



Transplante renal: vivência de homens em hemodiálise inscritos na lista de espera

Kidney transplantation: experience of men in hemodialysis entered on the waiting list

Trasplante de riñón: experiencia de hombres en hemodiálisis inscritos en lista de espera

Ana Mariele de Souza¹, Cibelle Barcelos Filipini¹, Sara Rodrigues Rosado¹, Eliza Maria Rezende Dázio¹, Silvana Maria Coelho Leite Fava¹, Rogério Silva Lima¹

Objetivo: conhecer as vivências de homens com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico inscritos na lista de espera do transplante renal. **Método:** estudo qualitativo, fundamentado nos referenciais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e da Masculinidade, desenvolvido com onze participantes em um serviço de hemodiálise, por meio de entrevistas semiestruturadas seriadas e análise indutiva dos dados. **Resultados:** as categorias criadas foram: As lacunas entre as políticas de saúde e a realidade da população masculina e Desafios e possibilidades de mudanças no processo da vida. **Conclusão:** embora a hemodiálise seja vista por muitos destes homens como sinônimo de aprisionamento, para outros significa a possibilidade de manutenção da sobrevivência e é o que lhes garante esperar pelo transplante renal. **Descritores:** Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Transplante de Rim; Saúde do Homem; Enfermagem.

Objective: to know the experiences of men with chronic renal failure under hemodialysis treatment entered on the kidney transplant waiting list. **Method:** qualitative study based on the principles of the National Policy for Integral Attention to Men's Health and Masculinity, conducted with 11 participants in a hemodialysis service, through serial semi-structured interviews and inductive data analysis. **Results:** the following categories emerged: Gaps between the health policies and the reality of the male population and Challenges and possibilities of change in the life process. **Conclusion:** although many of these men see hemodialysis as synonym of imprisonment, others understand it as the possibility of maintaining survival and this help them waiting for the kidney transplant.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis; Kidney Transplantation; Men's Health; Nursing.

Objetivo: conocer experiencias de hombres con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis inscritos en lista de espera del trasplante renal. **Método:** estudio cualitativo, basado en los principios de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombres y de la Masculinidad, desarrollado con once participantes en un servicio de hemodiálisis. **Resultados:** a través de entrevistas semiestruturadas y análisis inductivo de los datos en serie. Las categorías creadas fueron: Brechas entre las políticas de salud y la realidad de la población masculina y Retos y posibilidades en el proceso de cambios en el proceso de la vida. **Conclusión:** aunque la hemodiálisis sea vista por muchos de estos hombres como sinónimo de encarcelamiento, para otros, significa la posibilidad de mantener la supervivencia y ofrecerles esperanza para el trasplante de riñón.

Descritores: Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Trasplante de Riñón; Salud del Hombre; Enfermería.

¹Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil.

Autor correspondente: Ana Mariele de Souza
Rua Flávio Caçado Filho, 305, Centro. CEP: 35.600-000. Bom Despacho, MG, Brasil. E-mail: anamariele_bd@hotmail.com

Introdução

A insuficiência renal crônica tem constituído uma das prioridades do sistema de saúde. A justificativa está relacionada ao número crescente de pessoas com insuficiência renal crônica à espera de um transplante. Dados recentes revelam que no Brasil 17.969 pessoas encontram-se ativas em lista de espera por um rim⁽¹⁾.

O transplante de rim constitui grande avanço na área da saúde, pois propicia anos de vida de maior qualidade às pessoas com insuficiência renal crônica⁽²⁾. A Portaria nº 1.168/2004 que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica nos Serviços de Nefrologia⁽³⁾ determina a garantia da universalidade, equidade, integralidade, controle social e acesso às diferentes modalidades de terapia renal substitutiva: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante. No entanto, a espera por um órgão produz impactos que refletem em todas as dimensões da vida do ser humano, quais sejam: físicas, psicológicas, sociais e espirituais⁽⁴⁾.

Ao realizar o levantamento bibliográfico sobre a temática constatamos que os homens representam 57,7% das pessoas em tratamento hemodialítico⁽⁵⁾ e ainda, há escassez de estudos que abordam essa temática entre homens. Diante de tal constatação e com a aproximação aos referenciais da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem⁽⁶⁾ e das Masculinidades⁽⁷⁾ surgiram inquietações em relação à vivência de homens à espera de um rim para transplante, pois enquanto enfermeiros comprometidos com a integralidade da assistência precisamos conhecer as singularidades da pessoa em terapia renal substitutiva, uma vez que não se limitam às dimensões físicas.

