

Apoio familiar no processo de transplante renal**Family support in the kidney transplantation process****Apoyo familiar en el proceso de trasplante renal**

Recebido: 30/05/2017
Aprovado: 12/02/2018
Publicado: 01/08/2018

Greici Daiani Berlezi¹**Camila Zanesco²****Maiara Vanusa Guedes Ribeiro³****Alessandra de Paula⁴****Débora Tavares de Resende e Silva⁵**

Este estudo tem como objetivo esclarecer dúvidas sobre o processo de transplante renal e verificar qual a percepção da equipe no que diz respeito à importância do apoio familiar ao paciente transplantado renal. Trata-se de um estudo descritivo observacional, realizado com 51 pacientes que passaram por transplante renal e estiveram em acompanhamento em um serviço no Oeste Catarinense no período de junho de 2015 a junho de 2016. Os dados coletados mostram que é importante o contato com os pacientes para esclarecer as dúvidas que envolvam o transplante. Com isso a participação da equipe se faz essencial para identificar que o apoio familiar é fundamental para facilitar esse processo.

Descritores: Transplante de rim; Relações familiares; Equipe de assistência ao paciente.

This study aims at clarifying doubts about the process of kidney transplantation and verifying what is the perception of the health team with respect to the importance of the support of the family to the patient who underwent a kidney transplant. This is an observational descriptive study, conducted with 51 patients who underwent kidney transplants and were being monitored in a health service in the west of Santa Catarina, Brazil from June 2015 to June 2016. Data collected showed that the contact with the patients is important to clarify the doubts that involve transplantation. The participation of the team is paramount for the identification of family support as something essential for the process.

Descriptors: Kidney transplantation; Family relations; Patient care team.

Este estudio tiene como objetivo aclarar dudas sobre el proceso de trasplante renal y verificar cuál es la percepción del equipo en lo que respecta a la importancia del apoyo familiar al paciente trasplantado renal. Se trata de un estudio descriptivo observacional, realizado con 51 pacientes pos-trasplante renal en acompañamiento en un servicio en el Oeste de Santa Catarina, Brasil en el período de junio de 2015 a junio de 2016. Los datos colectados muestran que es importante el contacto con los pacientes para aclarar las dudas que envuelvan el trasplante. Con esto, la participación del equipo se torna esencial para identificar que el apoyo familiar es fundamental para facilitar este proceso.

Descriptores: Trasplante de riñón; Relaciones familiares; Grupo de atención al paciente.

1. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó SC, Brasil. ORCID: 0000-0003-4720-6770 E-mail: greiciberlezi@hotmail.com

2. Enfermeira. ORCID: 0000-0001-8326-0390 E-mail: camila_zanesco@hotmail.com

3. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó SC, Brasil. ORCID: 0000-0002-4066-9142 E-mail: maiara.vanusa@gmail.com

4. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó SC, Brasil. ORCID: 0000-0001-8196-3324 E-mail: alessandradp10@hotmail.com

5. Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Neurológica. Mestre e Doutora em Ciências (Patologia Geral). Pós Doutora em Imunologia. Professora da UFFS. ORCID: 0000-0002-3813-7139 E-mail: debora.silva@uffs.edu.br

INTRODUÇÃO

Adoença renal crônica (DRC) é entendida como a perda progressiva e irreversível da função renal, caracterizada pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas desempenhadas pelo órgão. Sua evolução é classificada com base no nível de função renal, e a taxa de filtração glomerular (TFG), fatores que indicam a perda das funções dos rins. A DRC é classificada em estágios. A partir do estágio dois, apresenta filtração glomerular de $<90\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$, caracterizando o início da redução das funções; ao atingir o estágio cinco, em que a filtração glomerular é $< 15\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$, é denominada insuficiência renal terminal ou dialítica ou ainda, Doença Renal Terminal (DRT)¹⁻³.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil⁴, a DRC acomete por volta de 10% da população mundial. Estima-se que ela atinja um a cada cinco homens e uma entre quatro mulheres com idades entre 65 e 74 anos⁵. Considerando a fase terminal da DRC, as mudanças nos hábitos alimentares e de vida já não são suficientes sozinhos, requerendo auxílio do tratamento dialítico e se possível o transplante renal¹.

O transplante consiste em um procedimento cirúrgico com intuito de substituir o órgão inoperante por outro com função ativa. Após a realização do transplante, o indivíduo está suscetível a uma trajetória de diversos acontecimentos positivos e negativos, expectativas, sensações, incertezas e até mesmo frustrações⁵.

