro não, indo pra aquelas máquinas. (A42).

Meu conforto melhorou depois do transplante, porque é totalmente diferente a vida depois do transplante. (P6).

Quadro 3 – Necessidades de conforto no contexto físico apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024

Contextos em que se produz conforto	Necessidades de conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcedência
FÍSICO	Cãimbra (P6); Enjoo (P6); Dor (P5,6,7,8,13,17,21,22,32,34,37,41); Anemia (P37); Cansaço (P25); Hipotensão (P6); Desânimo (P42); Preocupação (P13); Tristeza (P19); Passar mal (P35); Estar doente (P35); Efeitos colaterais dos remédios (P37); Edema (P1, 8, 13, 23,25); Biópsia (P10,37,44); Cefaleia (P12); Ureia e/ou creatinina elevadas(P10,40); Infecção de ferida operatória (P13); Infecção urinária (P26); Infecção intestinal (P34); Parestesia nas mãos e nos pés (P16); Trombose nos MMII (P19); Hiperglicemia (P16); Diabetes Mellitus (P22); Nervosismo e ansiedade (P10,26,35); Diarréia (P33); Acessos, drenos e sondas (P41,45).	Beber água (P44); Fazer xixi (P44); Se livrar da máquina de HD (P2,5,6,38); Transplante (P2,6,11,29); Funcionamento/ação adequado(a) dos medicamentos (P15); Ter uma alimentação saudável e balanceada (P2,3,4,6,7,10, 12,13,15,16,18,22,32,36); Melhorar a imunidade (P5,37,46); Vacinar-se (P26,30,36)	Ter mais disposição (P2); Não estar preocupado com minha saúde (P13); Ter vontade de andar, comer, dormir, trabalhar (P4); Estar bem e ter saúde (P8,9,12,14,19, 23,24,27,28,29,30,33,34,37,43); Ter tranquilidade de vida (P11,35); Ter saúde em dia (P15,18,36,39); Estar sem dor (P37, A41); Estar satisfeito com os medicamentos (P37); Acostumara-se com um novo órgão que não é seu(P5); Não sentir desconforto (P15); Tomar os remédios nos horários corretos (P24); Fazer mais exercícios (P2,5,9,12 e 17); Sair sempre com máscara, boné, passar protetor solar e usar álcool em gel nas mãos (P2);

Fonte: elaborado pela autora.

7.3.5 Necessidades de conforto no contexto ambiental

Para Katharine Kolcaba (2003), o ambiente desempenha um papel crucial na promoção do conforto, sendo essencial avaliar os fatores que afetam direta ou indiretamente essa experiência. A teoria enfatiza que o conforto é único e individualizado, sendo o ambiente um papel fundamental nesse processo. Neste estudo, as experiências de conforto relacionadas ao contexto ambiental foram agrupadas em duas subcategorias: 1. Ambiente físico; 2. Ambiente psicossocial.

7.3.5.1 Ambiente físico

O ambiente físico na perspectiva da teoria deve contribuir para o alívio do desconforto e bem-estar, por meio da criação e manutenção de ambientes seguros, limpos e agradáveis, como requisito fundamental para o relaxamento e a recuperação da saúde. Embora, os participantes não tenham relatado desconfortos no ambiente hospitalar, todos destacaram o ambiente da clínica de hemodiálise como uma fonte significativa de desconforto. Os principais elementos que contribuíram para o desconforto no contexto físico

Não estar mais naquela máquina, já é muita coisa, porque é uma rotina pesada! Tem que estar pelo menos três vezes na semana (P5).

Com aquela cadeira e o tempo de hemodiálise me sentia desconfortável! (P6).

Conforto é estar num ambiente agradável, bem cheiroso, um sofá bom! Um ambiente espaçoso [...] (P22).

Conforto é tá no lugar que tem salubridade, um ambiente agradável, frio, sem calor né! Conforto é isso aí (P16).

Confortável é tá no canto bem tranquilo (P25).

Eu gosto de estar em casa né... É melhor que tá fazendo hemodiálise, porque aquelas máquinas são hoje, mas não são amanhã (P31).

Desse modo, os principais elementos que contribuíram para o desconforto no contexto físico incluem: mobiliário inadequado (especialmente as cadeiras), a luminosidade, os cheiros desagradáveis, a temperatura elevada e o nível de ruído nas salas de hemodiálise.

7.3.5.2 Ambiente psicossocial

O ambiente psicossocial diz respeito aos aspectos emocionais e sociais que envolvem o paciente, como suporte emocional e social oferecido pela equipe de saúde, a comunicação eficaz entre pacientes e profissionais de saúde, bem como a atmosfera geral do ambiente de cuidados de saúde. Um ambiente psicossocial positivo pode reduzir a ansiedade e o estresse do paciente, promovendo conforto. As seguintes falas ilustram essas percepções:

O tratamento dos médicos, o acolhimento das enfermeiras, isso conta muito para o conforto (P37).

Sentir bem tratada pela equipe (P28).

Acho que ter informações corretas do que realmente está acontecendo comigo, porque eu preciso saber independente do meu estado de saúde (P35).

Estar no lugar que eu me sinta bem, rodeado de pessoas que gostem de mim... Eu me sinto confortável (P17).

A pesquisa revelou ainda que a permanência em casa era um fator determinante para o conforto. A rotina de sessões de hemodiálise e o período de internação pós-transplante foram identificados como situações que comprometiam esse aspecto, conforme se observa nas falas que seguem:

Eu gosto de estar em casa né [...] É melhor que tá fazendo hemodiálise, porque aquelas máquinas são hoje, mas não são amanhã! (P31).

Depois que fui transplantado melhorou a minha vida 100%, porque o transplante melhora nosso conforto, porque você se livra da máquina e consegue fazer suas coisas de forma livre (P2).

Estar confortável é tá na minha casa, deitada, assistindo um filme, relaxada, sem ninguém me perturbando (P16).

Pra mim o conforto é isso: sair daquelas máquinas e estar bem em casa com a família... Ter esse conforto né!? (P38).

Isto posto, é possível afirmar que o transplante renal contribui para o conforto ao possibilitar que as pessoas fiquem mais tempo em seu ambiente domiciliar, ao lado das pessoas significativas, realizando atividades cotidianas e desfrutando de momentos de lazer.

Quadro 4 – Necessidades de conforto no contexto ambiental apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024

	Necessidades de conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos em que se produz conforto	(ter um desconforto físico aliviado)	(satisfazer necessidades específicas que ocasionam desconforto ou interferem no conforto)	(preparar o cliente para desenvolver seus potenciais para máxima independência)
AMBIENTAL	Calor (P16); Comparecer três vezes na semana ao serviço de HD (P5); Cadeira de HD desconfortável (P6); Estar longe de casa (P31,35); Ter que se hospitalizar novamente (P37).	Ambiente agradável, espaçoso, cheiroso e comum bom sofá (P22); Ambiente tranquilo (P25,43); Ambiente salubre (P16); Ambiente frio (P16); Assistir TV/filme (P25); Ouvir rádio (P25); Colocar cerâmica na casa toda para facilitar a limpeza (P4).	Estar na minha casa deitada (P26); Sair da máquina de HD (P2,38, 40); Estar em um lugar que eu me sinta bem (P17); Estar relaxada (P26); Ter acesso à internet, à educação e a uma boa moradia (P46); Manter a casa sempre limpa (P4,15,23,29).

Fonte: elaborado pela autora.

7.3.6 Necessidades de conforto no contexto sociocultural

Kolcaba (2012) destaca que o contexto sociocultural está relacionado às relações interpessoais, familiares e sociais; abrangendo ainda aspectos financeiros e informações da vida social. Após o transplante renal, o indivíduo experimenta mudanças significativas no contexto de vida, que incluem transformações físicas, emocionais, sociais e intelectuais (Pedroso *et al.*, 2019).

É nessa conjuntura que as experiências de conforto relacionadas ao contexto sociocultural foram agrupadas em quatro subcategorias: 1. Perspectivas econômicas após o transplante renal; 2. Apoio familiar e pessoas significativas; 3. Acesso a informações através da assistência da equipe multiprofissional; 4. Nível de entendimento dos transplantados renais acerca das doenças contagiosas.

7.3.6.1 Perspectivas econômicas após o transplante renal

Destaca-se que a renda é uma variável que impacta consideravelmente o cotidiano dos transplantados renais, especialmente no referente ao deslocamento desses as consultas e/ou para receber os medicamentos, conforme as falas que seguem:

Atualmente minha necessidade é ter dinheiro para vir para essas consultas quase toda semana!! Porque eu ainda estou com seis meses de cirurgia. [...] e vir pegar os remédios, como eu moro um pouco longe, às vezes isso me deixa triste!!! (P20).

Ter condições financeiras para ir para as consultas que são semanais. Agora no começo é muita mudança, a rotina muda muito... Então você tem que estar preparado para essas mudanças. (P46).

A necessidade de vir ao hospital muitas vezes, porque estou com cinco meses, ainda está muito no início. Com isso eu gasto muito dinheiro de transporte e ainda não me sinto livre... Achei que fosse mais expansivo no dia a dia. (P3).

Na questão da locomoção do meu interior pra cá [...] Eu já entrei com o recurso para o TFD, mas ainda não consegui. Então o gasto de lá para cá é muito caro, principalmente nesse começo, porque as consultas são mais frequentes... Eu que banco tudo... Estou investindo no meu carro próprio para locomoção para cá ser mais fácil e mais confortável (P11).

Atualmente minha necessidade é ter dinheiro para vir para essas consultas quase toda semana!! Porque eu ainda estou a seis meses de cirurgia. [...] E vir pegar os remédios! Como eu moro um pouco longe, às vezes isso me deixa triste! (P20).

Cabe ressaltar que, mesmo diante do relato de dificuldades financeiras, os transplantados com renda entre R\$1.500 a R\$1.999 demonstraram maior conforto sociocultural. Estratégias como apoio financeiro de familiares, acesso gratuito a medicamentos imunossupressores e gerenciamento cuidadoso dos recursos financeiros foram fundamentais:

Bom, eu sou aposentado... Então o meu dinheiro é muito regrado, é tudo bem controlado. Eu tenho ajuda dos meus filhos para ajudar nas despesas do dia - a- dia. Essas coisas de água, aluguel, luz, são com eles. Meu dinheiro é basicamente para minha alimentação e meu transporte, porque até a faxineira meus filhos pagam! (P6).

A situação tá mais apertada sabe... A gente não tem luxo, então tudo é contado. Meu salário hoje só dá pra pagar o básico: energia, luz, gás, alimentação. A gente lá em casa come o básico do brasileiro mesmo: arroz, feijão e alguma mistura sempre têm. (P40).

Moro só porque meus pais pagam o aluguel e o grosso lá de casa. Passei muito tempo na hemodiálise, porque meu rim parou de funcionar muito cedo por questões genéticas mesmo... Aí hoje em dia tenho total dedicação a comer comida saudável, tomar água sem sais, tendo aquela preocupação de tomar sempre dois litros de água todos os dias, procurar fazer caminhada e me proteger do sol (P11).

Esses relatos reforçam que o apoio familiar, a racionalização de despesas e o suporte institucional são elementos fundamentais para reduzir o impacto das limitações financeiras e promover conforto.

7.3.6.2 Apoio familiar e pessoas significativas

Na percepção dos transplantados, a experiência do conforto é influenciada pela presença de rede de apoio por parte da família e/ou pessoas significativas. Essas questões são apresentadas nos seguintes trechos:

Conforto é estar em casa deitado com a família, bem alimentado... Isso para mim é conforto (P3).

Estar com a família e amigos (P8).

Ter amigos e familiares que eu possa contar (P12, 15). Ter mais tempo com sua família (P21).

É tá em casa e com a família (P32).

Os discursos revelam como a presença da família e amigos proporcionaram proteção e segurança aos transplantados aumentando sua percepção de conforto.

7.3.6.3 Acesso a informações através da assistência da equipe multiprofissional

O acesso a informações claras e adequadas fornecidas pela equipe multiprofissional foi apontado como um fator que promove conforto e segurança durante o acompanhamento ambulatorial. Como evidencia estes pacientes:

Tem que seguir aqueles cuidados recomendados! Tanto do médico como da enfermeira. Eu sigo bem direitinho... Acho que isso aumenta o meu conforto no meu tratamento (P6).

Seguir tudo o que o médico diz: tomar o remédio na hora certa, não fazer esforço... O que mais ele orientar, a gente faz. (P19).

Os transplantados relataram que a boa comunicação e o acolhimento proporcionados pela equipe multiprofissional foram essenciais para o manejo de sua saúde e bem-estar:

Nesse momento eu procuro não faltar nenhuma consulta com o meu médico e seguir os cuidados com higiene, alimentação que as enfermeiras falam (A8).

Se sentindo bem, satisfeita, principalmente com os medicamentos, sem efeito colateral, mas principalmente o tratamento dos médicos, o acolhimento das enfermeiras, isso conta muito! (P37).

Super bem tratada pelos médicos, pelas enfermeiras, pelo psicólogo, pela assistente social... Nada a reclamar, só agradecer! (P28).

7.3.6.4 Nível de entendimento dos transplantados renais acerca de sua vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas

Os transplantados renais estavam conscientes sobre sua vulnerabilidade a doenças infectocontagiosas devido à imunossupressão, induzidas pelos medicamentos de uso contínuo que previnem a rejeição do enxerto, conforme as falas que seguem:

Eu procuro sempre sair de casa com máscara, evitar aglomerações e não estar com pessoas doentes (P1).

Evito pegar ônibus! (P6)

Evito lugares que tem muita gente, porque a imunidade é baixa. Evito contato com pessoas doentes também, fico sempre distante (P37).

Ter mais saúde! Não recebendo pessoas doentes em casa! (P23).

Evito contato com pessoas doentes, sempre tomo as vacinas nas campanhas! (P30).

As principais medidas adotadas por eles, com base nas orientações das equipes médica e de enfermagem, incluíam: uso de máscara, atualização da carteira vacinal, evitar lugares com grande fluxo de pessoas e abster-se do convívio com aquelas sabidamente doentes.

Quadro 5 – Necessidades de conforto no contexto sociocultural apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024

Contextos em que se produz conforto	Necessidades de conforto		
	Alívio (ter um desconforto físicoaliviado)	Tranquilidade (satisfazer necessidades específicas que ocasionam desconforto ou interferem noconforto)	Transcendência (preparar o cliente para desenvolver seus potenciais paramáxima independência)
SOCIOCULTURAL	Ter preocupação com a minha saúde (P13); Pessoas me perturbando/Ser muito cobrado (P26); Gastar dinheiro com transporte (P3); Deslocamento cansativo até o serviço de HD/ambulatório (P11).	Ter acesso aos meus direitos e atado que eu precisar (P35); Estar próximo a família e amigos (P8,15,35,39,41,45,46); Ter comida todos os dias (P45); Ir ao médico (P45); Ter uma casa e emprego digno (P10); Ter dinheiro para sair com amigos e familiares (P10); Ter amigos e familiares que eu possa contar (P12); Ter família (P21); Ser bem tratada pela equipe de saúde (P28, 37); Ter a família saudável (P36); Ter condições financeiras para Comparecer às consultas semanais (P20,46).	Estar bem em casa sem sentir nada (P3,40,32,38); Conseguir fazer suas coisas de forma livre (P2, 43); Estar muito feliz, mais disposto e com mais saúde (P2); Estar no lugar que eu me sintam bem, rodeado de pessoas que gostem de mim (P17); Estar bem consigo próprio, com as pessoas da sua família (P27); Ter dinheiro para comparecer às consultas semanais e receber os remédios (P11,20,24); Não ter contato com pessoas doentes (P1,23,30).

Fonte: elaborado pela autora.

7.3.7 Necessidades de conforto no contexto psicoespiritual

Conforme Kolcaba (2003), o processo saúde/doença possui uma relação direta com o alívio da tensão emocional, com a compreensão de si mesmo e com a busca pelo sagrado. À vista disso, foram desveladas, nesse contexto, as seguintes subcategorias: 1. Enfrentamento de desafios emocionais, 2. Espiritualidade e religiosidade 3. Estratégias para promoção e cuidado com a saúde mental.