Perante tais inquietações realizamos este estudo com o objetivo de conhecer as vivências de homens com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico inscritos na lista de espera, para transplante renal, o que poderá fornecer subsídios aos profissionais de enfermagem para a melhoria na qualidade da assistência a estas pessoas.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 11 (onze) homens com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico inscritos na lista de espera do transplante renal. Adotamos os referenciais teóricos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e das Masculinidades. Esta política chama a atenção para o fato de que a população masculina adentra o sistema de saúde por meio da atenção especializada, tendo como consequência o agravamento da morbidade. Muitos desses agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem com frequência medidas de atenção primária. Quanto às Masculinidades, a masculinidade hegemônica refere-se a um modelo cultural ideal de homem, que embora inatingível, exerce um efeito controlador sobre o comportamento dos demais⁽⁷⁾.

Para a seleção dos participantes estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: homem, maior de 18 anos, com diagnóstico médico de insuficiência renal crônica, em tratamento hemodialítico regular, inscrito na lista de espera para o transplante renal e com capacidade clara de comunicação e excluídos aqueles que se encontravam internados durante a coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período fevereiro a maio de 2014, em um Serviço de Hemodiálise de um hospital geral filantrópico de Minas Gerais, por meio de uma pré-entrevista individual com os possíveis participantes, no qual explicamos os objetivos do estudo e verificamos o interesse em participar da pesquisa. Após a confirmação do interesse agendamos com os participantes a realização de uma entrevista para a coleta de dados, que ocorreu em suas residências em data e horário previamente escolhidos por eles.

Utilizamos para a coleta de dados a técnica de entrevista semiestruturada, gravada em aparelho eletrônico MP3, com permissão do participante que constou da seguinte questão norteadora: Como é para você aguardar por um transplante de rim na lista de espera?

Cada entrevista durou em média 40 minutos, sendo transcrita pela autora principal imediatamente após a realização. Encerramos a coleta de dados no momento em que as respostas dos participantes do estudo começaram a se repetir com frequência.

Após a transcrição utilizamos a análise de conteúdo indutiva em conformidade com os referenciais propostos obedecendo às fases de ordenação dos dados reunindo todo o material alcançado na etapa de coleta de dados, a fim de se obter uma percepção geral do conteúdo. Para classificação dos dados determinamos a essência das principais ideias e pontos em comuns para, em seguida, definir as categorias. Na etapa da análise final os pesquisadores acessaram todo o material empírico como ponto de partida e também de chegada na apreensão e interpretação das vivências⁽⁸⁾.

Buscando assegurar os princípios éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, que emitiu parecer favorável sob nº 525.962.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e garantia de anonimato, aceitaram voluntariamente participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo lhes atribuídos nomes fictícios, à escolha do pesquisador.

Resultados

Os 11 homens participantes deste estudo encontravam-se na faixa etária compreendida entre 18 a 63 anos, sendo quatro entre 18 e 30 anos. Seis possuíam ensino fundamental incompleto, cinco apresentaram renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (salário mínimo vigente R\$724,00 aproximadamente US\$306), sete recebiam o auxílio doença, seis viviam com companheira e a crença religiosa predominante era católica.

Quanto ao tempo de permanência no tratamento hemodialítico constatou-se que variou entre 9 meses a 14 anos, sendo que seis dos participantes

encontravam-se em tratamento há mais de 4 anos. No entanto, o tempo na lista de espera para realização do transplante variou entre 10 dias a 12 anos, sendo que cinco participantes apresentaram tempo superior a 4 anos de espera. As principais doenças de base foram a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

Da análise dos dados emergiram as categorias: As lacunas entre as Políticas de Saúde e a realidade da população masculina e Desafios e possibilidades de mudanças no processo da vida.