O processo é complicado, minucioso e demanda apoio e esclarecimentos contínuos e, nesse processo, o apoio a família é vista como um fator contribuinte no processo, assim como o apoio e vínculo com a equipe de saúde. É necessário que os cuidadores envolvidos diretamente com o paciente durante o processo de transplante tenham a oportunidade de atualizar seus conhecimentos e contem com apoio nos serviços de saúde⁶.

Efetivar a troca de conhecimentos entre os envolvidos no processo de transplante, bem como fortalecer vínculo entre cuidadores e usuários é imprescindível. Para tanto, é

necessário que se propicie um espaço de diálogo e interação. Assim, este estudo tem como objetivo esclarecer dúvidas sobre o processo de transplante renal e verificar qual a percepção da equipe no que diz respeito a importância do apoio familiar ao paciente transplantado renal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, realizado com pacientes pós-transplante renal acompanhados em um serviço para DRC no Oeste catarinense. O estudo teve origem em ações realizadas através do projeto de extensão intitulado: "Pacientes após transplante de rim: uma interface do cuidado", o qual está em concordância com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo edital 804/UFFS/2014. O estudo foi desenvolvido por discentes, um docente orientador e um co-orientador todos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), no período de junho de 2015 a junho de 2016.

Os transplantados foram previamente convidados a participar de rodas de conversa, alocadas entre o período de espera dos resultados de exames coletados e a consulta de acompanhamento com o profissional enfermeiro e/ou médico.

O desenvolvimento das atividades ocorreu em dois momentos: a primeira etapa contemplou as rodas de conversa, as quais ocorreram de forma integrativa, com perguntas disparadoras que preservaram a privacidade dos participantes, e ao mesmo tempo repassaram informações relevantes para a pesquisa, como: tempo de transplante; realização de tratamento por hemodiálise; idade dos pacientes; medicamentos de uso contínuo; doença que levou à IRC; além de possibilitarem conhecer um pouco mais sobre a história do paciente, as limitações, os enfrentamentos e as mudanças no estilo de vida pós-transplante.

Entre a primeira etapa e a segunda roda de conversa foi uma caixinha para que os pacientes transplantados inserissem suas dúvidas a respeito do transplante deixada no serviço, sendo que deveriam informar o

tempo de transplante, a cidade onde residem e a respectiva dúvida. Em seguida, foi realizada a segunda etapa, que objetivou realizar o esclarecimento das dúvidas depositadas previamente na caixinha, abordando os mesmos pacientes do primeiro momento, as devolutivas foram baseadas em consulta prévia a material científico.

Para os membros da equipe de saúde atuante no serviço em contato com pacientes transplantados foi distribuído um questionário contendo duas questões, objetivando esclarecer a importância dos familiares no processo de transplante e no período pós, assim como, as principais mudanças percebidas no receptor, por parte dos profissionais. A identificação dos respondentes se deu através da separação por cor: cor V de vermelho para a primeira pergunta e A de azul para a segunda pergunta e o número corresponde a ordem do profissional.

Foi realizada análise de estatística descritiva das respostas da equipe, as quais foram organizadas, e agrupadas e categorizadas, nomeados em: V (vermelho) para as respostas da primeira pergunta e A (Azul) para as respostas da segunda pergunta, e foram numeradas conforme a sequência das respostas.

RESULTADOS

A caixinha como fonte de informação

A caixinha foi implantada visando saber quais as dúvidas dos pacientes que frequentavam o serviço de referência para DRC,

permanecendo em um local visível e de fácil acesso para que qualquer paciente pudesse deixar sua dúvida envolta ao processo de transplante renal. Participaram com respostas quatro pacientes.

A caixinha permaneceu por dois meses no ambiente, sendo divulgada durante o primeiro encontro e nas visitas das discentes ao serviço, com três perguntas. Após o recolhimento da caixinha, foi realizado um segundo encontro com os mesmos pacientes participantes da primeira etapa. Nesta roda de conversa foram apresentadas as dúvidas e as respectivas possibilidades, para discussão. As perguntas que surgiram por parte dos transplantados foram as seguintes:

1. “Quantos transplantes foram realizados em Chapecó- SC?”
2. “Quais são os sintomas principais que se apresentam em caso de rejeição? E qual alimento contribui para o aumento da creatinina?”
3. “Porque a doação é sigilosa? E porque não é possível saber quem é a família do doador para agradecer?”.