7.3.7.1 Enfrentamento de desafios emocionais

O paciente transplantado enfrenta uma rotina exaustiva que inclui seu comparecimento a inúmeras consultas médicas, exames laboratoriais periódicos, além da tensão sobre o correto funcionamento do enxerto e a ocorrência de complicações. Desse modo, sentimentos como medo, dúvida, insegurança podem surgir, tal como se observa nos relatos que seguem:

E o desconforto maior é passar por tratamento desses, tomar um monte de remédios não tá curado, porque a verdade é essa: você não tá curada!! (P1).

Sim porque depois do transplante com três meses eu tive infecção urinária... Aí foi muito desconfortável, porque eu tive que colocar a sonda, tive que passar 14 dias tomando medicamento. Aí foi muito desconfortável, uma das piores coisas! Eu também sou muito ansiosa, então toda vida que eu venho aqui, sempre tem alguma coisinha. Aí fico desconfortável também. (P26).

Tive sim, porque nesse período eu passei por problemas familiares pesados que influenciaram no meu tratamento. Passei por muito abalo emocional, mas agora eu estou bem novamente. Eu também tenho uns pensamentos muito pra baixo (não vou mentir) Nem todo dia eu to bem, 100%, mas faço as minhas coisas e vou levando (P33).

Bom a gente fica só com o psicológico um pouco abalado no começo né, porque a gente tem consulta constante, a gente ainda tá conhecendo o que é o transplante. (P27).

Só fico ansiosa pelo fato de não estar em casa. Porque estou aqui há quatro meses, então isso me deixa ansiosa, querendo voltar pra casa! (P35).

7.3.7.2 Espiritualidade e religiosidade

O maior nível de conforto foi registrado para o domínio psicoespiritual, quando comparado aos demais. A espiritualidade e religiosidade foram fundamentais para o alcance do conforto entre os transplantados renais, contribuindo para o bem-estar, sendo apoio nos momentos de incertezas e a razão para ser resiliente frente aos desafios no pós-operatório, conforme os relatos que seguem:

Conforto é me sentir bem, estar na santa paz de Deus (P13).

E a fé... A fé pra mim é tudo (é mais que saúde). Se você tem fé, você tem saúde (P37).

E eu agradeço todos os dias pelo meu transplante. Só maravilha mesmo, só coisas boa mesmo... Coisas de Deus!! (P42).

Tá bem consigo mesmo e sempre ter fé em Deus pra não deixar desandar (P19).

Ter saúde né... E agora ser transplantada que era tudo que eu queria, eu pedia a Deus todos os dias. Viver a vida daqui pra frente... Tá com meus amigos, minha família (P15).

O conforto físico foi superior em transplantados evangélicos do que entre os autodeclarados católicos, sendo necessário aprofundar a entrevista para descobrir as razões que contribuíram para este resultado. De acordo com as falas que seguem, infere-se que os evangélicos possuem uma rede de apoio mais eficiente, e isso deu aos transplantados o amparo necessário nos momentos mais difíceis, antes, durante e após o transplante renal.

Eu tive muito apoio dos irmãos nos cultos que eu frequentava. O pastor sempre me dava mais atenção quando percebia que eu estava mais triste no culto. Orei muito pra conseguir o meu transplante... Então em 26/02/23 Deus e Jesus Cristo me concedeu a graça de ser chamado... Depois de doze anos de hemodiálise e cá eu estou vivendo como nunca vivi (P2).

Lá em casa apenas meu marido trabalha, mas teve umas épocas que ele estava desempregado... A gente vivia com meus benefícios por ser inválida e ele que trabalhava em uma oficina... Aí quando meu marido perdeu o emprego e só tinha o meu benefício o dinheiro não dava... Aí começou a vender trufas nos cultos, nos grupos de louvor, festinhas da igreja... Os irmãos sempre me ajudam comprando essas coisas. Tive que pedir ao pastor uma ajuda financeira [pausa novamente]. O pastor me emprestou uma quantidade de dinheiro razoável para pagar as contas principais (P38).

7.3.7.3 Estratégias para promoção e cuidado com a saúde mental

Apesar dos desafios emocionais serem muitos, houve, por outro lado, muitos relatos sobre como superá-los e/ou lidar melhor com eles, após o transplante renal. A saúde mental é um deles. Essas questões são expressas abaixo:

Então é mais psicológico também, porque você sabe que foi cortado e tal... Aí você fica mais receoso, mas os médicos te garantem que pode ter vida normal. Mas eu faço minhas coisas do dia a dia perfeitamente, nada que me atrapalhe tanto. (P5).

Mas agora eu to procurando fazer caminhada pelo menos duas vezes na semana pra tirar a gordura e ajudar na minha mente... Não ficar ansiosa com todo o processo de ser transplantada (P17).

E às vezes bate uma tristezainha, mas tem que tá sempre firme e forte pra se sentir bem confortável! Então pra mim é isso... É tá bem com tudo e deixar a vida me levar. Trabalhar mais a saúde mental (P19).

Conversar com as pessoas (P25).

Minha necessidade hoje é fazer terapia pra manter meu conforto (P27).

A gente tá de pé já é tudo né, porque eu acho que o restante dá pra ir levando! (P33).

Cuidar da minha saúde mental (principalmente rsrsrs). Agora no começo é muita mudança, a rotina muda muito... Então você tem que tá preparado pra essas mudanças (P46).

Cuidar da saúde mental! Quero voltar à psicóloga, porque tem dia que eu estou muito ansiosa! (P26).

Praticar alguma coisa pra ocupar a mente e não ficar só (como eu posso descrever) Trabalhar mais a saúde mental! (P19).

Portanto, o cuidado com a saúde mental também foi apontado como uma necessidade de conforto dos pacientes transplantados renais.

Quadro 6 – Necessidades de conforto no contexto psicoespiritual apresentadas pelos pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário de grande porte, público, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2024

Contextos em que se produz Conforto	Necessidades de conforto		
	Alívio (ter um desconforto físico aliviado)	Tranquilidade (satisfazer necessidades específicas que ocasionam desconforto ou interferem no conforto)	Transcendência (preparar o cliente para desenvolver seus potenciais para máxima independência)
PSICOESPIRITUAL	Ser perturbada (P26); Estar preocupada com minha saúde (P13); Não está no sufoco (P25); Ter pensamentos ruins (P33); Diminuição da qualidade de vida (P37).	Esquecer dos problemas da vida (P25); Esquecer da doença (P25); Ter uma rotina mais tranquila (P43); Fazer terapia (P27); Conversar com as pessoas (P25).	Estar em paz (P9, 13); Ter fé em Deus (P19, 37); Ter sua religião (P21); Estar bem consigo próprio, bem com as pessoas da sua família (P27); Sentir-se bonita (P28); Ter outros pensamentos. Sentir-se viva, renovada (P42); Animar-se cada dia mais (P42); Cuidar da saúde mental (P19,26,46).

Fonte: elaborado pela autora.

7.4 Cuidados gerais pós-transplante renal: um caminho para a promoção do conforto

O conforto é uma necessidade humana básica que deve ser atendida para possibilitar a autorrealização do ser humano. No contexto do transplante renal, a promoção do conforto estava relacionada à qualidade dos cuidados gerais adotados pelos entrevistados, conforme os depoimentos a seguir:

Bom, eu saí de um tratamento muito pesado de doze anos de hemodiálise. Eu agradeço muito a Deus e a medicina por isso. Mas agora minhas necessidades principalmente são: me alimentar bem, beber mais água pra não perder o ruim, tomar o remédio na hora certa e passar protetor solar e máscara quando sair de casa (P4).

Priorizar alimentação, porque não se pode comer tudo o que comia antes. Tenho que fazer exercício, caminhada para melhorar a saúde... E tomar os remédios diariamente. Acordar cedo pra tomar a medicação no horário certo, beber bastante água. Uso boné e roupa longa quando vou sair pra evitar o sol. (P18).

Tem que ter muito cuidado com os cuidados do corpo, mente e tomar as medicações no horário certo, porque senão volta tudo de novo. Eu sou diabético e tenho pressão alta, então eu também cuido muito bem da minha alimentação... Limpo muito bem a minha casa pra não pegar infecção de novo! (P29).

Tomar a medicação certinha, Manter uma alimentação saudável. Tentar fazer exercícios rsrsrs! (Mas eu sou um pouquinho sedentária), mas acho que isso é o fundamental... Acho que é isso (P43).

Minhas necessidades hoje são: me preocupar com a minha alimentação saudável, procurar fazer caminhada, me proteger do sol e evitar pessoas doentes. Procuro sempre beber muita água, coisa que eu não podia fazer quando estava preso a máquina... (P45).

Em síntese, a promoção do conforto será alcançada à medida em que os cuidados gerais forem executados em sua totalidade. No contexto do transplante renal, destacam-se a alimentação saudável, ingestão de água diária, prática de exercício físico regular, adesão ao tratamento medicamentoso, prevenção de infecções, uso de protetor solar e cuidados com a saúde mental.

8 DISCUSSÃO

Observou-se, neste estudo, um maior quantitativo de mulheres em relação à amostra total, embora a diferença entre sexos não tenha sido discrepante, esse achado equivale-se com o último Censo Demográfico de 2022 realizado no estado do Ceará. Segundo a apuração do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o estado conta com mais de 3,2 milhões de mulheres, o que representa 51,7% da população, enquanto ao sexo masculino corresponde a 48,3%, sendo mais de três milhões no Estado do Ceará (IBGE, 2022).

A diferença de gênero também pode estar associada à tendência de maior procura das mulheres aos serviços de saúde, seja para consultas preventivas de *check up*, seja pelas questões da saúde reprodutivas específicas (Cobo; Cruz; Dick, 2021). Deste modo, esse fator pode ter influenciado as mulheres a ingressar na fila de transplante renal, uma vez que essas dão mais ênfase ao seu estado geral de saúde.

No referente à idade, os dados desta pesquisa se assemelham aos resultados de outros estudos realizados no país os quais revelam que os pacientes são submetidos ao transplante renal próximo da quarta década de vida (Correia, 2019), com idade média de 49,4 anos (Batista *et al.*, 2017; Oliveira, A. R. S. *et al.*, 2020). Essas informações retratam que a prevalência da doença renal crônica pode crescer com o avanço da idade, podendo refletir pelas comorbidades, estilo de vida e fatores genéticos (Marinho; Galvão; Silva, 2020).

A maioria dos pacientes transplantados vivia na capital na ocasião da pesquisa, embora fossem naturais de outros estados, especialmente da região norte. Esse deslocamento é motivado pelo fato do Estado do Ceará despontar no cenário nacional como um importante centro transplantador de órgãos e tecidos, sendo o primeiro do Nordeste e o quarto no Brasil (Ceará, 2021).

O acesso aos cuidados é um fator importante para o sucesso do transplante renal, uma vez que as complicações infecciosas são mais prevalentes no primeiro ano de acompanhamento após o transplante, com destaque para a infecção do trato urinário (Starck *et al.*, 2020). Desta forma, os pacientes transplantados precisam residir na capital, principalmente no primeiro ano após o transplante, para consultas frequentes e realização de exames com o objetivo de acompanhar o enxerto e prevenir complicações.

Estudos demonstraram que o aumento do tempo de deslocamento até um centro transplantador está associado a uma probabilidade reduzida de transplante ou recuperação e a um maior risco de morte (Webb; Hodson; Chauhan, 2019). Revisão de escopo realizada por Ernest *et al.* (2023) analisando as iniquidades em saúde no acesso ao transplante renal nos

Estados Unidos da América revelou que os pacientes que não estavam próximos a um centro transplantador tiveram menos oportunidades para receber um rim.

Outra variável importante para o sucesso do transplante renal é o nível de escolaridade. Pacientes com nível de escolaridade acima do ensino médio têm maior probabilidade de iniciarem a avaliação para o transplante (Ernest *et al.*, 2023). Estudos demonstram que um dos motivos para não estar na lista de espera para o transplante renal é a falta de informação dos indivíduos, a qual apresenta associação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas e clínicas do paciente, sendo uma delas a baixa escolaridade (Dall'Agnol *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2021). A baixa escolaridade pode ser fator determinante na captação das orientações recebidas (Lorenzet, 2018).

No que tange ao estado civil, os pacientes afirmaram com mais frequência estar casados ou em um relacionamento estável. Ser casado ou ter um (a) parceiro (a) permanente está associado a uma maior qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica (Molsted; Wendelboe; Flege; Eidemak, 2021). Especialmente para o transplante renal, o estado civil desempenha um papel significativo para o seu enfrentamento. Essa condição pode estar relacionada com um maior apoio social por parte do cônjuge, possibilitando aumentar o grau de adesão ao tratamento e estimular o autocuidado (Alves, 2018).

A espiritualidade e a religiosidade influenciam no enfrentamento da doença e na qualidade de vida dos sujeitos que nelas crêem (Silveira; Azambuja, 2018). A espiritualidade, a fé e as crenças religiosas podem ajudar ativamente no processo de saúde-doença, além de promover hábitos saudáveis, influenciar a boa adaptação aos processos de adoecimento e ajudar a prevenir agravos (Müller; Flores, 2022).

Na presente pesquisa, os pacientes transplantados autodeclararam possuir religião, sendo a católica a que mais possui adeptos. A literatura aponta que a religião é fundamental para a superação das adversidades vivenciadas principalmente antes do transplante. “Ter fé em Deus” é um componente psíquico-espiritual que permite ao paciente encontrar um significado e propósito mesmo em situações desafiadoras (Oliveira, 2019).

A maioria dos pacientes acompanhados no ambulatório após o transplante renal possuía renda mensal entre 1000 a 1499 reais. A baixa situação financeira interfere na eficácia do tratamento, tendo em vista que a rede de serviço pública é falha e, muitas vezes, os insumos básicos não estão disponíveis nos serviços de saúde, ficando, assim, sob responsabilidade do paciente pagar pelos custos (Correa, 2018).

Além disso, muitos transplantados renais são chefes de família, auferindo ser a única e/ou maior renda da família, de modo que muitos pacientes têm dificuldade

socioeconômica em relação à manutenção do tratamento (Mota, 2015). Apesar de muitos transplantados renais estarem vinculados a programas da Previdência Social e receberem algum tipo de benefício, a exemplo de: auxílio-doença; aposentadoria por invalidez; Benefício de Prestação Continuada (BPC), isenção de imposto de renda; Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), ainda assim enfrentam muitas dificuldades ao longo do tratamento (Campos *et al.* 2017).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) (2023), foram feitos 6.000 transplantes de rim no último ano, sendo o segundo órgão mais transplantado no país. Todavia é importante enfatizar que as complicações no pós-transplante variam de acordo com o período.

Nos primeiros três meses, a monitorização é realizada com relação à rejeição e à perda do enxerto, uma vez que essa fase é caracterizada por maior imunossupressão e, consequentemente, com maior susceptibilidade infecciosa, especialmente as infecções nosocomiais. No período de seis meses a um ano, são encontradas as infecções comunitárias (Saad *et al.*, 2020; Tavares; Tedesco-Silva Junior; Pestana, 2020).

Em respeito à complicação cirúrgica, o percentual de intercorrências, durante o procedimento, foi baixo. Com isso, pode-se inferir que evoluções das técnicas cirúrgicas, nas diferentes fases do processo, têm permitido uma diminuição da incidência de complicações (Leite, 2013).

Por fim, com relação à dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso, o resultado foi satisfatório, pois 67,4% dos participantes expressaram que não têm dificuldade para aderir às orientações relativas ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Sabe-se que pacientes transplantados renais necessitam do uso de imunossupressores para bloquear a resposta imunológica e prevenir a rejeição (Machado *et al.*, 2018; Pereira *et al.*, 2022).

Nota-se, que apesar da maioria dos entrevistados afirmarem não ter dificuldades para aderir à terapia com os imunossupressores, ainda assim, foram identificadas nas falas situações que comprometem a adesão ao tratamento, tal como o esquecimento de doses, efeito colateral de algumas medicações, distinção dos medicamentos pela cor e/ou tamanho, dependência de um familiar/cuidador para receber a dose em cada horário prescrito.