As lacunas entre as Políticas de Saúde e a realidade da população masculina

A análise do material empírico permitiu identificar que os homens mesmo com dor continuam postergando o diagnóstico e o tratamento atribuindo relevância ao trabalho: *porque toda a vida eu trabalhei, então eu não sabia, não tinha noção assim do que estava acontecendo. Teve uma época que mandaram eu tirar um atestado para trabalhar, eles falaram para mim que eu estava com problema de pressão alta, eu não sentia nada não. Estava trabalhando normal, às vezes sentia umas dorzinha assim meio de lado, pensava que era coisa comum ou que era dor na coluna; continuei trabalhando, estava nem aí não; depois comecei sentir dor mais forte, aí tomava um remédio para tirar a dor e tudo bem, continuava trabalhando (Pedro).*

Tal situação pode estar relacionada às questões de gênero e masculinidades, cabendo ao homem o papel de provedor da família: *A minha doença começou com uma pressão muito alta, eu fui medir a pressão estava vinte por dez, aí a minha mulher disse: - Você precisa consultar! Você precisa consultar! Mas eu preciso trabalhar, eu tenho os meus filhos para tratar, minha mulher, pensava comigo assim, dessa maneira, enquanto eu for aguentando trabalhar eu vou indo, eu não podia ficar à toa porque meus filhos eram tudo pequenininho na época; aí continuei trabalhando e serviço pesado, trabalhando de servente de pedreiro (Henrique).*

Por outro lado, o depoimento a seguir pode indicar a falta de resolutividade da atenção primária à saúde em relação aos homens: *Passsei na farmácia e medi a minha pressão, estava alta, a primeira vez ele [o médico] já me deu o remédio, eu tomava só o remédio, controlava a pressão com o*

remédio, entendeu? Mas ela estava sempre alta, a saúde era boa, só problema de pressão, entendeu; serviço pesado fazia o serviço e não tinha problema nenhum (Daniel).

Dessa forma, o tratamento é postergado e há a necessidade de instituição imediata da terapia renal substitutiva conforme os depoimentos a seguir: *Eu vivia uma vida super normal, até que o ano passado eu fui para o hospital, os médicos pediram exame de ureia e creatinina porque eu estava muito inchado, entendeu, foi quando me veio uma creatinina de onze e uma ureia de cento e tanto; e eu cada vez pior, com muita falta de ar; foi até que chegou um dia, que eu fui para uma mesa de cirurgia, passei um cateter no pescoço e comecei a fazer a minha primeira sessão de hemodiálise (Rafael). Minha doença foi começada assim: dormia a noite e acordava com o olho inchado, eu achava que era de dormir, e foi indo; quando foi um dia acabei passando mal, eu fui para o hospital, a doutora me internou e falou: olha o teu problema é renal e você vai ter que entrar na hemodiálise! Eu como não sabia de nada, achei aquilo tudo normal, mas eu não sabia o tanto que era triste uma hemodiálise, tanto que é duro, aí foi que começou o problema (Marcelo).*

Desafios e possibilidades de mudanças no processo da vida

O homem ao experienciar o adoecimento e apreender os conhecimentos sobre o tratamento de hemodiálise, se conforma com a necessidade e a importância do tratamento para a manutenção da vida: *Mas no começo eu não gostava de fazer hemodiálise não, chorava muito, passava meio ruim; mas agora estou mais conformado; eu agradeço a Deus porque existe essa hemodiálise, se não nós já tinha morrido tudo. Eu tinha morrido, meu irmão tinha morrido também, todos os doentes já tinham falecido (Renato).*

Embora pareçam conformados eles destacam as restrições impostas pelo tratamento nos seguintes depoimentos: *A hemodiálise tira as coisas boas, você não pode viajar, prende sua liberdade, eu sou muito hiperativo, eu não gosto de ficar à toa, e sendo que praticamente eu tenho que ficar à toa, não consigo trabalhar, não consigo voltar a estudar, fazer o que eu quero, então eu tenho que ficar mais calmo entendeu (Rafael). Minha doença é isso aí, três vezes por semana, durante o turno da manhã; saio de*

casa cinco horas da manhã e chego meio dia e meio, e só rotina, entendeu; não tem tempo para nada, não tem jeito de fazer nada, você não tem jeito de programar nada novo, então tem que fica mais ao ver da hemodiálise, não é fácil conseguir fazer hemodiálise fora, entendeu, então tem que ficar naquela rotina, da hemodiálise de [cidade] e em casa; isso é difícil, isso é uma prisão para gente (Daniel).