As respostas para estas perguntas serão apresentadas a seguir.

A visão da equipe sobre a importância do apoio familiar

A equipe da unidade é composta por 27 membros e nove deles (que possuem contato com os pacientes transplantados) aceitaram responder um questionário, divididos conforme a Tabela 1:

Tabela 1. Área de formação dos profissionais atuantes no serviço de DRC do oeste catarinense. SC, 2016.

Área de formação	Quantidade
Enfermagem	2
Técnico de enfermagem	2
Nutrição	1
Psicologia	1
Medicina	1
Técnico em administração	1
Serviço Social	1

As seguintes categorias foram construídas: “Apoio Familiar” e suas respectivas subcategorias, “Participação” e

“Segurança”; e “Mudança no Comportamento” contendo as subcategorias “Qualidade de Vida” e “Mudança”,

Percebeu-se que os profissionais acreditam que o apoio familiar é essencial e contribui significativamente no processo:

- *“Muito importante, promove conforto emocional do paciente, auxilia na aderência aos cuidados e uso de medicamentos (2v)”*.

- *“A família é de extrema importância durante esse processo, o paciente se sente mais seguro [...] São muitas informações e novas rotinas para o paciente (6v)”*

Vale destacar a fala de um membro da equipe afirmando que a família quando presente pode amenizar desconfortos emocionais, e relata que o transplante exige muita atenção principalmente com as medicações que o transplantado faz uso:

- *“[...] A família presente é capaz de amenizar o sofrimento emocional que o processo do adoecer causa. O transplante melhora a qualidade de vida, mas continua sendo um tratamento que exige muito mais atenção principalmente relacionado aos medicamentos (7v).”*

Ter uma equipe nos serviços de saúde disposta a realizar os cuidados necessários e passar as informações para os pacientes e familiares é significativo para o tratamento, como descrito na fala de um membro da equipe. Logo após a realização do transplante o paciente sofre com as mudanças, mas com o passar do tempo vão se acostumando com a nova rotina:

- *“No início percebo que logo após a alta hospitalar eles tem um “baque” devido aos cuidados gerais e principalmente com os medicamentos, mas com o passar dos dias eles começam a entender melhor e aí vem a parte “boa”, curtir o transplante uma vida “nova”(3a)*

A insegurança, ansiedade, mudanças comportamentais aparecem de forma marcante pela equipe, mas após um determinado tempo a qualidade de vida vai melhorando, os hábitos alimentares mudam e o sentimento de satisfação vem a tona, pois podem desenvolver suas atividades diárias que antes não eram permitidas:

- *“No início o paciente apresenta-se mais inseguro, ansioso e com muitas dúvidas, após a qualidade de vida melhora muito, se sentem mais livres, os hábitos alimentares mudam, humor, ficam mais felizes”(5a).*

- *“A mudança comportamental a auto estima que é influenciada pela melhora do quadro urêmico e a chance de ficar fora do tratamento da Hemodiálise.(6a)”*

É perceptível por parte da equipe a vivência de um período de transição do paciente com DRC no processo de transplante e pós-transplante, e dos seus familiares,

decorrente da necessidade de adaptarem-se a novas situações as quais forçam mudanças na rotina, e reorganização.

DISCUSSÃO

Respondendo as questões dos pacientes transplantados

Em Chapecó- SC, se obteve até 18 de janeiro de 2016 um total de 249 transplantes, sendo que 63 foram de doadores vivos e 186 de doadores cadáveres, dados disponibilizados pela Clínica renal do Oeste.

Considerando o segundo questionamento, abordou-se a importância do uso da medicação imunossupressora por toda a vida. É ela que ajudará a “confundir” o sistema imunológico para que este não rejeite o órgão transplantado. Nos primeiros dias após o transplante as doses são maiores, com o passar do tempo são diminuídas⁷.

A rejeição pode ser classificada em três formas: rejeição hiperaguda que ocorre nas primeiras 24 horas pós transplante, ou até mesmo durante a cirurgia, quando o receptor apresenta anticorpos dirigidos contra o rim transplantado antes mesmo do transplante, causando a perda rápida e irreversível do órgão. Rejeição aguda é quando ocorre a partir do 3º dia pós transplante, a qualquer momento no curso mais comum nos três primeiros meses, sendo esta o tipo mais comum de rejeição precoce, e a única para a qual existe tratamento efetivo⁷.