Ratificando essas informações, estudos prévios também evidenciaram como motivos a não adesão ao regime medicamentoso, a saber: a presença de muitos efeitos colaterais, o esquecimento, o atraso e o desconhecimento da ação das drogas, faltam de empoderamento dos pacientes frente ao seu tratamento e rotina árdua do uso das medicações imunossupressoras (Santos *et al.*, 2017b; Silva *et al.*, 2022).

O compromisso diário do paciente com sua terapia imunossupressora é fator principal para a manutenção e o prolongamento da sobrevida do enxerto. Ademais, a falha na adesão à terapia imunossupressora, relaciona-se a piores prognósticos devido ao aumento das taxas de rejeição e a perda da funcionalidade do órgão (Oliveira *et al.*, 2019).

Assim, essas disfuncionalidades podem ocasionar um aumento de custos para a saúde pública, em razão dos diagnósticos adicionais, no aumento da imunossupressão para tratamento da rejeição e em última esfera o custo de um retransplante (Oliveira *et al.*, 2019).

Perante a análise dos domínios do QCG, foi observado que os pacientes possuem maior comprometimento de conforto no domínio sociocultural, indo ao encontro dos aspectos prejudiciais da DRC e demonstrando que o transplante renal significa a independência da máquina dialítica, todavia, há um caráter intersubjetivo, formado por diversas referências complexa de pontos positivos e negativos acessadas pelas pessoas (Melo *et al.*, 2019; Santos, R. C. *et al.*, 2020).

Semelhante aos dados apresentados, um estudo que correlacionou o nível de conforto de pacientes renais crônicos, por meio do General Comfort Questionnaire com as variáveis sociodemográficas e clínicas, detectou que domínio de menor nível de conforto foi o sociocultural (Santos, R. C. *et al.*, 2020). Assim, os achados demonstraram que o conforto, no contexto sociocultural, deve ser compreendido como uma experiência subjetiva de natureza multidimensional, que se modifica no tempo e no espaço, dependendo dos objetos com os quais o indivíduo interage (Machado; Brusamarello, 2020).

No tocante ao nível de conforto do GCQ com maior pontuação, destacou-se domínio psicoespiritual. Tal resultado assemelha-se com estudo transversal feito com 88 cuidadores de pacientes com câncer através do General Comfort Questionnaire (GCQ) para avaliar o conforto dos cuidadores. Observou-se que os domínios mais pontuados estavam relacionados aos aspectos espirituais (Lamino, Turrini, Kolcaba, 2014). É demonstrado que a dimensão espiritual tem significado importante na vida do ser humano, na medida em que pode contribuir para o alívio do sofrimento em meio a acontecimentos graves, como nos processos de adoecimento (Rosa, Mendes, 2021). Os domínios físico e ambiental apresentaram o mesmo valor, tanto na medida do escore geral (31,95) como também no escore por item (3,19).

Quanto à associação das variáveis verificou-se que houve diferença estatística no conforto geral e no domínio Psicoespiritual, referente à variável religião. Compreende-se que a espiritualidade e as religiões são como obras multidimensionais centrais para a experiência

humana (Mckie; Gaida, 2022). As produções científicas internacionais apontam que as atribuições das crenças espirituais e religiosas têm influência na promoção da aceitação, do enfrentamento, da adesão e do apoio em sujeitos com insuficiência renal e transplantadas renais (Al-Ghabeesh *et al.*, 2018; Burlacu *et al.*, 2019; Valizadeh Zare *et al.*, 2018).

Pode-se inferir que a religião evangélica tem um papel substancial por propiciar calma e gerir o medo associado ao futuro desconhecido de viver com um transplante renal (Valizadeh Zare *et al.*, 2018). Além disso, constitui uma doutrina voltada a seguir crenças, práticas e rituais, que são frequentemente partilhados por uma comunidade ou grupo (Rafferty; Billig, Mosack, 2015).

Moieni e Eisenberger (2018) enfatizam que a conexão com a religião é um determinante importante da saúde, estando associada à melhoria do bem-estar mental, à adoção de comportamentos protetores da saúde e à atividade anti-inflamatória. As congregações religiosas e as orações espirituais possibilitam plataformas preciosas para a inserção e relação social regular, através do serviço religioso ou da peregrinação e da prática espiritual partilhada (Chen; VanderWeele, 2018; King *et al.*, 2017).

Uma revisão de escopo internacional feita em sete bases de dados principais em junho de 2020, cujo objetivo denota em descobrir o que se sabe sobre a presença de espiritualidade e religiosidade em pessoas transplantadas renais, apontou que a espiritualidade e a religiosidade desempenham influência nos resultados clínicos e de bem-estar das pessoas que receberam um transplante renal (Mckie; Gaida, 2022).

Kawachi (2020) ainda reforça que a religião melhora os resultados de saúde através de mudanças comportamentais, como a abstinência do fumo, do álcool e das práticas sexuais de risco. Todos esses comportamentos mencionados implicam em piores resultados de saúde.

O domínio em sequência que demonstrou diferença estatística, no tocante à renda familiar, foi o sociocultural. Evidências apontam que as realidades socioeconômicas e culturais podem influenciar diretamente no conforto dos pacientes renais crônicos (Melo *et al.*, 2019).

A associação da variável “Renda familiar”, a qual apontou o maior nível de conforto geral, foi evidenciada no grupo com renda de acima de 2000 reais, comparando com outras rendas. Esse dado corrobora com os achados na literatura que constata que o baixo nível socioeconômico pode ser considerado como fator de risco para as doenças crônicas; e, relativo à DRC, ele pode estar ligado às dificuldades de acesso ao sistema de saúde e ao controle inadequado de outras doenças (Santos, R. C. *et al.*, 2020).

Foi percebido que há um “suporte adicional financeiro” advindo de outros membros da família. Isso vem a favorecer as estratégias de enfrentamento frente ao processo

de transplante (Santos, R. C. *et al.*, 2020). A família é uma fonte fundamental de apoio ao paciente acometido por uma enfermidade crônica, pois, além de acolher, envolve-se integralmente no cuidado, auxiliando o transplantado a lidar com as alterações e restrições advindas da doença (Borges *et al.*, 2016).

Em outros estudos, também fica perceptível, como o apoio familiar possibilita melhoria na dimensão social, mediante a identificação das necessidades intervenientes de conforto, direcionando para mudança de comportamentos inadequados, diminuição de complicações pós-cirurgia, redução da ansiedade, aumento da autoestima e do autoconceito, do controle de humor e da resiliência (Aguiar *et al.*, 2018; Santos, R. C. *et al.*, 2020; Yang *et al.*, 2021).

Por conseguinte, ao associar os dados clínicos, foram apontados que os pacientes que tiveram dificuldade à adesão ao tratamento medicamentoso apresentaram pior conforto nos seguintes domínios: conforto geral; conforto físico; conforto ambiental e conforto psicoespiritual.

A literatura aponta que a redução da adesão ao tratamento está relacionada com as dificuldades encontradas no pós-transplante, associada à readaptação de um novo estilo de vida, à obrigatoriedade da tomada de medicamentos, à reeducação alimentar e à necessidade de acompanhamento multiprofissional rotineiramente (Vanhoof *et al.*, 2018).

Nos trechos mencionados, evidencia-se que o processo educativo feito pela equipe multiprofissional, em todo o processo de transplante, configura-se em um dos pilares de sustentação para a adesão aos cuidados necessários nesta nova etapa da vida. Em contrapartida, as falas também demonstraram a falta de apoio social, principalmente dos familiares. Portanto, esse fator pode ter influenciado negativamente os escores dos domínios do CGQ.

Um estudo quantitativo que analisou os fatores, relacionados ao conforto prejudicado do paciente renal crônico hemodialítico, mostrou significância entre a situação familiar/conjugal e o nível de conforto dos pacientes em hemodiálise, no qual indivíduos casados apresentaram maior conforto se comparados com solteiros ($p=0,050$); tendo estes últimos quase três vezes mais chances de possuir conforto prejudicado em comparação aos casados (Melo *et al.*, 2019).

A adesão à terapia imunossupressora é um dos fatores que contribui para o sucesso do transplante. Essa é iniciada antes do procedimento, mantendo-se enquanto existir a função do enxerto, exigindo profundo comprometimento dos pacientes (Medeiros *et al.*, 2022). Outra pesquisa quantitativa que analisou os fatores associados à adesão à terapia imunossupressora em indivíduos transplantados renais, identificou que os fatores, associados à não adesão,

foram atrasos e esquecimentos (Medeiros *et al.*, 2022). Outro estudo que queinvestigou a prevalência e as razões para não adesão à medicação imunossupressora, no Hospital Princesa Alexandra (Brisbane, Austrália), detectou que os transplantados renais nãoaderentes eram mais propensos a esquecer das doses ($P = 0,005$) e também mais propensas a pular doses quando sua rotina diária mudava ($P < 0,001$) ou quando faltava dinheiro ($p = 0,03$) (Cossart *et al.*, 2019).

Diante do exposto, ratifica-se que o GCQ tem o papel de indicador empírico da teoria de Kolcaba, sendo benéfico para identificação dos níveis de conforto para pacientes transplantados renais, de acordo com os diversos contextos da teoria.

No Referente ao conforto físico, a dimensão da dor descrita nas falas dos transplantados, remete ao conceito de dor adotado pela International Association for the Pain (IASP) a qual a define como uma experiência sensitiva e emocional desagradável relacionada à lesão real ou potencial (Desantana *et al.*, 2020).

A dor pós-operatória do transplante é uma ocorrência comum, sendo referida com mais frequência nos primeiros meses após a cirurgia. Estima-se que a prevalência de dor entre transplantados renais seja de 46% (Lambourg *et al.*, 2020). No entanto, cabe ressaltar que não há um consenso na literatura sobre esse dado. Os estudos consultados apresentam diferentes abordagens e medidas para avaliar a dor, relacionada ou não ao enxerto, o que dificulta a determinação de uma prevalência exata dela no pós-operatório de transplante renal (Bruintjes *et al.*, 2019; Fleishman *et al.*, 2020; Masajtis-Zagajewska *et al.*, 2011; Zorgdrager *et al.*, 2017). Alguns cuidados são padronizados para todos os pacientes em pós-operatório de transplante, a exemplo de: assistir e estabilizar as funções hemodinâmicas (pressão arterial sistólica e diastólica, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal), avaliar o nível de dor, mensurar diurese, realizar balanço hídrico, verificar nível de consciência (Cordeiro, 2021). Neste sentido, o uso de dispositivos invasivos como cateter venoso central e sondas é fundamental para operacionalizar a coleta de amostras, infundir soluções e permitir a monitorização em tempo real dos sinais vitais garantindo assim aos enfermeiros e a equipe multidisciplinar, a identificação de padrões que indiquem complicações em pacientes transplantados renais.

O uso de drenos no pós-operatório de transplante renal, por exemplo, ajuda a localizar a origem dos vazamentos linfáticos e a gerenciá-los de forma eficaz. A linforreia é considerada uma complicação cirúrgica comum do transplante renal, devido a danos causados na ligadura dos vasos linfáticos que drenam o rim doador durante a nefrectomia ou durante a preparação de bancada; pelo aumento da produção local de linfa, devido a manipulação

cirúrgica e pela redução dos mecanismos de absorção local, devido a dissecação dos vasos linfáticos ao redor dos vasos ilíacos do receptor. Sua ocorrência aumenta o risco para o desenvolvimento de infecções, prolonga o período de internamento e pode levar à formação de linfocel (Khare; Sarkar; Bhattacharjee; Pal, 2023).

As biópsias realizadas no rim transplantado compõem a base do diagnóstico da rejeição aguda. Apesar de o exame ser seguro e de baixa morbidade, em geral, causam dor no local da punção por alguns dias (Pinheiro, 2022). Os sinais e os sintomas da rejeição englobam: disúria; diminuição do débito urinário; temperatura acima de 37,5°; edema de pálpebras ou/ e de mãos e pés, assim como o aumento dos níveis séricos de ureia e creatinina (Alves *et al.*, 2019). Assim sendo, a detecção e o tratamento oportuno da rejeição são metas importantes na vigilância pós-transplante.

A dor também pode estar associada a eventos infecciosos que podem afetar os pacientes no pós-operatório de transplante renal. Durante o primeiro mês de pós-operatório (PO), há o risco maior para a ocorrência de infecções associadas à assistência à saúde (IRAS) (Vesco *et al.*, 2018). Dentre essas, destaca-se a Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), a qual pode manifestar-se até 30 dias após a cirurgia ou em até 90 se houver colocação de implante (Berriostorres *et al.*, 2017).

Além disso, os transplantados renais estão expostos a diversos eventos infecciosos devido à ação dos imunossupressores utilizados para evitar a rejeição do órgão recém-implantado. As infecções bacterianas são as mais comuns, seguidas por infecções virais e fúngicas (Sommerer *et al.*, 2022). Portanto, torna-se fundamental orientar bem os transplantados quanto às medidas necessárias para prevenir complicações infecciosas no pós-transplante renal.

Então, o acompanhamento regular dos transplantados por uma equipe multidisciplinar, associado a uma comunicação eficaz entre pacientes e profissionais de saúde, são fundamentais na adesão às condutas para prevenir infecções e outros agravos que comprometam a saúde do enxerto.

Sobre as necessidades psicobiológicas após o transplante, reduzir o consumo de sódio e manter uma ingestão adequada de água são metas importantes no manejo nutricional destes pacientes (Alekhya *et al.*, 2021), pois o baixo consumo desse eletrólito, tem efeitos renoprotetores e pode melhorar a eficácia dos regimes de tratamento farmacológico (McMahon *et al.*, 2021).

O transplante bem-sucedido melhora o equilíbrio hídrico e a função renal, mantendo a produção adequada de urina, evitando sobrecarga de líquidos (Cassai *et al.*, 2020). No entanto, ele não oferece uma garantia de cura total e requer cuidados contínuos. Os receptores de transplante renal recuperam parte das capacidades prejudicadas, pela DRC, adquirindo maior liberdade para executar suas atividades diárias, antes comprometidas devido à HD (Brito *et al.*, 2018).

Todavia, a ingestão de água, após o transplante renal, não deve ser realizada de forma indiscriminada. A prática de recomendar alta ingestão de líquidos (acima de 3L/dia) para receptores de transplante renal vem sendo questionada, pois as evidências dessa prática são limitadas, além de não apresentar nenhum efeito significativo na sobrevida e função do enxerto nesses receptores (Mao; Chacko, 2020).

Portanto, a melhor forma para determinar a ingestão de líquidos em transplantados seria o mecanismo da sede, o qual possui funcionamento previsível, evitando excessos que comprometam o funcionamento adequado do enxerto (Mao; Chacko, 2020).

As sessões de hemodiálise limitavam a capacidade dessas pessoas de se envolver em atividades sociais, intelectuais e físicas, resultando na diminuição da sua qualidade de vida (Kulakowska *et al.*, 2023). Estudos comprovam que os receptores de transplante renal percebem a hemodiálise como um processo difícil de ser vivenciado, pois envolvem restrições dietéticas, controle hídrico rigoroso, polifarmácia, além de gerar sintomas desagradáveis, tais como dor, fraqueza muscular, depressão e ansiedade. Deste modo, o indivíduo vivencia um sentimento de aprisionamento e declínio no desenvolvimento de suas atividades (Colombijn *et al.*, 2021; Pai; Chandran; Prabhu, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021).

Portanto, o transplante renal proporciona melhora na qualidade de vidas das pessoas com falência renal, restaurando sua capacidade e independência para realizar suas atividades de vida diária. O retorno às atividades produtivas evidencia a melhora da capacidade funcional e do desempenho ocupacional e é um forte indicador de sucesso do transplante renal (Pereira; Gléria, 2017).

Criam-se expectativas de mudanças, os receptores renais passam a acreditar e a vivenciar uma sensação de "bem-estar" e de crescimento emocional, com alusão ao transplante e às mudanças referentes ao seu conforto (Brito *et al.*, 2018). Dessa maneira, é gerado um crescimento individual, capacitando o paciente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis.