Para enfrentar o tratamento imposto eles buscam por referências na equipe de saúde, como pode ser evidenciado: *As enfermeiras são tudo legal, tratam a gente bem, você tá entendendo, tanto faz lá, como na rua, lá não é uma hemodiálise, é uma família, tratam a gente muito bem, tudo legal para mim, então lá é uma família (Fernando).*

Os homens acreditam que o transplante renal será a única alternativa para mudanças no processo da vida. *Deus vai me ajudar que eu vou transplantar entendeu; porque a melhor esperança que existe na pessoa é você ter fé que você vai transplantar; só de não ir na hemodiálise, a vida de hemodiálise o cara não tem jeito de fazer nada, ele transplantado é outra vida, ele pode passear. A esperança é transplantar para poder viver uma vida normal (Marcelo).*

Embora tomados por expectativas pela chance de se libertarem das limitações impostas pela hemodiálise, eles revelam também a apreensão gerada por não saberem quando serão chamados para realizar o transplante: *É isso que me dá forças, é acreditar que você vai fazer o transplante e depois vai ficar tudo certo, que eu vou voltar a estudar, trabalhar, é isso que faz eu acreditar e esperar, apesar também que eu não tenho outra alternativa. Então você passa a viver disso até que dê certo. As pessoas também, a família, a namorada, também ajuda a superar um pouco (Gabriel).*

Para a realização do transplante renal são necessários exames atualizados, nome inserido na lista de espera e a convocação. Mesmo cumprindo esses requisitos o transplante pode não ocorrer. *Eu já fui lá uma vez que eles me chamaram para o transplante, aí eu fiquei lá até lá para meia noite, aí depois, tinha outro rapaz que estava mais ruizinho um pouquinho, mais fraco, aí o médico falou para mim: Não tem problema não, aí na próxima vez vai ser você; mas isso aí já faz ó um tempinho (Pedro).*

A descoberta de um familiar compatível emerge como a grande oportunidade de se libertar da longa

fila de espera. Entretanto, em alguns casos os homens se sentiram frustrados com os questionamentos do familiar compatível. *Eles me falaram uma vez que se a família quisesse doar podia; só que o meu pai fez um exame e foi compatível, só que o medo dele falou mais alto de doar o órgão, aí não deu certo! O meu irmão que ia doar teve problema de rins, ele faz hemodiálise também* (Renato).

No início da inscrição na lista de espera os homens demonstram uma torcida para que tudo dê certo: *Quando eu transplantar eu quero voltar a minha vida normal, praticar esporte, poder fazer a minha faculdade, ir para frente, assim como muita gente. Agora eu estou esperando ser chamado; mas eu tenho fé que vai ser rapidinho e assim eu vou seguindo, até o dia desse transplante aí, que se Deus quiser não vai demorar muito* (Rafael, há 10 dias inscrito na lista de espera do transplante renal). Porém, com o passar dos meses, não ocorrendo a realização do transplante, estes sentimentos tornam-se de frustração e decepção: *Eu vou falar a verdade, praticamente eu já entreguei na mão de Deus, e seja o que Deus quiser, se não for para dar certo, Deus sabe o que faz; Eu tenho vontade de fazer o transplante, quem que não quer ficar bom, sair daquela hemodiálise, mas se não for para dar certo, melhor ficar do jeito que eu estou mesmo, eu estou com as mãos atadas, não posso fazer nada* (Pedro, há 12 anos inscrito na lista de espera do transplante renal).

Diante dessa realidade, os homens seguem com o tratamento hemodialítico, utilizando-se de recursos que constituem redes de apoio espiritual, familiar e social, enquanto aguardam pelo transplante renal.

Constatamos nos depoimentos que a participação da família é de suma importância no tratamento do homem com insuficiência renal crônica, uma vez que esta desempenha as funções de proteção e de integração entre os seus membros: *A minha família que me ajuda, que me dá forças. Todo mundo brinca comigo, me manda ficar calmo, não esquentar a cabeça, porque você fica nervoso. Deus também ajuda a gente, pega a bíblia lê, é ótimo. Os amigos ajuda a gente também, meus amigos que vem aqui* (Miguel).

Verificamos ainda, a valorização atribuída pelos homens ao suporte espiritual: *Eu vou te falar uma coisa, eu tenho muita fé em Deus e acredito demais no Divino Pai Eterno. Isso dá muita força para mim, todos os domingos eu vou à missa. Deus dá muita força, quanto mais eu rezo, mais força ele me dá, então*

é a única coisa que consola a gente, primeiro Deus lá em cima, Nossa Senhora Aparecida, eu tenho muita fé viu, tenho uma fé viva. Tem que ter muita fé, senão não aguenta (Henrique).