A rejeição crônica ocorre ao longo da evolução do transplante, levando à perda funcional lenta e progressiva do rim transplantado, sendo a presença de proteínas na urina um indicador, seguida por aumento da creatinina do sangue. Há maior chance de ocorrer nos transplantes feitos a partir de doadores cadáveres, de doadores vivos não relacionados e em pacientes que apresentam episódios de rejeição aguda⁷.

Seguindo a devolutiva da segunda questão foram expostos aos participantes os tipos de rejeição conforme Castro ⁷, em seu manual de Transplante Renal, além dos possíveis sintomas importantes para identificar uma provável rejeição (Tabela 2).

Tabela 2. Possíveis sintomas de rejeição de transplante renal de acordo com as recomendações da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO).

Sinais flogísticos no local da cirurgia
- Temperatura > 37,5 °C
- Diminuição da quantidade de diurese
- Ganho de peso em período curto de tempo
- Edema de pálpebras, mãos e pés
- Disúria
- Urina sanguinolenta
- Aumento na pressão sanguínea com a mínima maior que 100 mmHg
- Tosse ou dispneia
- Perda da sensação de bem-estar

Foram reforçadas a importância das informações que condizem com alimentação, no sentido de evitar a elevação dos níveis de creatinina. Mesmo após o transplante existem restrições na ingestão alimentar, porém estas são menos rigorosas do que as indicadas para pacientes em hemodiálise. A dieta é exclusiva a cada paciente, definida conforme os medicamentos utilizados e resultados de exames, por meio do acompanhamento médico.⁷

Em relação ao terceiro questionamento dos transplantados participantes, enfatizou-se o disposto na Lei n. 9.434⁸, de 4 de fevereiro de 1997, em seu capítulo II Art. 3º, sobre o sigilo do processo de doação de um órgão (no caso, de um rim, o qual pode prover de doador vivo ou cadáver). A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinado a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina⁸, de acordo com a Lei n. 9.434⁸.

Já em caso de doador vivo a lei dispõe em seu capítulo III Art. 9º⁸ sobre a permissão à pessoa juridicamente capaz, dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, e só será permitida a doação quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o

organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental.

O ato de doar é visto pelos pacientes como nobre, pois o doador irá passar por ato cirúrgico, mudanças corporais, dor, entre outras⁹. O transplante favorece a qualidade de vida do receptor bem como as relações familiares/amizades. Porém, fatores que envolvem a doação de órgãos, recepção, são envoltos de aspectos burocráticos, levando muitas vezes a alterações emocionais, principalmente se os resultados alcançados divergirem dos almejados¹⁰.

Neste sentido, além da Lei amparar tanto doador vivo quanto cadáver, ela também dá suporte as famílias doadoras em caso de morte encefálica, mantendo o sigilo do doador conforme diz no decreto nº 2.268¹¹, de 30 de junho de 1997 em seu capítulo II Art. 8º item 4, segundo o qual os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso, no pedido de autorização, de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do poder público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observada, quanto a estes, a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina. Portanto quem recebeu o órgão de um doador cadáver não poderá saber quem foi o doador e nem quem foi a família doadora.

O estudo está diretamente relacionado ao atendimento eficaz ao paciente submetido

ao processo de transplante renal envolvendo a família e a equipe de saúde. Um limitador refere-se à falta de estudos desempenhados com pacientes pós-transplante renal, desenvolvendo atividades para facilitar a comunicação entre paciente, familiar e equipe, além de buscar entender as reais necessidades e o compartilhamento de experiências.

Os resultados evidenciaram que a caixinha do transplantado renal aplicada como fonte de informação foi relevante, pois além de mostrar o quanto foram importantes as rodas de conversa, ainda levou ao surgimento de alguns questionamentos quanto ao processo, e isso constrói uma base para que suas experiências não sejam um processo doloroso, mas sim gratificante.

Do mesmo modo que a caixinha do transplantado renal trouxe informações importantes, o questionário aplicado para a equipe apontou o quão significativa é a participação da família neste processo que se inicia quando ocorre o descobrimento da doença renal até o período que condiz o pós-transplante, sob a ótica da equipe de saúde envolvida no ciclo.