A estrutura física dos serviços de saúde, das instalações e das relações terapêuticas podem ter influências no bem-estar, na segurança e na satisfação dos pacientes renais crônicos

(Souza, 2022). É essencial a adequação dos serviços de saúde para propiciar um ambiente acolhedor, além de melhorar a comunicação entre usuários e servidores, com o intuito de otimizar o atendimento prestado pela equipe de saúde, o tempo utilizado para organização do fluxo de pessoas, a autonomia e satisfação do sujeito (Cordeiro; Forte, 2021).

Os componentes do ambiente, como luz, cheiro, som e temperatura são responsáveis por modificar a forma como os indivíduos percebem o lugar onde estão inseridos. Esses elementos, quando usados de forma coesa e harmoniosa, podem melhorar o ambiente enquanto lugar efetivo de cuidado (Barros; Mazzaia, 2019).

Esses componentes, ao funcionarem como qualificadores e modificadores do espaço, estimulam a percepção ambiental. Quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras que contribuem para a promoção da saúde e a criação de espaços saudáveis (Brasil, 2010).

Portanto, é evidente que a ambiência tem impacto no tratamento das pessoas, especialmente durante a hemodiálise, no momento e que elas estão mais vulneráveis e apresentam, com maior frequência, sentimentos de impotência e depressão, tornando o tratamento mais desafiador.

Um conceito debatido no campo da Teoria do Conforto é o da Integridade Institucional. A Integridade Institucional fundamenta-se em um sistema de valores orientando para os pacientes. São considerados como estabelecimentos de saúde hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, dentre outros. Esses espaços devem possuir qualidades ou condições de serem íntegros, seguros e confiáveis (Lima, 2012).

De acordo com Kolcaba (2003), uma instituição que consegue assegurar a satisfação dessa necessidade pode encorajar um paciente a introduzir, em sua rotina, um estilo de vida mais saudável e, por consequência, torna-se mais fortalecido. Portanto, as instituições de saúde devem implementar, em seus serviços, medidas promotoras de conforto com o intuito de proporcionar uma experiência de paz aos pacientes e família, através do controle da ansiedade e inquietações, gerando assim, um conforto psicológico (Pires *et al.*, 2020).

Neste contexto, medidas de conforto incluem estratégias como melhorar os espaços de espera, evitar mobiliário desconfortável, separar passagens de funcionários e pacientes dos locais de espera, criar uma atmosfera mais relaxante no hospital para despertar sentimentos positivos (Faitanin, 2022).

A pessoa transplantada, geralmente, tem a necessidade de se deslocar do seu território de origem para os centros urbanos onde se realiza esse procedimento (Santos, Rocha, Carvalho, 2020). Portanto, o Governo Federal dispõe uma legislação específica que normatiza

a ajuda de custo para os pacientes e seus acompanhantes realizarem tratamento de saúde em outras localidades, chamado Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). (Forte, 2022).

Contudo, a rígida burocracia, referente às comprovações para o deslocamento dos usuários, associada aos atrasos no repasse desse benefício, contribuíram para que os pacientes arcassem com os custos do deslocamento até a capital (Forte 2022).

Infere-se que o acesso ao TFD abrange questões de ordem política, econômica e funcional, podendo essas questões acarretar dificuldades que impeçam a satisfação das necessidades dos pacientes em relação à assistência (Guedes *et al.*, 2020).

Ainda assim, apesar desses obstáculos, os participantes revelaram que houve, em sua maior parte, transformações positivas em suas vidas, representando à expectativa de poder retornar a sua vida saudável e continuar de onde foi interrompida, isto é, simboliza a esperança de uma vida melhor, de sonhar com um futuro próspero (Brito *et al.*, 2018).

O apoio da família e de pessoas significativas foi fundamental para o alcance do conforto. Cada paciente transplantado, a partir de suas concepções, vivenciará a experiência do procedimento de forma diferente, influenciada por projetos de vida, grau de perda de independência, de autonomia e de apoio familiar (Lopes *et al.*, 2020).

Percebeu-se, nas falas dos entrevistados, que o conforto foi causado devido ao apoio dos familiares e por passar mais tempo ao lado deles, por proporcionar proteção e por transmitir segurança para o processo de transplante.

Corroborando com esses achados, uma meta-análise que avaliou o grau de apoio social de receptores de transplante renal, em bases chinesas, constatou que o apoio familiar e o social são cruciais para a reabilitação dos transplantados, visto que proporcionam alívio psicológico e, desse modo, esse apoio emocional pode ser usado como estratégia para canalizar as emoções negativas nestes pacientes (Yang *et al.*, 2021).

Conforme Kolcaba (2003), uma das formas de proporcionar o conforto é manter aos pacientes informações sobre sua situação de saúde. Os profissionais de saúde são um pilar importante para que os transplantados prossigam no seu tratamento terapêutico, pois esses impulsionam atitudes e comportamentos saudáveis, visando aumentara sobrevida do enxerto (Pedroso *et al.*, 2019).

Por fim, a compreensão dos pacientes acerca do não convívio com pessoas doentes emergiu a última subcategoria no contexto sociocultural. Enfatiza-se que os transplantados fazem parte dos pacientes imunossuprimidos, ou seja, indivíduos que apresentam enfraquecimento do sistema imunológico, nesse caso, causado por medicamentos imunossupressores (Brasil, 2022).

Os discursos supracitados evidenciam que os participantes possuíam um nível de entendimento satisfatório acerca do isolamento social, visto que indivíduos enfermos são vetores de transmissão de doenças infecciosas. Deste modo, a estratégia de isolamento social pode acarretar um obstáculo para o surgimento de infecções oportunistas.

Dados semelhantes também são encontrados em um estudo qualitativo com sete pacientes com rejeição do enxerto de rim de um Serviço de Nefrologia de um Sul do Brasil, que buscou conhecer as vivências de pacientes os quais apresentaram rejeição ao enxerto de rim. Foi evidenciada a importância do protagonismo do paciente em seu processo de cuidar, dado que a falta de conhecimento contínuo e constante pelos pacientes podem levá-los a condições de riscos e possíveis rejeições, afetando o enxerto (Bonfim *et al.*, 2016).

É notório que o sucesso do procedimento depende de muitos fatores, inclusive, da manutenção do sistema imunológico deprimido, pois a conscientização dos pacientes, em evitar o contato com outros doentes, fortalece o sistema de defesa e diminui o risco de rejeição do órgão. Dessa forma, eleva a taxa de sobrevida do enxerto (Reges *et al.*, 2020).

Conforme Kolcaba (2003), o processo saúde/doença possui uma relação direta com o alívio da tensão emocional, com a compreensão de si mesmo e com a busca pelo sagrado. O paciente transplantado está em exposição constante aos fatores adversos, como o compromisso de inúmeras consultas médicas, exame laboratorial periódico, tensão com a expectativa para o transplante. Desse modo, sentimentos como medo, dúvida, insegurança podem surgir e gerar danos psicológicos (Nogueira *et al.*, 2022).

Os resultados de um estudo qualitativo que buscou conhecer os sentimentos envolvidos no processo de transplante renal, com seis pacientes em uma unidade de atendimento no Vale do Itajai, reafirmaram que os sentimentos são variados, dependendo da perspectiva do transplantado. Em consequência, existiram muitos relatos de superação e adaptação relativos ao processo, como também um detalhamento de sentimentos como angústias, receios, alegrias, lições ensinadas a respeito de resiliência, gratidão e fé (Lisieski; Baumann; Caviquioli, 2020).

Portanto, o entendimento da Espiritualidade e Religiosidade corresponde a uma condição de grande impacto singular e coletivo, especialmente para os receptores renais, pois se constituiu com umas das necessidades sentidas.

Esses pacientes veem na espiritualidade uma importante rede de apoio em razão de sentirem um maior fortalecimento com um ser superior, uma fonte de força, apoio e de sentido para a vida, um refúgio para as inquietações existenciais da sua finitude (Oliveira, 2019).

Manso e Góes (2019) afirmam que a Espiritualidade é uma definição mais abrangente do que religião e está associada à transcendência. É um conceito que não desmembra os aspectos físicos e mentais, agregando a esses o aspecto espiritual e fazendo, assim, parte de uma multidimensionalidade. Ressalta-se que essa virtude se fundamenta nas contribuições atuais da física quântica e da biologia.

Os autores ainda afirmam que a Espiritualidade é algo que deve ser considerado do ponto de vista da pessoa (Manso; Góes, 2019), fazendo parte do itinerário terapêutico como uma expectativa para o futuro e suavização do sofrimento dos indivíduos. Dessa maneira, tem papel essencial na saúde como um recurso de enfrentamento para os desafios da vida (Alves, 2015; Roberti Junior; Benetti; Zanella, 2016).

A fim de fortalecer os dados apresentando, um estudo que propôs compreender as narrativas pós-transplante de um grupo de idosos constatou que a espiritualidade auxilia e complementa o tratamento, servindo como uma rede de apoio (Lopes *et al.*, 2020).

Em referência a terceira subcategoria, Kolcaba (1991) revela que as necessidades de conforto psíquico além de abranger a relação do sujeito com uma ordem ou ser superior por meio de práticas religiosas, também incluem consciência interna de si própria, integrando a autoestima, a sexualidade e o significado da vida.

Para tanto, é esperado que os transplantados renais adotem estratégias para promoção e cuidado com a saúde mental. Embora o transplante seja responsável por muitas mudanças significativas na vida dos pacientes, também há contratempos nesse processo, como já mencionado. Portanto, o cuidado da saúde mental é uma forma de se fortalecer para enfrentar os problemas físicos, ressignificar a vida e dar continuidade aos planos e aos sonhos idealizados (Medeiros, 2018).

Diante da complexidade exposta, ao cuidar de pacientes que realizaram o transplante, verifica-se a necessidade de discutir sobre suas preocupações, seus medos e anseios, suas escolhas, suas prioridades e suas perspectivas de cuidados futuros, pois entender a experiência das pessoas transplantadas renais permite compreender o contexto de luta pelo viver, possibilitando, desse modo, um melhor enfrentamento em todo o processo (Santos, L. F. *et al.*, 2018; Santo, V. F. C. dos *et al.*, 2018).

Sabe-se que a adesão às medidas gerais de cuidado é essencial para garantir o sucesso do transplante, pois, nos primeiros seis meses após a cirurgia, o paciente precisa evitar aglomerações, como também adotar uma alimentação balanceada e praticar exercícios supervisionados (Stein, 2018).

Espera-se que a interação, entre os transplantados e as práticas de saúde, resulte em um estado de bem-estar, gerando uma experiência positiva com um estado de conforto duradouro, em que este não é somente a ausência do desconforto, e sim a garantia às necessidades humanas básicas (Kolcaba, 1991).

A partir dos relatos dos entrevistados, foi possível depreender a contribuição dos cuidados gerais, praticados pelos transplantados, como estratégia para promoção do conforto, uma vez que é imprescindível que o paciente tenha consciência de que o transplante não é uma forma de cura, mas um tratamento, pois será preciso o uso contínuo de imunossupressores, cuidados com a dieta e um estilo de vida mais saudável (Morais, 2022).

Oliveira (2019) indica que a mudança de estilo de vida, para a preservação do enxerto, exige do indivíduo transplantado uma nova tomada de decisão relativa aos cuidados específicos, posto que complicações como rejeição ou infecções podem acontecer, e, para que elas sejam evitadas, a adesão terapêutica é condição indispensável para que o tratamento logre êxito.

Estudo realizado na região Sul do Brasil, que propõem elaborar um modelo técnico-assistencial de enfermagem para pacientes de transplante renal, constatou que paciente em processo de transplante perpassa uma fase de libertação e melhoria no conforto, reforçando um modelo técnico-assistencial, fundamentado no autocuidado e na integralidade, sustentada em teorias de enfermagem, que permite expandir as corresponsabilidades do processo de cuidado ao paciente transplantado, com foco para a autonomia e melhora no conforto (Machado *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, infere-se que, para promover o conforto, faz-se necessário que haja a interação dos pacientes com as práticas de saúde (Mussi, 2005). Isso contribuirá para o autocuidado, cujo objetivo é manter o órgão transplantado em pleno funcionamento, evitando a rejeição, além de prevenir novas doenças que possam prejudicar a saúde (Morais, 2022).

9 CONCLUSÃO

As necessidades de conforto do paciente transplantado renal compreenderam-se no objeto desta pesquisa. Assim, verificou-se, como proposto pela Teoria de Katharine Kolcaba, que o conforto representa uma necessidade humana básica. Diante disso, é necessário ser alcançado para que o indivíduo consiga a autorrealização e autonomia no processo de transplantação.

Destaca-se que os estudos mistos almejam a concordância entre o qualitativo e o quantitativo, possibilitando interpretações mais completas acerca do fenômeno de investigação. No cenário da abordagem quantitativa, ao identificar o nível de conforto, verificou-se que o conforto sociocultural apresentou menor média, reforçando os aspectos prejudiciais da DRC, bem como as consequências do contexto de vida, modificadas pós- TxR. Já o psíquico foi o que obteve melhor nível de conforto, atestando que a perspectiva religiosa consegue promover apoio e bem-estar aos pacientes renais nessa nova etapa de vida. Ademais, os domínios físico e ambiental apresentaram níveis similares quanto ao nível de conforto.

Em visto disso, ao associar as variáveis como: sexo, naturalidade, estado civil, nível de escolaridade em conjunto com as características clínicas e tempo de transplante, roborou-se que não existe evidência estatística relacionada com o conforto geral, assim como os domínios do conforto na população pesquisada. Não obstante, as variáveis restantes como religião, renda familiar e a única variável clínica, respectiva às dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso, apresentaram diferenças estatísticas no nível de conforto geral e nos domínios específicos do questionário GCQ-vb.

Por conseguinte, o referencial teórico se desvendou apropriado, por intermédio da abordagem qualitativa, porque os discursos dos participantes mostraram semelhanças com os pressupostos da Teoria do conforto, perpassando entre os quatro contextos: Físico, Ambiental, Sociocultural e Psíquico.

A despeito das necessidades de conforto referente ao contexto físico, a dor foi descrita com maior frequência pelos participantes após o transplante, estando associada, muitas vezes, aos diversos procedimentos invasivos, assim como sendo resultado de processos infecciosos que afetam principalmente a ferida operatória. Outra experiência proferida foi as necessidades psicobiológicas, as quais evidenciaram a recuperação de certas funções orgânicas que estavam comprometidas e/ou ausentes devido à deterioração da função renal, fato que causava desconforto.

No que toca às experiências de conforto relacionadas ao contexto ambiental, distinguiu-se duas subcategorias: ambiente físico e ambiente psicossocial. As necessidades apontadas surgiram a partir das memórias dos entrevistados quando estavam no tratamento dialítico, em que os componentes do ambiente como luz, cheiro, som, temperatura, móveis desconfortáveis, juntamente com períodos extensos, foram responsáveis pela experiência negativa para a maioria dos participantes. Em contrapartida, notou-se que o conforto foi logrado no período pós-transplante, dado que os pacientes mencionaram que estavam passando mais tempo em casa, direcionando seus interesses para atividades diárias. Além disso, existiram relatos que a instituição de saúde, no caso o ambulatório renal, proporciona um ambiente agradável, limpo, salubre, tranquilo, confortável e acolhedor.

No contexto sociocultural, as experiências de conforto identificadas foram em relação à perspectiva econômica a qual foi bastante frísada por alguns pacientes, uma vez que a pessoa transplantada, geralmente, tem a necessidade de se deslocar do seu território de origem para os centros urbanos, onde se realiza o procedimento. Quanto ao apoio familiar permitiu grande representatividade na melhora do conforto, associada ao envolvimento integral de amigos próximos para auxiliar o transplantado a lidar com as alterações e as restrições advindas dessa nova etapa de vida.

Sobre o acesso a informações, através da assistência da equipe multiprofissional, gerou uma melhora na confiança e na segurança nos cuidados do pós-operatório. Também existiu a compreensão dos pacientes sobre o não convívio com pessoas doentes, demonstrando que esses possuíam um nível de entendimento satisfatório acerca do isolamento social.

No contexto psicoespiritual, comprovou-se que ocorreu superação de pensamentos negativos, apesar de algumas situações adversas que o transplantado passa no decorrer do processo, como o compromisso de inúmeras consultas médicas, exame laboratorial periódico, tensão com a expectativa para o transplante. Compete ainda apontar a importância da espiritualidade e da religiosidade, visto que a pessoa transplantada buscou força em algum ente espiritual ou em alguma força divina para manter o equilíbrio físico e mental.