Discussão

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada no ano de 2008 visa a qualificar a atenção à saúde masculina na perspectiva da integralidade da atenção à saúde desta população, ao estímulo às ações de autocuidado e reconhece que “a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros”^(6,3). No entanto, ainda hoje, a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde está longe de ser alcançada, uma vez que esses locais ainda são considerados por muitos deles como ambientes femininos^(6,9).

Esta realidade pode estar relacionada às construções socioculturais fundamentadas nas crenças e nos valores do “ser homem”. Nesta perspectiva, um sinal de dor emitido pelo corpo pode ser considerado como uma fragilidade à sua condição biológica masculina e assim, os homens optam por desconsiderá-la. Para eles, saúde é ausência de dor, bem como, disposição física, o que indica não haver indícios de adoecimento e fortalecimento de sua masculinidade. Outro ponto a ser destacado é o fato de o homem sentir-se invulnerável, expondo-se a situações de risco para reafirmar a sua masculinidade. A procura pela assistência na atenção primária à saúde pode ser reconhecida como atividade inerente ao sexo feminino, que somado à distinção entre os gêneros, tornam-se pouco reconhecidas e valorizadas pelos homens^(6,9).

A justificativa apontada pelos homens pela pouca procura pelos serviços de saúde é a dificuldade de conciliar o trabalho com o horário de funcionamento da unidade⁽⁶⁻¹⁰⁾. A nosso ver soma-se um preparo incipiente de recursos humanos nos serviços de Atenção Primária à Saúde para cuidar do público específico de homens na perspectiva da integralidade do cuidado.

Acrescenta-se o fato de a insuficiência renal crônica ser uma doença de início insidioso, quando

diagnosticada a pessoa já apresenta manifestações clínicas típicas, como edema nos olhos, pés e pernas, presença de anemia, cansaço, sensação de fraqueza, dor lombar, falta de apetite e náuseas, estes sintomas encontram-se associados muitas vezes a Hipertensão Arterial Sistêmica ou ao Diabetes *Mellitus*⁽¹¹⁾.

A importância atribuída pelo homem ao trabalho constitui uma barreira para a busca por atendimento nos serviços de saúde, mesmo apresentando sinais clínicos de adoecimento. A nosso ver, a detecção precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica ou do Diabetes Mellitus, bem como a instituição do tratamento, poderia contribuir para mudar o curso da enfermidade, mas muitos homens postergam a busca pelo sistema de saúde. Além disso, o “postergar” pode ser permeado do temor em confrontar-se com a realidade da enfermidade ou da concepção de que o homem somente deve procurar o serviço de saúde em casos emergenciais⁽¹²⁾.

Por influência das construções socioculturais ao homem é atribuído o papel de ser forte e trabalhador para o sustento da família. Eles atribuem a relevância ao trabalho em detrimento aos cuidados em saúde. Para os homens, principalmente aqueles com baixa condição social, a responsabilidade pelo sustento da família, tem lugar de destaque, o que pode constituir muitas vezes um obstáculo para o acesso aos serviços de saúde⁽⁶⁾, no entanto é também uma forma de fortalecer o seu papel de homem na classe popular, pois a ele é atribuído o papel de trabalhador para sustentar a família⁽⁷⁾.

A falta de resolutividade da atenção primária à saúde em relação aos homens constitui uma lacuna das políticas públicas, o que pode influenciar a busca por cuidados. Entendemos ser de suma importância o comprometimento dos profissionais desses serviços com os princípios do Sistema Único de Saúde, entre eles, o da universalidade, com ações preventivas e redução dos agravos, e o princípio da integralidade, levando em consideração as necessidades de pessoas ou de grupos de pessoas⁽¹³⁾. Os homens tendem a procurar atendimento na farmácia por uma questão

cultural, pois no passado era o recurso disponível para a época. Na atualidade, constitui o recurso mais próximo que não requer fila ou agendamento e vai ao encontro da perspectiva masculina de resolutividade. Ressaltamos ainda que a Atenção Primária à Saúde vai além da prescrição de medicamentos e que as ações a serem desenvolvidas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica envolvem educação em saúde, acolhimento, capacidade de escuta e estabelecimento de vínculos.

Ressaltamos que ao minimizar os sinais e sintomas indicativos da necessidade de busca pelo serviço de saúde, os homens postergam ainda mais a busca pelo tratamento, e desse modo, problemas de saúde que poderiam ser resolvidos pela Atenção Primária, que constitui hoje a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, acabam por tomar grandes proporções e exigirem um atendimento de alta complexidade, como um transplante de rim⁽¹⁴⁾.

Os dados da primeira categoria indicam o fato de que existem lacunas entre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a realidade da população masculina. Além disso, a educação em saúde parece ter uma ação incipiente, pois se os programas de atenção à saúde realmente fossem implementados pela maioria dos profissionais, talvez muitos homens estariam livres da insuficiência renal crônica, da hemodiálise e das filas de transplantes.

Corroboram também para esta realidade a carência de recursos humanos com capacidade para cuidar do público específico de homens, a falta de materiais para atender esta clientela, o horário de funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que na maioria dos serviços, os horários de atendimento são incompatíveis com a jornada de trabalho dos homens. Somam-se ainda, a demora na realização de exames diagnósticos para consultas com especialistas e procedimentos cirúrgicos quando os homens são encaminhados para os serviços de atenção secundária ou terciária e vão de encontro às demandas masculinas de rapidez e resolutividade⁽¹⁵⁾.

Entretanto, o aguardar na fila de espera por um

transplante renal se apresenta como uma possibilidade de mudança no processo da vida permeada por diversos desafios.

Devido à característica silenciosa e de evolução gradual da insuficiência renal crônica o seu diagnóstico ocorre muitas vezes em fase tardia⁽¹⁶⁾. É fundamental o diagnóstico precoce para que medidas conservadoras possam restabelecer a função renal, evitando assim, a entrada em terapia renal substitutiva⁽¹⁷⁾.

A maioria das pessoas com insuficiência renal crônica chega ao serviço de saúde pela urgência ou emergência, no momento em que graves complicações da doença já estão instaladas⁽¹⁸⁾. A descoberta tardia pode decorrer da fragilidade de ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais de saúde aos usuários dos serviços em relação à prevenção, à importância da preservação da função renal, aos cuidados necessários com o trato urinário e aos riscos que as afecções urinárias podem esconder⁽¹¹⁾. Além disso, a entrada do usuário ao serviço de saúde pela atenção secundária denota que a assistência aos principais fatores de risco para a insuficiência renal crônica, como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica não estão sendo suficientes^(17,19).

Os nossos dados reiteram que os homens dão entrada nos serviços de saúde pela atenção secundária e terciária, pois o diagnóstico de insuficiência renal crônica na maioria das vezes é revelado durante as internações hospitalares nas quais os sujeitos recebem a terapia dialítica. Tais acontecimentos podem comprometer as diversas dimensões do ser humano, quais sejam físicas, psicológicas, sociais e espirituais, gerar sentimentos multifacetados afetando a sua masculinidade. No entanto, apreendemos que no decorrer do tratamento os homens podem tornar-se conformados na medida em que adquirem conhecimentos sobre a enfermidade crônica e o tratamento de hemodiálise para a manutenção da vida.

As restrições impostas pela hemodiálise são evidenciadas e a falta do trabalho ganha novamente lugar de destaque no discurso dos homens⁽²⁰⁾. O tratamento hemodialítico exige das pessoas a readaptação

a um novo estilo de vida, a modificação dos hábitos alimentares e da ingestão hídrica, a restrição da atividade laboral, levando consequentemente o homem a uma menor participação no orçamento doméstico e afetar a sua masculinidade. Tal realidade compromete não só a pessoa, mas também os seus familiares, de tal modo que o adoecimento exerce influência não só a dimensão pessoal, mas também a familiar e social⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, em função da dependência causada pelo adoecimento, muitas pessoas perdem seus referenciais familiares e sociais, e podem buscar essas referências, por exemplo, na equipe de saúde⁽²¹⁾.

Além das limitações impostas pelo tratamento, os homens ainda precisam se adaptar à rotina das sessões de hemodiálise, deixar a sua casa, seu conforto, três vezes por semana e ir até a cidade onde é realizado o tratamento hemodialítico, já que, de todos os participantes do estudo apenas quatro residiam na cidade onde havia serviço de hemodiálise disponível.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas com insuficiência renal crônica é o tempo despendido nas sessões de hemodiálise, e a impossibilidade de desenvolverem outras atividades em decorrência do deslocamento por longos períodos de tempo⁽²²⁾.