O cuidado com a saúde mental também foi responsável pelo êxito do conforto em razão das muitas mudanças significativas no estilo de vida. Portanto, fortalecer a saúde mental do indivíduo consiste em uma estratégia de enfrentamento para problemas físicos e emocionais, fornecendo, assim, mais segurança e oportunidade para realizar seus planos e sonhos idealizados.

Como resultado de investigação deste estudo, provou-se que o conforto consiste principalmente em ações de enfermagem utilizadas em todas as suas dimensões, sejam elas

nível de alívio, calma ou transcendência. Portanto, isso requer que a equipe de enfermagem seja atuante nos centros transplantadores e direcione suas intervenções educativas para melhoria do conforto geral e alívio dos problemas desses indivíduos.

Diante disso, esta pesquisa pode contribuir para o entendimento mais profundo das necessidades de conforto da pessoa transplantada renal, com a utilização de uma teoria de enfermagem para o reconhecimento das suas dimensões, e, conseqüentemente, permitir a reflexão crítica dos cuidados de enfermagem. Os resultados ainda podem subsidiar a prática da Enfermagem Clínica, devido à compreensão das variáveis negativas, que interferem no conforto.

Aponta-se como possível limitação do estudo o fato de a pesquisadora ter tido um contato mínimo com os participantes, dificultando assim, o vínculo terapêutico sólido e seguro. Logo, os participantes podem não ter se sentido totalmente à vontade para discutir assuntos sensíveis, íntimos e subjetivos em um curto período de tempo. Portanto, essa interação reduzida pode ter impactado na qualidade das respostas.

Outra limitação diz respeito à generalização dos resultados, já que a pesquisa foi realizada em pacientes pertencentes a um centro transplantador de referência localizado na cidade de Fortaleza-Ceará.

Para, além disso, foram observadas poucas produções científicas com foco sobre o conforto à pessoa transplantada, uma vez que o maior destaque na literatura se concentra na percepção do conforto ou na qualidade de vida de pacientes dialíticos. Destarte, sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática com a identificação e a análise dos níveis de conforto, a fim de fomentar mudanças significativas na assistência de enfermagem ao paciente transplantado renal.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Imunologia celular e molecular**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

AGUIAR, L. HUWC inaugura novas instalações para atendimentos de pacientes. **O Povo**, Fortaleza, p. 1, 22 mar. 2022.

AGUIAR, M. I. F de. *et al.* **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p.1-11, maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003730016>.

ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-129, 2018.

ALEKHYA, B. N. *et al.* Water drinking practices in ADPKD patients: A questionnaire based study. **Indian J. Nephrol.**, United States, v. 31, n. 6, p. 507-510, 2021.

ALENCAR, E. O. *et al.* Estresse e ansiedade em transplante renal. **Rev. Saúde Ciência**, Campina Grande, v. 4, n. 2, p. 61-82, 2015.

AL-GHABEESH, S. H.; ALSHRAIFEEN, A. A.; SAIFAIN, A. R.; BASHAYREH, I. H.; ALNUAIMI, K. M.; MASALHA, H. A. A espiritualidade na vida dos pacientes com doença renal terminal: uma revisão sistemática. **Jornal de Religião e Saúde**, [s. l.], v. 57, p.2461-2477, 2018.

ALVES, E. B. S. *et al.* Principais causas da rejeição de rim em pacientes transplantados. **Revista de Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 8, n. 3, p. 78-82, 2019.

ALVES, Naiana Pacífico. **Adesão ao tratamento após transplante de fígado**. 2018. 66 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Política & Trabalho: revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, v. 1, n. 42, p. 29-43, 2015.

AMMIRATI, A. L. Chronic Kidney Disease. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 66, p. 1-7, 2020.

ARAÚJO, C. A.; SANTOS, J. A. V. S.; RODRIGUES, R. A. P. O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 9, p. 533-551, 2017.

ARAÚJO, W. A. *et al.* Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: contribuições práticas do enfermeiro. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 17, n. 6, p. 645-653, 2018.

ASSIS JÚNIOR, F. **Importância clínica da proteinúria**: uma revisão de literatura. 2017. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2017.

AXELROD, D. A. *et al.* An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. **Am J Transplant.**, United States, v. 18, p. 1168-1176, 2018.

BAGASHA, P. *et al.* Health-related quality of life, palliative care needs and 12-month survival among patients with end stage renal disease in Uganda: protocol for a mixed methods longitudinal study. **BMC Nephrol.**, London, v. 21, n. 1, p. 531, 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Central Estadual de Transplantes da Bahia (org.). **Manual do paciente em pré e pós: transplante renal.** Salvador: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/Manual-do-Paciente-Transplante-Renal.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, I. S. B. **Definição de biomarcadores em imagens de ressonância magnética para doenças renais.** 2018. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde, Covilhã, 2018.

BARROS, P. R. C. B.; MAZZAIA, M. C. A percepção de enfermeiros acerca da ambiência na saúde mental / Perception of nurses about the environment in mental health. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 4, p. 2322-2342, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1694>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BATISTA, Camilla Maria Mesquita *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, jul. 2017.

BERRÍOS-TORRES, Sandra I. *et al.* Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. **Jama Surgery**, Chicago, v. 152, n. 8, p. 784, ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>.

BOMFIM, Rosemeri Etgeton *et al.* Vivências de pacientes que apresentaram rejeição ao enxerto de rim. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 93, 30 jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583420445>

BORGES, D. C. S. *et al.* A rede e apoio social do transplantado renal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e59519, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59519>.

BRANDÃO, E. S.; SANTOS, I. Teorias de enfermagem na promoção do conforto em dermatologia **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-5, 2019.

BRASIL. Lei no 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 30 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sobre o Hospital**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/huwc/sobre-o-hospital-1>. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda porque imunossuprimidos apresentam mais riscos para varíola dos macacos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/entenda-porque-imunossuprimidos-apresentam-mais-riscos-para-variola-dos-macacos#:~:text=Pessoas%20com%20baixa%20imunidade%2C%20consideradas,que%20po-dem%20se%20tornar%20graves>. Acesso em: 3 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e Vigilância Sanitária. **Ceará registra mais de 1,1 mil transplantes até setembro de 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias-regionalizadas/transplantes-em-2023/ceara-registra-mais-de-1-1-mil-transplantes-ate-setembro-de-2023>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria no 2.600 de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2009.

BRASIL. Serviços e informações do Brasil. **Brasil é o terceiro maior transplantador de rim do mundo**. Brasília, DF: Serviços e informações do Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/03/brasil-e-o-terceiro-maior-transplantador-de-rim-do-mundo>. Acesso em: 21 out. 2023.

BRITO, D. C. S. *et al.* Analysis of the changes and difficulties arising from kidney transplantation: a qualitative study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 419-426, May/June 2015. DOI 10.1590/0104-1169.0106.2571. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jQh9P5f76rZjhgcKBXpXVMz/?format=pdf&lang=pt->. Acesso em: 2 set. 2023.

BRITO, E. V. S. *et al.* O significado, as vivências e perspectivas de pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 17, p. 1-8, 2018.

BRUINTJES, M. H. D. *et al.* Chronic pain following laparoscopic living-donor nephrectomy: prevalence and impact on quality of life. **Am. J. Transplant.**, New York, v. 19, p. 2825-2832, 2019.

BURLACU, A.; ARTENE, B.; NISTOR, I.; BUJU, S.; JUGRIN, D.; MAVRICHI, I.; COVIC, A. Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review. **International Urology and Nephrology**, New York, v. 51, n. 5, p. 839-850, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11255-019-02129-x>.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CAMARGO, E. G. *et al.* The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation is less accurate in patients with Type 2 diabetes when compared with healthy individuals. **Diabet Med.**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 90-105, 2011.

CAMPOS, Caroline Silva *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes em lista única de espera para transplante renal na Cidade de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 3, p. 407-413, out./dez. 2017.

CARVALHO, N. S. *et al.* Atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos em doadores elegíveis. **Revista de Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 8, n. 1, p. 23-29, 2018.

CASSAI, A. *et al.* Pulse pressure variation guided fluid therapy during kidney transplantation: a randomized controlled trial. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 70, n. 3, p. 194-201, 2020.

CASTRO, T. M. C. *et al.* Percepção de discentes acerca da importância da consulta de enfermagem no ambulatório pré-transplante renal. **Brazilian Journal of Transplantation**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 111-117, 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Ceará. Assessoria de Comunicação da. **Documento da Sesa traz recomendações técnicas para doação de órgãos e tecidos**. Fortaleza: SESA, 2021. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2021/09/27/documento-da-sesa-traz-recomendacoes-tecnicas-para-doacao-de-orgaos-e-tecidos/>. Acesso em: 11 set. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Ceará. **Indicadores de doação e transplante de órgãos e tecidos**. Fortaleza: SESA, 2022. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-central-transplantes/indicadores-transplante-doacao>. Acesso em: 1 abr. 2022.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.

COLOMBIJN, J. M. T.; BONENKAMP, A. A.; VAN ECK VAN DER SLUIJS A.; BIJLSMA, J. A.; BOONSTRA, A. H.; ÖZYILMAZ, A.; ABRAHAMS, A. C.; VAN

CORDEIRO, A. L. de O.; FORTE, R. C. Relato de experiência a partir de observação da ambiência e fluxo de uma unidade básicas de saúde do Distrito Federal / Experience report from the observation of the ambience and flow of a basic health unit of the Federal District. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 11, p. 104399-104412, 11 nov. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n11-184>.

CORDEIRO, R. R. Assistência de enfermagem ao paciente transplantado. In: VIANA, R. A. P. P.; RAMALHO NETO, J. M. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CORREA, Jennifer Duarte. **Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes transplantados renais atendidos no ambulatório de enfermagem de um hospital universitário**. 2018. 46 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

CORREIA, Fabiana Lopes. **Perfil de pacientes com rim transplantado em um pronto atendimento e unidade de terapia intensiva de um hospital de Minas Gerais**. 2019. 45 f. Monografia (Especialização) – Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/32533>. Acesso em: 10 set. 2023.

COSSART, A. R. *et al.* Investigating barriers to immunosuppressant medication adherence in renal transplant patients. **Nephrology**, Carlton, v. 24, n. 1, p. 102-110, 2019. DOI 10.1111/nep.13214.

COSTA, B. P. M. *et al.* Grupo de orientação multiprofissional para pacientes transplantados renais e familiares. **Recien – Revista Científica de Enfermagem**, [s. l.], v. 11, n. 34, p. 296-306, 2021.

COSTA, C. K. F.; BALBINOTO NETO, G.; SAMPAIO, L. M. B. Eficiência dos estados brasileiros e do Distrito Federal no sistema público de transplante renal: uma análise usando método DEA (Análise Envoltória de Dados) e índice de Malmquist. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1667-1679, 2014.

COSTA, D. A. C. *et al.* Enfermagem e a educação em saúde. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Candido Santiago**, Goiânia, v. 6, n. 3, e6000012, 2020.

CRESWELL, J. W.; CLARCK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, T. G. S.; LEMOS, K. C. Assistência de enfermagem às fases do transplante renal: uma revisão integrativa. **Health Residencies Journal**, Brasília, DF, v. 1, n. 8, p. 1-16, 2020.

CHADBAN, S. J. *et al.* Diretrizes de Prática Clínica KDIGO sobre avaliação e gestão de candidatos a transplante renal. **Transplantation**, São Paulo, v. 104, n. 4, p. S11-S103, 2020.

CHARLES, C.; FERRIS, A. H. Chronic kidney disease. **Primary care: Clinics in office practice**, United States, v. 47, n. 4, p. 585-595, 2020.

CHEN, Y.; VANDERWEELE, T. J. Associações de educação religiosa com saúde e bem-estar subsequentes desde a adolescência até a idade adulta jovem: uma análise de resultados amplos. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 187, n. 11, p. 2355-2364, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwy142>.

DALL'AGNOL, J.; SCHWARTZ, E.; ZANIN, V.; SPAGNOLO, L. M. L.; LANGE, C.; LISE, F. Motivos referidos pelos indivíduos que não estavam em lista de espera para o transplante renal. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, n. 44, e20210158, 2023.

DÂMASO, A. G.; SANTOS, C. S.; BEZERRA, A. S. Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de pacientes em transplante renal. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 271-282, 2017.

DEMET, D.; AKSOY, N.; KIRAZ, N. Retracted nursing care after kidney transplant: case report. **Exprimental and Clinical Transplantation**, Turkey, v. 16, n. 1, p. 55-60, 2018.

DESANTANA, Josimari Melo *et al.* Definition of pain revised after four decades. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 197-198, ago./set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

DIVDAR, Z.; FOROUGHAMERI, G.; FAROKHZADIAN, J. The psychosocial needs and quality of life of family caregivers of patients with organ transplant. **J. Res. Nurs.**, London, v. 24, n. 5, p. 344-355, 2019.

DOS SANTOS SOARES, M.; DA SILVA CAMPOS, T.; CRISTIAN DE PAULA SILVA, A.; AZEVEDO BAHIA, L.; GANEM KIPPER DE LIMA, V. Letramento funcional em saúde no cuidado de pacientes em pré-transplante renal. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 14, n. 2, e1424848, 29 maio 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sobre o Hospital**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/huwc/sobre-o-hospital-1>. Acesso em: 12 dez.2023.

ERNST, Z.; WILSON, A.; PEÑA, A.; LOVE, M.; MOORE, T.; VASSAR, M. Factors associated with health inequities in access to kidney transplantation in the USA: a scoping review. **Transplantation Reviews**, Amsterdam, n. 37, p. 100751, 2023.

ESTRIDGE, K.M. *et al.* Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. **Nephrol. Nurs. J.**, United States, v. 45, n. 1, p. 24-60, 2018.

FAITANIN, Débora Brunelli. **Unidades de saúde do SUS: a arquitetura e a humanização dos ambientes**. 2022. 82 f. Monografia (Especialização) – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2022.

FALCÃO, R. B. **Importância dos exames imunológicos na prevenção da rejeição do enxerto no transplante renal: revisão integrativa**. 2017. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Bioquímica e Biologia Molecular Aplicada a Área de Saúde) – Universidade do Estado do Ceará, Fortaleza, 2017.

FERREIRA, S. A. M. N.; TEIXEIRA, M. L. O.; BRANCO, E. M. S. C. Relação dialógica com o cliente sobre transplante renal: cuidado educativo de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, e52217, p. 1-8, 2018.

FERREIRA, V. M. S.; CAPRARA, A. A não adesão ao tratamento no transplante renal: para uma aliança terapêutica entre profissional de saúde e paciente. **Cadernos Esp.**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 9-27, 2018.

FINN L, M. S.; MALHOTRA, S. The Development of pathways in palliative medicine: Definition, models, cost and quality impact. **Healthcare (Basel)**, Switzerland, v. 7, n. 1, p. 22, 2019.

FLEISHMAN, A. *et al.* Pain expectancy, prevalence, severity, and patterns following donor nephrectomy: Findings from the KDOC Study. **Am. J. Transplant.**, New York, v. 20, n. 9, p. 2522-59, 2020.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FORTE, Ana Caroline Freitas do Monte e Silva. Programa de tratamento fora do domicílio (TFD): direito do paciente ou faculdade da administração pública? / Out-of-home treatment program (TFD): a patient's right or an option for the Public Administration? **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 2, p. 8866-8877, 3 fev. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n2-030>.

FOSSÁ, M. I. T. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias**. 2003. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FRANCO, M. **Transplante de Rins (Tx Renal)**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia, 2016.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FREIRE, Sinara de Menezes Lisboa. **Percepções do conforto por pacientes renais crônicos**. 2018. 72 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37720/1/2018_tcc_sdmlfreire.pdf. Acesso em: 2 set. 2023.

FREIRE, Sinara de Menezes Lisboa; SILVA, Renan Alves; MELO, Geórgia Alcântara Alencar; AGUIAR, Letícia Lima; CAETANO, Joselany Áfio; SANTIAGO, Jênifa Cavalcante dos Santos. Meaning and dimensionality of state of comfort in patients with chronic hemodialysis kidney disease. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, e20200037, 2021.

FREITAS, Kátia Santana; MENEZES, Igor Gomes; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-904, dez. 2012.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 441-445, 2010.

GITAU, K. *et al.* Therapeutic cannabis use in kidney disease: A survey of Canadian nephrologists. **Kidney Med.**, Philadelphia, v. 4, n. 5, p. 100453, 2022.

GONGORA, Maria Isabel Ruiz; HEREDIA, Luz Patricia Díaz. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. **Avances en Enfermería**, Colombia, v. 36, n. 2, p. 188-196, maio 2018.

GUEDES, Daniele Ramos *et al.* Tratamento fora de domicílio (TFD): uma abordagem sobre os desafios e perspectivas dos beneficiários do município de Macapá. **Revista Arquivos Científicos (Immes)**, Macapá, v. 3, n. 2, p. 162-170, 2020.

GUERRA, E. L. A. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte: Centro Universitário UMA, 2014.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Cienc. Cuid. Saúde**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 613-619, 2012.

HERGET-ROSENTHAL, S.; BÖKENKAMP, A.; HOFMANN, W. How to estimate gfr-serum creatinine, serum cystatin c or equations? **Clinical Biochemistry**, United States, v. 40, p. 153-161, 2007.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ITAJUBÁ. **Entendendo a hemodiálise**: benefícios e cuidados essenciais. Itajubá: HCI, 10 maio 2024. Disponível em: <https://hccitajuba.org.br/alta-complexidade/centro-de-terapia-renal-substitutiva/hemodialise-beneficios-e-cuidados-essenciais/>. Acesso em: 16 set. 2023.

IBGE. **Estatística de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. (Estudos e pesquisa. Informação demográfica e socioeconômica, n. 38). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf. Acesso em: 3 set. 2023.

INÁCIO, L.A. *et al.* Atuação do enfermeiro nas orientações de alta ao paciente pós-transplante renal. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 323-331, 2014.

INKER, L. A. *et al.* KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. **Am. J. Kidney Dis.**, United States, v. 63, n. 5, p. 713-735, 2014.

JAARSVELD, B. C. Impact of Polypharmacy on Health-Related Quality of Life in Dialysis Patients. **Am. J. Nephrol.**, Basel, v. 52, n. 9, p. 735-44, 2021. DOI 10.1159/000518454.

JESUS, N. M. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. **Braz. J. Nephrol.**, Uberlândia, v. 41, n. 3, p. 364-374, 12 nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/47L5fY58yBs93xF66wJvDYc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2023.

KAWACHI, I. Comentário convidado: a religião como determinante social da saúde. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 189, v. 12, p. 1461-1463, Dez. 2020.

KDIGO. Kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int.**, Missouri, v. 3, p. 1-150, 2012.

KHARE, E.; SARKAR, D.; BHATTACHARJEE, D.; PAL, D. K. A prospective observational study to know the origin of lymphorrhea in post-renal transplant patients using creatine phosphokinase and lactate dehydrogenase. **Indian Journal of Transplantation**, Nagpur, v. 17, n. 2, p. 215-19, 2023.

KING, P. E.; KIM, S.-H.; SULCO, J. L.; CLARDY, C. E. Exploração preliminar da Medição da Espiritualidade Diversificada do Adolescente (MDAS) entre os jovens mexicanos. **Ciência Aplicada do Desenvolvimento**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 235-250, 2017.

KIRSZTAJN, G. M. *et al.* Leitura rápida do KDIGO 2012: diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

KOLCABA, K. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs. School.**, United States, v. 23, n. 4, p. 237-240, 1991.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice**: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, 2003.

KOLCABA, K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**, United States, v. 49, n. 2, p. 86-92, 2001.

KOLCABA, K. Kolcaba's Comfort Theory. In: PARKER, M.; SMITH, M. (ed.). **Nursing theories & nursing practice**. Philadelphia: Elsevier, 2015. p. 381-392.

KOLCABA, K. The art of comfort care. **Image J. Nurs. School.**, United States, v. 27, n.4, p. 287-289, 1995.

KOLCABA, K. **The comfort line**. [S. l.], 2007. Disponível em: <https://www.TheComfortLine.com/>. Acesso em: 16 jul. 2022.

KOLCABA, K. **The comfort line**. [S. l.], 2012. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>. Acesso em: 16 jul. 2022.

KOCALBA, K.; BICE-BRASWELL, A. **Philosophical perspectives**: Definitions. [S. l.]: Confort Line, 2024. Disponível em: <https://www.thecomfortline.com/philosophical-perspectives>. Acesso em: 1 jan. 2024.

KOLCABA, K.; FISHER, E. A holistic perspective on comfort care as an advanced directive. **Critical Care Nursing Quaterly**, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 66-76, 1996.

KUŁAKOWSKA, Aleksandra; KUC, Monika; LEPCZYŃSKI, Bartłomiej; KŁAKOWICZ, Philip; LECHOWSKI, Sebastian. What impact does dialysis have on the patient's life and mental health? **Journal of Education, Health and Sport**, London, v. 39, n. 1, p. 11-16, 2023. ISSN 2391-8306. DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.39.01.001>.

LAMBOURG, E. *et al.* The prevalence of pain among patients with chronic kidney disease using systematic review and meta-analysis. **Kidney Int.**, Missouri, v. 100, n. 3, p. 636-49, 2020.

LAMEIRE, N. H. *et al.* Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: report of a kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. **Kidney Int.**, Missouri, v. 100, n. 3, p. 516-526, 2021.

LAMINO, Daniela de Araújo; TURRINI, Ruth Natalia Teresa; KOLCABA, Katharine. Cancer patients caregivers comfort. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 278-284, abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000200012>.

LEANDRO, T. A.; DA SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O.; DE SOUZA, N. M. G. LOURENÇO PENAFORTE, K.; GUEIROS, E. A. T.; NASCIMENTO DE OLIVEIRA, M. Analysis of etiological factors of nursing diagnosis of impaired comfort in children and adolescents with cancer. **J. Adv. Nurs.**, Medford, v. 79, n. 10, p. 3913-3922, Oct. 2023. DOI 10.1111/jan.15695. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37198978/>. Acesso em: 3 jul. 2023.

LEITE, José Pedro Oliveira. **Complicações cirúrgicas do transplante renal**. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de Coimbra, Lisboa, 2013.

LEVEY, A. S. *et al.* Nomenclature for kidney function and disease: report of a kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) consensus conference. **Kidney Int.**, Missouri, v. 97, p. 1117-1129, 2020.

LIMA, Kely Regina da Silva. **Necessidades de conforto da pessoa que vive com AIDS**: uma pesquisa-cuidado com base no modelo teórico de katharine kolcaba. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2012.

LISIESKI, N.; BAUMANN CAVIQUIOLI, A. Sentimentos de pacientes transplantados renais no processo de transplantação. **Revista Recien**, [s. l.], v. 10, n. 32, p. 154-163, 2020. DOI: 10.24276/rrecien2020.10.32.154-163. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/320>. Acesso em: 18 jan. 2022.

LOPES, Ruth Gelehter da Costa *et al.* Idosos com doença renal crônica: narrativas de vivências pós-transplante renal. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 147-169, 2020.

LORENZET, Mauricio. **Perfil de pacientes em terapia renal substitutiva em um serviço especializado**. 2018. 47 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, 2018. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/3159/1/MAURICIO%20LORENZET.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Rev. Cuid.**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 2, p. 1549-1552, 2017.

MACHADO, Edineia Miranda; BRUSAMARELLO, Tatiana. Nível de conforto na dimensão segurança de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva / Comfort level in the safety dimension of family members of patients hospitalized in intensive care unit. **Enferm. Foco (Brasília)**, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 218-223, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3198/910>. Acesso em: 30 maio 2023.

MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, 2014.

MACHADO, K. P. M. *et al.* Modelo técnico-assistencial de cuidados de enfermagem ao paciente de transplante renal. **Rev. Eletr. Enferm.**, Porto Alegre, v. 66, n. 24, p. 1-9, abr. 2022.

MACHADO, Vitória Emanuelly Gomes; *et al.* Cuidados clínicos aos pacientes renais transplantados no tratamento com imunossupressores. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Minas Gerais, n. 16, p. 1892-1897, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.25248/reas360_2018.

MAGGIANI-AGUILERA, Pablo *et al.* The sum of kidney donor profile index and estimated post-transplant survival scale and their correlation with eGFR decline in deceased donor kidney recipients. **Revista de Investigación en Clínica**, México, v. 73, n. 4, p. 216-221, 26 ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.24875/ric.20000618>.

MANSO, M. E. G. E.; GÓES, L. G. Espiritualidade e doenças crônicas: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. **Interespe**, São Paulo, n. 12, p. 23-39, 3 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2179-7498.2019n12p23-39>.

MAO, C.; CHACKO, B. Fluid intake postrenal transplant; Drink to thirst or drink to target: Does it matter? **Transplantation**, London, v. 104, n. 3, p. e81-e82, Mar. 2020. DOI: 10.1097/TP.0000000000003027.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 8. ed. Barueri: Atlas, 2022.

MARINHO, Ana Wanda Guerra Barreto; GALVÃO, Taís Freire; SILVA, Marcus Tolentino. Prevalência de doença renal crônica autorreferida em adultos na Região Metropolitana de

Manaus: estudo transversal de base populacional, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-9, mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100003>.

MARQUES, K.M de A. **Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem para pessoas com coronariopatias**: diálogos profissionais pela pesquisa cuidado e alcance de integridade institucional. 2015. 184 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

MARTINS, Ana Gonçalves; SOUSA, Patrícia Pontífice; MARQUES, Rita Margarida. CONFORTO: contributo teórico para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], n. 27, p. 1-8, nov. 2022.

MARTINS, S. A. S. Nefrologia. In: VOLPATO, A. C. B.; VITOR, C. S.; SANTOS, M. A. M. (org.). **Enfermagem em emergência**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 335-396.

MASAJTIS-ZAGAJEWSKA, A. *et al.* Similar prevalence but different characteristics of pain in kidney transplant recipients and chronic hemodialysis patients. **Clin. Transplant.**, New Jersey, v. 25, n. 2, p. e144-e151, 2011.

MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MCILVEEN, K. H.; MORSE, J. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. **Clinical Nursing Research**, United States, v. 4, n. 2, p. 127-148, 1995.

MCKIE, Amanda L.; GAIDA, Fellon. A scoping review of spirituality and religiosity in people who have had a kidney transplant. **Nursing Open**, Medford, v. 9, n. 5, p. 2277-2288, jun. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.1271>.

MCCMAHON, E. J.; CAMPBELL, K. L.; BAUER, J. D.; MUDGE, D. W.; KELLY, J. T. Altered dietary salt intake for people with chronic kidney disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 6, n. CD010070, p. 1-94, 2021.

MEDEIROS, Elaine. **Qual a relação entre a saúde mental e as doenças crônicas?** São Paulo: Mental Clean, 2018. Disponível em: <https://www.mentalclean.com.br/single-post/qual-a-rela%C3%A7%C3%A3o-entre-a-sa%C3%BAde-mental-e-as-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas>. Acesso em: 13 set. 2023.

MEDEIROS, L. K. A de *et al.* Em indivíduos transplantados renais. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 13, p. 1-6, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2022.v13.e-202244>.

MEDEIROS, L. K. ; BORBA, A. K.; SETTE, G. C.; MACIEL, C. G.; QUIRINO, A. P.; PEREIRA, M. P.; SILVA, J. R. R.; SANTOS JÚNIOR, J. L. Fatores associados à adesão a terapia imunossupressora em indivíduos transplantados renais. **Enferm Foco**, Brasília, DF, v. 13, e-202244, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202244>.

MELO, G. A. A. *et al.* Adaptação cultural e confiabilidade do General Comfort Questionnaire para pacientes renais crônicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 25, e2963, p. 1-9, 2017.

MELO, G. A. A. *et al.* Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 4, p. 889-895, 2019.

MELO, G. A. A. *et al.* Validação psicométrica do general comfort questionnaire em renais crônicos hemodialíticos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 33, p. 1-8, 2020.

MENDONÇA, A. E. O. **Análise da efetividade do transplante renal na qualidade de vida dos receptores no estado do Rio Grande do Norte**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MENDONÇA, A. E. O. *et al.* Changes in Quality of Life after kidney transplantation and related factors. **Acta Paul, Enferm.**, São Paulo, v. 3, n. 27, p. 287-292, 2014.

MESSIAS, A. A. *et al.* Avaliação do doador vivo. In: GARCIA, C. D.; PEREIRA, J. D.; GARCIA, V. D. (org.). **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. p.121-134.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOIENI, M.; EISENBERGER, N. I. Efeitos da inflamação nos processos sociais e implicações para a saúde. **Anais da Academia de Ciências de Nova Iorque**, Nova Iorque, v. 1428, n. 1, p. 5-13, 2018

MOLSTED, S.; WENDELBOE, S.; FLEGE, M. M.; EIDEMAK, I. The impact of marital and socioeconomic status on quality of life and physical activity in patients with chronic kidney disease. **International Urology and Nephrology**, New York, v. 53, n. 12, p. 2577-2582, 2021.

MORAES, M. C. L. Promoção da saúde: visitando conceitos e ideias. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Minas Gerais, v. 5, n. 1, p. 75-79, 2017. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1917/1936>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MORAIS, Lucas Frota. **Proposição de estratégias para a orientação do processo de consentimento de candidatos ao transplante renal**. 2022. 64 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Farmácia) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2022.

MOTA, Márcia Uchôa. **Qualidade de vida em pacientes transplantados renais assistidos em um hospital universitário**. 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

MÜLLER, C. S.; FLORES, A. M. N. Espiritualidade / religiosidade utilizada como recurso de enfrentamento por pacientes com doença renal crônica. **Health Residencies Journal**, Brasília, DF, v. 3, n. 16, p. 81-103, 2022.

MULLEY, W. R. *et al.* Tissue typing for kidney transplantation for the general nephrologist. **Nephrology**, Australia, v. 24 p. 997-1000, 2019.

MURABITO, S.; HALLMARK, B. F. Complications of kidney disease. **Nurs. Clin. North Am.**, Amsterdam, v. 53, n. 4, p. 579-588, Dec. 2018. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.07.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30388983/>. Acesso em: 23 set. 2023.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 72-81, 2005.

NEUBERT, L.; PETERS, L.; TKACHENKO, D.; ZIMMERMANN, T. Couples after renal transplantation: impact of sex and relationship quality on adherence in a prospective study. **Transplantation Proceedings**, Amsterdam, v. 53, n. 5, p. 1599-1605, 2021.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005.

NOGUEIRA, Geórgia Almeida *et al.* Depressão em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e transplante renal. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 184-189, jan. 2022.

NORANHA, I. L. *et al.* **Transplante renal: doador e receptor**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia: Sociedade Brasileira de Urologia, 2002. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/minusculo100_diretrizes/transpla.pdf. Acesso em: 10 maio 2022.

OLIVEIRA, A. R. S. de. *et al.* Percepção e sentimentos dos familiares de pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 10, p. 1-10, 2020. ISSN 2178-2091.

OLIVEIRA FILHO, P. F. de. **Epidemiologia e bioestatística: fundamentos para leitura crítica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

OLIVEIRA, G. Z. **Avaliação do hipogonadismo hiperprolactinêmico em pacientes com doença renal crônica estágios 4 e 5**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo; MELO, Géssyca Cavalcante de; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SANCHES, Maria Elisângela Torres de Lima; PINTO, Laura Maria Tenório Ribeiro. As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 14-203, 2017.

OLIVEIRA, Priscilla Caroliny de *et al.* Mensuração da não-adesão aos medicamentos imunossupressores em receptores de transplante de fígado. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 319-326, mar. 2019.

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Necessidade de conforto percebidos por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de kolcaba**. 2019. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em:

https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/19384/1/SanniMoraesDeOliveira_Dissertation.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.

OLIVEIRA, S. M. de C. *et al.* Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of kolcaba's theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, p. 5-3, 2020.

ORCINA, Mariana Quadros; RIBEIRO, Juliane Portella; RODRIGUES, Matheus dos Santos. Aspectos da confortabilidade de mulheres hospitalizadas na unidade materno-infantil: perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 37, e48103, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/48103/29170>. Acesso em: 13 jun. 2023.