As imposições e restrições vivenciadas pela pessoa em relação ao tratamento hemodialítico, fazem-lhe acreditar que a melhor saída para o seu problema de saúde seja transplante renal^(4,20), de modo que muitos destes participantes encararam o tratamento como algo provisório e relataram o desejo de realizar o transplante, como uma possibilidade de retomarem às suas atividades que foram deixadas de lado.

Após iniciarem a terapia hemodialítica, vários são os desafios a serem enfrentados, dentre eles, a realização de uma série de exames, clínicos, laboratoriais e de imagem, conhecidos como exames pré-transplante. Tais exames têm como finalidade verificar o estado de saúde e avaliar as condições de receber um transplante de rim⁽¹⁷⁾.

Outro desafio é ser convocado a realizar o transplante e este não ocorrer, pessoas abaixo de 18

anos passaram a ter prioridade para receber órgãos de doadores da mesma faixa etária.

A oportunidade de se livrar da longa fila de espera por um rim é ter um familiar compatível, no entanto, nesse momento, podem surgir diversos questionamentos por parte dos familiares e a doação não se concretizar. A doação de um rim por um familiar envolve uma série de receios por parte do doador que se vê diante da possibilidade de futuramente vir a perder o outro rim, surgem receios em relação às alterações na imagem corporal e dificuldade de relacionamento interpessoal por desconhecer o procedimento ao qual vai se submeter. Nesse momento é imprescindível o aporte psicológico tanto ao paciente quanto ao familiar.

Enquanto seguem aguardando pelo transplante renal, os homens revelam sentimentos que se modificam conforme o tempo de espera pelo rim. Inicialmente é vislumbrada a possibilidade de mudança no processo da vida, mas no decorrer dos anos em tratamento dialítico surgem a desesperança, a frustração e a decepção, sendo imprescindíveis as redes de apoio espiritual, familiar e social, enquanto aguardam pelo transplante renal.

Reiteramos que a família constitui a principal fonte de apoio e de incentivo. Constatamos nos depoimentos que a participação familiar é de suma importância no tratamento⁽²³⁾.

Neste sentido, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem realizar atividades educativas que estimulem a pessoa a seguir com o tratamento de hemodiálise, incentivando-o a ter um bom relacionamento com seus familiares e amigos, respeitando as suas limitações⁽²⁴⁾. Cabe ainda conscientizar estas pessoas para que todo o processo que envolve o transplante tenha um desfecho satisfatório⁽⁴⁾.

O suporte espiritual é de suma importância para o enfrentamento do adoecimento e a espera pelo transplante. No decorrer dos depoimentos verificamos a valorização atribuída pelos homens ao suporte espiritual.

De modo geral, a religiosidade exerce influência sobre a qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica, representando fonte de conforto, esperança, encorajando-os e causando bem estar geral, o que contribui para a aceitação e enfrentamento da sua condição crônica⁽²⁵⁾.

A fé e a esperança dão novo significado e os pensamentos que antes eram de privação em decorrência do tratamento hemodialítico, agora ganham um novo sentido, de liberdade, associado à vida pós-transplante, com melhora da qualidade e longe da hemodiálise⁽⁴⁾.

Enfatizamos a necessidade da competência dos profissionais de saúde, em especial, dos enfermeiros para acolher as pessoas com insuficiência renal crônica, estimulando-as a seguir com o tratamento hemodialítico enquanto aguardam pelo transplante renal. Sendo assim deve-se conhecer as suas expectativas, ansiedades e limitações, de modo a prestar uma assistência de enfermagem de maneira holística, ou seja, ver o ser humano na sua totalidade.

Considerações Finais

Apreendemos que os homens enfrentam diversos desafios e possibilidades para a manutenção da sua vida em tratamento hemodialítico à espera por um transplante renal. A triste notícia do diagnóstico de insuficiência renal crônica, situação muitas das vezes inusitada, acaba rompendo com a crença na invulnerabilidade do homem.

Após o diagnóstico de insuficiência renal crônica, o homem passa a lidar com diversos desafios advindos do adoecimento, as limitações e as dificuldades no tratamento hemodialítico como, o deslocamento do seu domicílio até o serviço de saúde, a periodicidade da terapia, tempo de duração e as repercussões que a terapêutica gera na vida pessoal, familiar e social.

Muito embora a hemodiálise seja vista por muitos destes homens como sinônimo de aprisionamento, para outros, ela significa a possibilidade de manuten-

ção da sobrevivência. Por esses motivos, os homens vêm no transplante renal a possibilidade de se libertarem das amarras provocadas pela hemodiálise. Dessa forma, os participantes deste estudo seguem com o tratamento hemodialítico utilizando-se de recursos que constituem redes de apoio espiritual, familiar e social, enquanto aguardam até o dia em que serão chamados para receberem o transplante de rim que irá lhe proporcionar o pleno reestabelecimento da saúde e da vida.

No entanto reiteramos ser premente fazer valer as políticas públicas de atenção à saúde, para a promoção de uma vida saudável e para a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus, bem como um trabalho comprometido com as pessoas, de modo que a atenção básica exerça o seu papel na promoção da saúde, no diagnóstico precoce, na prevenção de complicações, e na recuperação da saúde, reduzindo os agravos à saúde da população masculina, e, principalmente evitando que essas pessoas cheguem ao serviço de saúde por meio dos setores de urgência e emergência.

Uma das limitações pode ser atribuída ao fato de que este estudo foi realizado em um dos Serviços de Hemodiálise do município, abarcando um número reduzido de homens, em relação à totalidade de homens do município que aguardam por transplante.

Colaborações

Souza AM contribuiu para a concepção do trabalho, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Filipini CB, Rosado SR, Dázio EMR, Fava SMCL e Lima RS contribuíram para a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro brasileiro de transplantes. [Internet]. 2014 [citado 2014 jul 10]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014parc-jan-mar.pdf>
2. Garcia GG, Harden P, Chapman J. O papel global do transplante renal. *J Bras Nefrol.* 2012; 34(1):1-7.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.168/GM, de 7 de abril de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica os Serviços de Nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Knihs NS, Sartori DL, Zink V, Roza BA, Schirmer J. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(4):1160-8.
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censos. Censo Brasileiro de Diálise. [Internet]. 2012 [citado 2014 jul 12]. Disponível em: www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Connell R. Masculinities. Berkeley: University of California Press; 2005.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Modena CM, Martins AM, Ribeiro RBN, Almeida SSL. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2013; 37(3):644-60.
10. Silva PLN, Maciel MM, Carfesan CS, Santos S. A Política de Atenção à Saúde do homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. *Enferm Glob.* 2013; 12(32):414-43.
11. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Enferm.* 2011; 65(5):839-44.

12. Silva FA, Silva IR. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde – UBS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):417-28.
13. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
14. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica n.28. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Leal A, Figueiredo WS, Nogueira da Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2607-16.
16. Fortes, VLF, Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J, Dobner T. The chronic renal disease course: from early symptoms to discovery. *Rev Rene*. 2013; 14(3):531-40.
17. Machado EL, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1981-92.
18. Valle LS, Souza VF, Ribeiro AM. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estud Psicol*. 2013; 30(1):131-8.
19. Medeiros MCWC, Sá MPC. The chronic renal disease course: from early symptoms to Discovery. *Rev Rene*. 2011; 12(1):65-72.
20. Maniva SJCF, Freitas CHA. The patient on hemodialysis: self care with the arteriovenous fistula. *Rev Rene*. 2010; 11(1):152-60.
21. Prestes FC, Beck CLC, Tavares JP, Silva RM, Cordenuzzi OCP, Burg G, et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de Hemodiálise. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(1):25-32.
22. Zanini MTB, Maragno F, Rosa L, Ceretta LB, Medeiros IS, Soratto MT, et al. A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. *Inova Saúde*. 2012; 1(1):16-30.
23. Faria NV, Teixeira CMC, Nunes SFL. Conhecimento dos usuários do programa HIPERDIA sobre a doença renal crônica. *J Manag Prim Health Care*. 2014; 5(1):4-9.
24. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adherence of chronic renal insufficiency patients to hemodialysis. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):546-51.
25. Nepomuceno FCL, Melo Júnior IM, Silva EA, Lucena KDT. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde Deb*. 2014; 38(100):119-28.