PAI, Santhosh; CHANDRAN, Nithya; PRABHU, Dattatray. Depression and anxiety among patients undergoing dialysis: An observational study. **International Journal of Contemporary Medical Research**, London, v. 7, p. 2454-7379, July 2020.

PEDROSO, V. S. M. *et al.* O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 241-247, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.241-247. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6843>. Acesso em: 18 jan. 2024.

PEDROSO, V. S. M. *et al.* Sobrevida do transplantado renal a luz do pensamento ecossistêmico: contribuições do enfermeiro. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 5, e155953305, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3305>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PENA, S. B. S. *et al.* Atividades da vida diária de pacientes após transplante pulmonar. **Enferm Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 7, p. 70-75, 2019.

PEREIRA, C. S. C. N. *et al.* Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de Disposição para Conforto melhorado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1-9, 2019.

PEREIRA, N. C. S.; GLÉRIA, J. S. C. O retorno do paciente renal crônico às atividades produtivas após o transplante renal. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 221-229, 2017.

PEREIRA, Rikeciane Brandão *et al.* Avaliação do ganho de peso e mudanças no perfil lipídico e glicêmico em receptores de transplante renal nos diferentes protocolos de imunossupressão. **RBONE**, Fortaleza, v. 16, n. 101, p. 313-321, mar./abr. 2022. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1995>. Acesso em: 15 set. 2023.

PETIPRIN, A. Kolcaba's theory of comfort. **Nursing theory**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://nursing-theory.org/theories-and-models/kolcaba-theory-of-comfort.php>. Acesso em: 15 jul. 2022.

PHONGNOPAKOON, Paranee; SRISATIDNARAKUL, Boonjai; HSU, Yu Yun. Exploring discomfort experienced during chemotherapy in thai breast cancer patients. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Iran, v. 24, n. 2, p. 459-465, fev. 2023.

PINHEIRO, Pedro. **Biópsia renal**: indicações, precauções e riscos. [S. l.]: MD Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/nefrologia/biopsia-renal/>. Acesso em: 3 maio 2022.

PINHEIRO, S. R. C. S.; GUBERT, F. do A.; MARTINS, M. C.; BESERRA, E. P; GOMES, C. C.; FEITOSA, M. R. Autoeficácia e apoio social das mães de prematuros em unidade neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, e20210289, 2023.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62 n. 5, p. 739-744, 2010.

PIRES, Isabella Batista *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0148>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PORTO, J. R. *et al.* Avaliação da função renal na doença renal crônica. **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 49, n.1, p. 26-35, 2017.

PROENÇA, M. C. C.; VICARI, A. R.; GONÇALVES, D. H. Consulta de enfermagem pré-transplante renal: uma atividade relacionada ao autocuidado. **Brazilian Journal of Transplantation**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 1161-1162, 2009.

RAFFERTY, K. A.; BILLIG, A. K.; MOSACK, K. E. Espiritualidade, religião e saúde: o papel da comunicação, avaliações e enfrentamento para indivíduos que vivem com doenças crônicas. **Jornal de Religião e Saúde**, [s. l.], v. 54, n. 5, p. 1870-1885, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9965-5>.

RATES, M. C.; COSTA, M. R.; PESSALACIA, J. D. R. Caracterização de riscos em protocolos submetidos a um comitê de ética em pesquisa: análise bioética. **Rev. Bioét. (Impr.)**, Brasília, DF, v.22, n. 3, p. 493-499, 2014.

REGES, Caio de Oliveira *et al.* Leishmaniose visceral em pós transplante hepático. **Rev. Med. Saúde Brasília**, Brasília, DF, v. 1, n. 9, p. 17-21, 2020.

RIBEIRO, M. N. S.; SANTOS, F. H. E.; SIMÕES, B. S.; DINIZ, C. X.; BEZERRA, H. C. A.; SANTOS, L. S. Sentimentos, vivências e expectativas de indivíduos renais transplantados e desafios para o enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 74, n. 1, e20200392, 2021.

ROBERTI JUNIOR, João Paulo; BENETTI, Idonézia Collodel; ZANELLA, Michele. Itinerário terapêutico, escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, Florianópolis, v. 8, n. 18, p. 1, 2016.

ROSA, Mariana de Siqueira; MENDES, Ana Márcia Chiaradia. Religião, espiritualidade e transplantes: uma revisão integrativa da literatura. **JBT J. Bras. Transp.**, Campinas, v. 1, n.2, p. 31-40, fev. 2021.

SAAD, Emanuel J. *et al.* Infections in the first year after renal transplant. **Medicina (BAires)**, Buenos Aires, v. 80, n. 6, p. 611-621, 2020.

SANTOS, Andréia Maciel dos *et al.* Qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, Brasília, DF, v. 1, n. 3, p. 73-77, 2019.

SANTOS, B. P. dos *et al.* Cuidados realizados pelas pessoas com transplante renal para a manutenção do órgão. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3108-3121, 2017a.

SANTOS, B. P. dos *et al.* Utilização das medicações imunossupressoras pelas pessoas com transplante renal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1145-1153, out. 2017b. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1145-1153>. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110038_5.pdf. Acesso em: 15 set. 202.

SANTOS, Bianca Pozza dos *et al.* Os significados atribuídos ao transplante renal. **Revista Cubana de Enfermería**, Pelotas, v. 34, n. 1, p. 48-58, mar. 2018.

SANTOS, C. M. *et al.* Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 337-343, 2015.

SANTOS, F. M. R. *et al.* Prevalência e fatores associados a não inscrição para transplante renal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, e00043620, 2021.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017.

SANTOS, J. R. dos R. *et al.* Entre incertezas e limitações: uma análise sobre o retorno ao trabalho pós transplante renal. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 56, p. 189-207, 6 jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14805>.

SANTOS, J. R. F. *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Rev. Saúde.Com.**, Jequié, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017.

SANTOS, L. F. *et al.* Qualidade de vida em transplantados renais. **Psico-USF**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 163-172, mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/gRnSDcTngP6tCx36k7nVTMS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

SANTOS, R. C. *et al.* Relação do nível de conforto de pacientes renais crônicos com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 73, p. 1-7, 2020.

SANTOS, Viviane Fernandes Conceição dos *et al.* Percepções, significados e adaptações à hemodiálise como um espaço liminar: a perspectiva do paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 22, n. 66, p. 853-863, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0148>.

SCHAWINSKY, M. F. **Seguimento de pacientes transplantados renais**: a vida após o procedimento. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim, 2019.

SILVA, A. C. A ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa. **SANARE**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 148-155, 2015.

SILVA, A. C. R.; PAULA, T. A. **Qualidade de vida em fase pós transplante renal**. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Enfermagem em Nefrologia) – Atualiza Cursos, Salvador, 2013. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EN/EN07/SILVA-ana-PAULA-thais.PDF>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVA, A. E. S. S. *et al.* Revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós-transplante renal. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 597-603, 2014.

SILVA, Arison Cristian de Paula *et al.* Comportamentos de risco pós-transplante renal que influenciam na adesão ao tratamento. **Research, Society and Development**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1-10, mar. 2022.

SILVA, F. V. F. **Processo de enfermagem no cuidado clínico de conforto no domicílio para pessoas com insuficiência cardíaca**. 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

SILVA, L. C. *et al.* O transplante renal na perspectiva da pessoa transplantada. **Cienc. Cuid. Saúde**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 356-364, 2013.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Comfort for agood death: perspective nursing staff's of intensive care. **Escola Anna Nery**: revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 1-6, 2015.

SILVEIRA, P. S.; AZAMBUJA, L. S. A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença. **Psicologia PT**, 10 jun. 2018. ISSN 1646-6977. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1214.pdf>. Acesso em: 12 maio 2023.

SOARES, Felipe. **Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem pelo método de pesquisa-cuidado**. Brasília, DF: COFEN, 28 abr. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/teoria-conforto-cuidado-clinico-enfermagem-metodo-pesquisa-cuidado/>. Acesso em: 2 set. 2023.

SOARES, M. S. *et al.* Letramento funcional em saúde no cuidado de pacientes em pré-transplante renal. **J. Nurs.**, United States, v. 14, n. 2, p. 1-9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i2.24848>.

SOARES, Patricia Rodrigues; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; LOURO, Thiago Quinellato. Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, p. 20180-922, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Dia mundial do rim**: saúde dos rins para todos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/14-3-dia-mundial-do-rim-2019-saude-dos-rins-para-todos/>. Acesso em: 10 maio 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Doenças comuns**: tratamento. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2012. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>. Acesso em: 16 maio 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Transplante renal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2022. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/transplante-renal/#:~:text=A%20indica%C3%A7%C3%A3o%20do%20transplante%20de,de%20urina%20e%20de%20imagem>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. **Transplante renal**: doador e receptor. São Paulo: SBN; ABN, 2006. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/03/DirClinicas102_TX2-Doador_e_receptor.pdf. Acesso em: 29 ago. 2023.

SOLOMON, R.; GOLDSTEIN, S. Real-time measurement of glomerular filtration rate. **Curr. Opin. Crit. Care**, United States, v. 23, n. 6, p. 470-474, 2017.

SONG, L. *et al.* Application of rapid rehabilitation surgical nursing combined with continuous nursing in self-care ability, medication compliance and quality of life of renaltransplant patients. **Front Surg.**, Switzerland, v. 9, n. 8, p. 844533, 2022.

SOUZA, Clarissa Vasconcelos Silva de. Interferência do ambiente na saúde do trabalhador. In: SOUZA, Clarissa Vasconcelos Silva de. **O ambiente na saúde do trabalhador e do seu cliente**. [S. l.]: Amplla Editora, 2022. p. 8-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.51859/amplla.ast419.1122-1>.

SOUZA, Emília Ferreira; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-35, 2007.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf. Acesso em: 1 jan. 2024.

SPEZZIA, S. Doença renal crônica e doenças periodontais. **Odonto**, São Paulo, v. 29, n. 56, p. 1-8, 2021.

STARCK, E.; MITTELMANN, T. H.; LOVATTO, M. V. P.; NAKALSKI, L. R.; ABATE, D. T. R. S. Complicações infecciosas no primeiro ano pós-transplante renal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 36663-36676, jun. 2020.

STEIN, Alberto Buge. Transplante de órgãos: conheça os cuidados pós-operatório. **Jornal Online Folha Vitória**, [s. l.], 24, out. 2018. Disponível em: <https://www.folhavitoria.com.br/saude/noticia/10/2018/transplante-de-orgaos-conheca-os-cuidados-pos-operatorio>. Acesso em: 17 jun. 2023.

TAVARES, Melissa Gaspar; TEDESCO-SILVA JUNIOR, Hélio; PESTANA, José Osmar Medina. Readmissão hospitalar precoce (RCE) em transplante renal: artigo de revisão. **Braz. J. Nefrol.**, São Paulo, v. 2, p. 231-237, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/2020nahead/2175-8239-jbn-2019-0089.p>. Acesso em: 11 jul. 2023.

TAY, Ri Yin; HUM, Allyn Y. M.; ALI, Noorhazlina B.; LEONG, Ian Y. O.; WU, Huei Yaw; CHIN, Jing Jih; LEE, Angel O. K.; KOH, Mervyn Y. H. Comfort and satisfaction with care of home-dwelling dementia patients at the end of life. **Journal of Pain and Symptom Management**, Durham, v. 59, n. 5, p. 1019-1032, May 2020.

TEODÓZIO, A. S. O. *et al.* O papel do enfermeiro nos cuidados e orientações frente ao portador de insuficiência renal crônica. **Revista Hórus**, Ourinhos, v. 13, n. 1, p. 14-27, 2018.

TOPDEMIR, E. A.; SARITAS, S. The effect of acupressure and reiki application on patient's pain and comfort level after laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, Amsterdam, v. 43, p. 1-7, 2021.

VALIZADEH ZARE, N.; MOHAMMADI, E.; ZAREA, K.; ELAHI, N.; MANZARI, Z. O significado do enfrentamento para transplantados renais: um estudo fenomenológico. **Revista de Pesquisa em Enfermagem**, [s. l.], v. 23, p. 584-595, 2018.

VANHOOFF, J. M. M. *et al.* Shedding light on an unknown reality in solid organ transplant patients' self-management: a contextual inquiry study. **Clinical Transplantation**, Medford, v. 32, n. 8, p. 1-33, jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ctr.13314>.

VESCO, Natália de Lima *et al.* Infecções relacionadas à assistência à saúde e fatores associados no pós-operatório de transplante hepático. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. 1-12, 6 ago. 2018. DOU: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002150017>.

WACHHOLZ, L. F. *et al.* Boas Práticas no Cuidado Transicional: continuidade da assistência ao paciente submetido ao transplante de fígado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, e20200746, p. 1-10, 2021.

WEBB, G. J. *et al.* Proximity to transplant center and outcome among liver transplant patients. **Am. J. Transplant.**, New York, v. 19, p. 208-220, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajt.15004>.

WILSON, L.; KOLCABA, K. Practical application of Comfort Theory in the perianesthesia setting. **Journal of Perianesthesia Nursing**, United States, v. 19, n. 3, p. 164-173, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO, 1986.

XAVIER, T.; SILVA, M.; FRIAS, T. Postoperative visit as a strategy for assessment of nursing care quality in intraoperative. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1139-1151, 2014.

YANG, Q. *et al.* Meta-Analysis for Social Support Degree of Kidney Transplant Recipients: evidence from china. **Journal of Healthcare Engineering**, London, v. 2021, p. 1-9, ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2021/9998947>.

ZAZZERONI, L. *et al.*, Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. **Kidney Blood Press Res.**, Basel, v. 42, n. 4, p. 717-727, 2017. Disponível em: <https://karger.com/kbr/article/42/4/717/185701/Comparison-of-Quality-of-Life-in-Patients>. Acesso em: 1 out. 2023.

ZORGDRAGER, M. *et al.* Chronic inguinal pain after kidney transplantation, a common and underexposed problem. **World J. Surg.**, Berlin, v. 41, p. 630-38, 2017.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

A - PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Faixa Etária

23 -34 anos () 35 – 45 anos () 46 – 59 anos () 60-77 anos ()

2. Sexo

Masculino () Feminino ()

3. Naturalidade

() Capital () Interior

4 Nível de escolaridade

Analfabeto (a) () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Curso Superior ()

5. Estado Civil

Solteiro () Casado (a)/União estável () Divorciado(a) () Viúvo (a) ()

6. Possui alguma religião?

Agnóstico (a) Católico(a) () Evangélico(a) Outras Religiões ()

7. Rendimento familiar

Até 999 reais () Entre 1000 a 1499 reais () Entre 1500 a 1999 reais () Acima de 2000 ()

8. Tempo de realização do procedimento cirúrgico

Acima de três a seis meses () Sete a onze meses () 1 ano ()

9. Houve alguma complicação durante a cirurgia?

Sim () Não ()

10. Houve dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso?

Sim () Não ()

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS AMPLAS BASEADO NA
TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA**

- 1) Para você o que é conforto?
- 2) Após o transplante o que lhe causa desconforto?
- 3) Quais são as suas necessidades de saúde pós-transplante renal para garantir o conforto?

APÊNDICE C – PROPOSTA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Participante,

O Senhor (a) está sendo convidado (a) pela discente Cecília Carla Barroso Calazans para participar da pesquisa intitulada “ANÁLISE DO CONFORTO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE RIM: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM” cujo objetivo é analisar o nível de conforto de pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a transplante renal de três meses a um ano de cirurgia. Sua participação é importante, porém o senhor (a) não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Ressalta-se que metodologicamente será realizado um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa. Sendo assim, para obter os dados quantitativos, serão utilizados dois instrumentos: o primeiro questionário, desenvolvido pela pesquisadora, servirá para o registro das informações sociodemográficas e clínicas, a saber: 1) idade, 2) sexo, 3) naturalidade, 4) escolaridade (analfabeto, sabe ler e escrever, ensino primário, ensino secundário ou curso superior) , 5) estado civil, 6) religião, 7) rendimento familiar, 8) tempo de realização do procedimento cirúrgico, 9) complicações durante a cirurgia, 10) adesão ao tratamento medicamentos. Já o segundo, trata-se de um questionário para mensurar o conforto autopercebido, denominado “Questionário de Conforto Geral (*General Comfort Questionnaire* – GCQ)”, que foi elaborado por Katharine Kolcaba. Em relação à abordagem qualitativa, será aplicada a técnica de entrevista semiestruturada, que consiste em um roteiro composto por três questões norteadoras sobre o significado do conforto após o transplante renal. Destaca-se que, nessa etapa, as perguntas e as respostas serão gravadas pelo entrevistador, por meio de um *smartphone Samsung Galaxy S6* com 8G de memória de uso pessoal, e as imagens dos participantes ficarão preservadas. Salienta-se que o tempo estimado para cada entrevista será de 60 min. Diante disso, peço a sua autorização para que participe deste estudo. O (A) senhor (a) poderá, a qualquer momento, se recusar a participar dessa pesquisa, bem como poderá retirar o seu consentimento a continuar, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Todos os dados fornecidos pelo (a) senhor (a) serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Esta se compromete a utilizar os dados coletados somente para este estudo. Em nenhum momento, haverá divulgação do seu nome, pois apenas as respostas dos questionários serão compiladas. O (A) senhor (a) poderá ter acesso às informações

e poderá esclarecer dúvidas sobre este trabalho em qualquer momento. Sua participação é voluntária e sem nenhuma remuneração. Certifico que, uma vez concluída a pesquisa, os dados poderão ser divulgados em Encontros Científicos (Congressos, Simpósios, etc) e/ou periódicos, mas sempre preservando as informações que levem à identificação pessoal do participante, de acordo com o sigilo previsto pela ética profissional. Com esta pesquisa, pretende-se contribuir para o aprimoramento da prática de cuidado prestado pelos enfermeiros e, conseqüentemente, para o melhor atendimento ao transplantado. Por fim, este estudo, pode trazer possíveis riscos, pelo fato de contar com a presença do pesquisador em observação. Dentre esses, destaca-se: o cansaço ou o aborrecimento ao responder os questionários, a possibilidade de perder o autocontrole e a integridade, ao revelar pensamentos e sentimento nunca revelados, além da invasão de privacidade, bem como tomar o tempo do paciente ao responder ao questionário/entrevista. Se tiver dúvidas, durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá esclarecê-las com a mestrandia Cecília Carla Barroso Calazans, pelo email :ceciliacalazans6@gmail.com ou nos endereços abaixo.

Endereço do(s) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Cecília Carla Barroso Calazans
Instituição: Universidade Federal do
Ceará
Endereço: R. Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00- 12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

2- ATENÇÃO: Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP/HUWC, instituição coparticipante.- Rua Coronel Nunes de Melo, 1142 – Rodolfo Teófilo – 60.430-270 – Fortaleza-CE, fone: (85) 3366- 8589 / 9 9267-4630 E-MAIL: cephuwc@huwc.ufc.br. (Horário de funcionamento: 7h às 15h:30 min, com intervalo de 30 min para almoço (11h30min às 12h)

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	
Assinatura		
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome do participante da pesquisa	Data	
Local da digital (se o voluntário não souber ler)		
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	
Assinatura		

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS EXTRAS BASEADO NA
TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA**

1. O(a) Sr(a) poderia me explicar como a sua religião lhe ajudou a lidar com os seus problemas de saúde? Durante as sessões de hemodiálise o(a) senhor(a) lia a bíblia, ouvia algum louvor para o tempo passar? Algum membro da sua igreja (pastor[a],irmão) lhe ajudou durante o internamento, após a sua alta em casa? Se sim,o que ele fez (dormiu no hospital, fez alguma faxina na sua casa, cozinhou, lavou sua roupa, fez-lhe companhia enquanto seus filhos estavam na escola/trabalho, levou o senhor para alguma consulta, ajudou-lhe financeiramente)? Isso foi importante para o(a) sr(a)? Se o(a) sr(a) não fosse evangélico e não tivesse nenhuma religião ou crença, teria sido passar pela HD e pelo transplante? Na sua opinião como a sua religião contribui para o seu conforto?
2. O(a) Sr(a) poderia me explicar quais são os principais gastos na sua casa por mês (água, luz, telefone, alimentação, transporte, remédios)? Na sua casa, além do(a) Sr(a) alguém mais trabalha? Se sim, essa pessoa também ajuda no pagamento das contas, na aquisição de alimentos, remédios? Na sua opinião, sua renda foi suficiente para lhe proporcionar uma boa recuperação após o transplante? De que forma (aquisição de medicamentos, alimentação, transporte para as consultas, reformar a casa, pagar academia, pagar uma diarista/faxineira)? O(a) Sr(a) poderia me explicar como sua renda contribui para o seu conforto, principalmente após o transplante (FOCAR AQUIEM INVESTIGAR COMO A ALIMENTAÇÃO É REALIZADA, POIS ELA É CONSIDERADA PARTE DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DO TRANSPLANTE RENAL.)?
3. O(a) Sr(a) teve alguma dificuldade após o transplante renal para seguir as orientações dos médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos? Qual dessas orientações foi mais difícil seguir (tomar muitos medicamentos, alimentação regrada, cuidados de higiene, reformar a casa, fazer exercícios de baixo impacto, comparecer as consultas semanais)? Se sim, por qual motivo foi difícil aderir a essa recomendação? Teve alguma orientação que o(a) sr(a) não conseguiu realizar? Se sim, por qual motivo foi difícil fazer aquilo que a equipe de transplante solicitou? O(a) sr(a) acredita que por não seguir alguma recomendação seu conforto pode ter sido afetado/comprometido?

ANEXO A – *GENERAL CONFORT QUESTIONNAIRE - GCQ*

QUESTIONÁRIO DE CONFORTO GERAL

Obrigada por me ajuda na minha pesquisa. Aqui estão listadas afirmações que podem descrever o seu conforto neste momento. Uma escala de número que vai de 1 a 4 para você indicar o quanto você discorda ou concorda com a afirmação. Escolha o número que mais se aproxima com que você está sentindo no momento.

Concordo totalmente

Discordo totalmente

1. Sinto meu corporelaxado agora	4	3	2	1
2. Eu me sinto útil porque estou trabalhando muito	4	3	2	1
3. Eu tenho privacidade suficiente	4	3	2	1
4. Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu precisar de ajuda	4	3	2	1
5. Eu não quero fazer exercícios	4	3	2	1
6. Minha condição medeixa triste.	4	3	2	1
7. Eu me sinto confiante	4	3	2	1
8. Eu me sinto dependente dos outros	4	3	2	1
9. Eu sinto que minha vida vale a pena	4	3	2	1
10. Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou amado(a)	4	3	2	1
11. Estes ambientes são agradáveis	4	3	2	1
12. O barulho não me deixa descansar	4	3	2	1
13. Ninguém me entende	4	3	2	1
14. Minha dor é difícil de ser suportada	4	3	2	1
15. Eu estou motivado(a) em fazer o meu melhor	4	3	2	1
16. Eu fico triste quando estou sozinho(a)	4	3	2	1
17. Minha fé me ajuda a não ter medo	4	3	2	1
18. Eu não gosto daqui	4	3	2	1
19. Eu estou constipado (a) agora	4	3	2	1
20. Eu não me sinto saudável agora	4	3	2	1
21. Este ambiente me faz sentir medo	4	3	2	1
22. Eu tenho medo do que está para acontecer	4	3	2	1
23. Eu tenho uma pessoa(s) que me faz(em) sentir cuidado (a)	4	3	2	1

24. Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável	4	3	2	1
25. Eu estou com fome	4	3	2	1
26. Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência	4	3	2	1
27. A temperatura neste lugar está agradável	4	3	2	1
28. Eu estou muito cansado (a)	4	3	2	1
29. Eu posso superar minha dor	4	3	2	1
30. O humor daqui me faz sentir melhor	4	3	2	1
31. Eu estou contente	4	3	2	1
32. Esta cadeira (cama) me machuca	4	3	2	1
33. Esta visão me inspira	4	3	2	1
34. Meus pertences não estão aqui	4	3	2	1
35. Eu me sinto deslocado (a) aqui	4	3	2	1
36. Eu me sinto bem o suficiente para caminhar	4	3	2	1
37. Meus amigos lembram-se de mim com mensagens e telefonemas	4	3	2	1
38. Minhas crenças me dão paz de espírito	4	3	2	1
39. Eu preciso ser melhor informado (a) sobre minha saúde	4	3	2	1
40. Eu me sinto fora de controle	4	3	2	1
41. Eu me sinto desconfortável porque não estou vestido (a)	4	3	2	1
42. Este ambiente tem um cheiro terrível	4	3	2	1
43. Eu estou sozinho (a), mas não solitário(a)	4	3	2	1
44. Eu me sinto em paz	4	3	2	1
45. Eu estou deprimido (a)	4	3	2	1
46. Eu tenho encontrado sentido na minha vida	4	3	2	1
47. É fácil se locomover por aqui	4	3	2	1
48. Eu preciso me sentir bem novamente	4	3	2	1

Fonte: Melo *et al.* (2020).

ANEXO B – PARECERES DE COMITÊS DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC



Continuação do Parecer: 8.084.913

- 08 Cronograma ou planejamento global da pesquisa
- 09 Termo de Fiel depositário (nos casos pertinentes).
- 10 Termo de compromisso para utilização dos dados do prontuário

Recomendações:

Ajustar TCLE para assinatura não permanecer em página separada do texto.
Atualizar cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa sem óbices éticos

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deverá apresentar relatório ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2143939.pdf	18/05/2023 16:17:49		Aceito
Outros	Carta.pdf	18/05/2023 16:17:07	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_modelo.docx	18/05/2023 16:06:44	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cecilia.docx	03/04/2023 11:21:51	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_.docx	03/04/2023 11:09:08	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	10/02/2023 10:35:12	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8589

Fax: (85)99267-4630

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC



Continuação do Parecer: 6.084.913

Não

FORTALEZA, 27 de Maio de 2023

Assinado por:
Maria Helane Costa Gurgel
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8589 **Fax:** (85)99267-4630 **E-mail:** cephuwc@huwc.ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO CONFORTO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE RIM: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador: CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67674322.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.068.577

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo misto, com delineamento descritivo-transversal, a ser realizado no ambulatório de transplante renal de um hospital universitário de grande porte, público, em Fortaleza-Ceará. A população será constituída por pacientes transplantados renais que realizam o acompanhamento ambulatorial. A amostra será de 48 participantes. Critérios de inclusão: Ser maior de idade, transplantados com três meses de cirurgia a um ano de procedimento, pois as consultas até 12 meses são mais frequentes, logo há mais assiduidade e constância desses pacientes no ambulatório. Critérios de exclusão: Transplante duplo (rim e fígado ou rim e pâncreas), usuários com complicações clínicas graves que impossibilitem a participação no estudo, clientes com algum grau de deficiência intelectual, ou seja, pacientes que tenham dificuldade para assimilar novos aprendizados, incapazes de compreender conteúdos mais complexos, dificuldade de ler, escrever, ou expressar informações sobre a experiência de conforto vivenciada por eles após o transplante renal e, por fim, os transplantados que perderam o enxerto. O recrutamento dos participantes será realizado por contato direto da pesquisadora com cada paciente, em local privado, de forma aleatória. Os transplantados serão convidados a participar da pesquisa enquanto aguardam a consulta no ambulatório do hospital onde fazem o acompanhamento no pós-transplante. Nesse momento, serão explicados a eles os objetivos da pesquisa, benefícios e possíveis riscos, sendo solicitado ao final dos esclarecimentos a sua anuência. Àqueles que manifestarem por escrito o desejo de participar da pesquisa serão encaminhados para um local

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: compe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.066.577

reservado. Primeiramente, serão coletados os dados sociodemográficos e clínicos, seguidos pela aplicação do Questionário de Conforto Geral (GCQ). Esses instrumentos serão entregues aos participantes, os quais irão ler as perguntas e registrar suas repostas. Para os pacientes não alfabetizados, a leitura será realizada com auxílio da pesquisadora. Apenas a pesquisadora principal fará a coleta de dados, e o tempo estimado para

cada participante será de 60 minutos. Posteriormente, será realizada a entrevista, utilizando-se de um roteiro (APENDICE B), com as questões norteadoras. Essa será gravada por smartphone, cuja capacidade é captar e registrar sons com maior precisão, fidelidade e qualidade. Para amenizar um possível desconforto, gerado pelo paciente ao ter sua voz gravada, será reafirmado a segurança do sigilo da entrevista, garantindo a não identificação no formulário e no banco de dados. A pesquisadora também irá propiciar uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante. Ressalta-se que serão evitados gestos ou expressões que remetam à aprovação ou à desaprovação do relato. Ademais, informar-se-á ao paciente que ele terá a possibilidade de interromper o processo quando lhe for desejável, sem que lhe traga danos e/ou prejuízos à pesquisa e a si próprio, além de lhe oferecer às devidas explicações para responder as questões. Os conteúdos serão transcritos em um diário de campo, gerando subsídios que venham apontar semelhanças e contrastes das falas, com a finalidade de discutir os dados. Indica-se que à medida que forem ocorrendo as importações, os áudios serão numerados de acordo com a ordem dos pacientes, sendo codificadas da seguinte maneira: p1, p2, p3, em que "p" tem o significado de paciente. Para análise quantitativa, os dados serão registrados e organizados em planilha eletrônica do software Excel® 2016, assim como analisados através do Software Statistical Package for the Social Sciences, versão 26. Para todas as análises, será considerado nível de significância 1%. Inicialmente será aplicado a análises descritivas exploratórias para verificar a consistência dos dados e comparações envolvendo as variáveis sociodemográficas, e conforto geral (General Confort Questionnaire - Gcq). Para variáveis qualitativas será utilizado a frequência absoluta e relativa. Para dados quantitativos, será utilizado a média de desvio padrão. Será aplicado o intervalo de confiança de 95% para a frequência relativa e para a média. Para análise inferencial será utilizado o teste exato de Fisher para estudar a associação entre os dados sociodemográficos com a classificação do questionário de GCQ. Será aplicado o teste T de Student ou U de Mann Whitney para avaliar a diferença entre os escores GCQ. Para todas as análises, será considerado nível de significância 5%. Para organização e análise dos dados qualitativos, o material coletado seguirá um processo rigoroso frente às fases definidas por Bardin (2011), como: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Portanto, a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Tedflio
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.066.577

análise dos dados oriundos da entrevista será feita por teorização, no caso, à luz da teoria do conforto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o nível de conforto de pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas a transplante renal de três meses a um ano de cirurgia.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com insuficiência renal submetidas a transplante renal;
- Identificar o nível de conforto das pessoas submetidas a transplante renal através do General Comfort Questionnaire - versão brasileira (GCQ-vb);
- Correlacionar características sociodemográficas, características clínicas e tempo de transplante com o nível de conforto geral apresentado pelo paciente;
- Descrever o significado do conforto na perspectiva das pessoas submetidas a transplante renal;
- Compreender as necessidades de saúde para a promoção de conforto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a pesquisadora, é o cansaço ou aborrecimento para responder aos questionários, a possibilidade de perder o autocontrole e a integridade, ao revelar pensamentos e sentimento nunca revelados, além da invasão de privacidade e demanda de tempo do paciente ao responder ao questionário/entrevista.

Benefícios: Para a autora, é fornecer subsídios para o aprimoramento da prática de cuidado prestado pelos enfermeiros e, dessa forma, contribuir para o melhor atendimento ao transplantado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se o conforto dos pacientes submetidos ao procedimento de transplante renal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há. |

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.066.577

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2070419.pdf	03/04/2023 11:22:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cecilia.docx	03/04/2023 11:21:51	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_.docx	03/04/2023 11:09:08	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/02/2023 08:09:53	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	10/02/2023 10:35:12	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DECLARACAO.pdf	10/02/2023 10:33:42	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf	10/02/2023 10:32:23	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_SOLICITACAO.pdf	10/02/2023 10:31:09	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CECILIA.pdf	10/02/2023 10:28:25	CECILIA CARLA BARROSO CALAZANS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3368-8344

E-mail: conep@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.066.577

FORTALEZA, 18 de Maio de 2023

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

|

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comeps@ufc.br