É comum que os pacientes com diagnóstico de alguma doença crônica se sintam atemorizados ou desencorajados quando pensam no futuro³, podem até se sentirem deprimidos. Esses sentimentos são normais e fazem parte do processo de aceitação da doença e do tratamento. Conhecer a doença, aceitá-la e aprender a lidar com ela só lhe fará bem e facilitará o seu tratamento⁷.

De fato, o diagnóstico traz instabilidade familiar e certeza das perdas sucessivas de independência, autocontrole e limitações, gerando medos e sensações semelhantes aos do luto. Sentimentos de ansiedade, tristeza e irritação são permeados pela sensação de choque agravada pelo medo da morte. Estes fatores são indicadores da importância de valorizar a família como unidade de cuidado em todo processo⁶.

Com a realização do transplante o receptor necessita assumir a responsabilidade pelo autocuidado e o resgate da autonomia, ao tempo que os familiares

reassumem a liberdade para cuidarem das próprias necessidades físicas e emocionais, negligenciadas pelo longo tempo envolvido no tratamento. Esses fatos podem estar relacionados ao modo como cada família constrói suas crenças, seus valores sobre o cuidado pós-transplante¹².

O transplante, as constantes mudanças, a não aceitação no início pode ser um grande impasse para que o paciente não faça o tratamento adequado, mas com o apoio da família o tratamento se torna mais fácil. A magnitude do problema dos pacientes renais crônicos e a importância atribuída a esse tipo de transplante são de grande significância para ele, para sua família e, também, para a sociedade⁶.

A rotina de medicamentos, exames, acompanhamento, desgasta e requer apoio¹⁰. No decorrer da DRC são comuns perdas da autonomia e alterações de humor, nem sempre a família é participante e apoiadora neste processo o que diverge do que foi exposto pela equipe.

O modo como cada família desenvolve o cuidado está relacionado também a presença da transmissão de valores e de crenças familiares, a proteção e valorização da vida diante das mudanças ocasionadas pela doença¹².

Após o transplante alguns cuidados são necessários: os pacientes precisam estar cientes dos enormes riscos de perda do transplante e das possíveis complicações, decorrentes do uso insuficiente, inadequado ou não supervisionado dos medicamentos imunossupressores, mesmo após muitos anos de transplante. Por causa desses riscos são realizados exames e consultas ao longo de toda a vida⁷.

O entendimento do transplante demanda continuidade no tratamento e o contexto familiar se configura como fonte primária no cuidado, reforçando a necessidade de sua inclusão nas estratégias de tratamento visando à saúde física e emocional de seus integrantes¹².

Um estudo¹⁰ mostrou que a aproximação daqueles que por diversas razões mantinham-se distantes permite o reconhecimento, valorização e esforço de

familiares diretamente envolvidos nos transplantes modificando o significado de “ser família”.

Após o transplante, apesar das recomendações e exigências médicas, o transplantado pode levar uma vida normal. A cada mês que passa, diminuem as restrições e os cuidados são menores, possibilitando um convívio social pleno e saudável⁷. Ao longo do tempo podem retomar atividades impossibilitadas pelo agravamento da doença, recuperarem qualidade de vida, estando bem consigo mesmos, com a vida, terem hábitos saudáveis, cuidados com o corpo e mente conviver bem com seus familiares, amigos e, terem equilíbrio⁷.

CONCLUSÃO

É positivo a família como apoiadora principal do paciente com DRC. Isto pois, o mesmo passa por um período difícil o que requer paciência tanto da família quanto da equipe de saúde, alguns pacientes no momento em que recebem a notícia não querem acreditar e acabam não aderindo ao tratamento.

Os dados demonstraram que apesar dos pacientes terem um conhecimento sobre o assunto, ainda têm dúvidas, e que estas podem ser sanadas quando se promove ações como as rodas de conversas para discutir sobre o assunto, assim como pelo envolvimento da equipe para participar de forma mais presente neste processo, priorizando a participação familiar.

REFERÊNCIAS

- Zanesco C, Giachini E, Abrahão CAF, Silva DTR. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF. *Rev Saúde.com*. [Internet]. 2017 [citado em: 06 jul 2017]; 13(1). DOI: 10.22481/rsc.v13i1.397
- Souza DA, Souza Junior ED, Silva JS, Lapa PS, Boery EN, Boery RNSO. Diálise peritoneal e qualidade de vida. *Rev Saúde Desenvolv*. 2017 [citado em: 06 jul 2017]; 11(6):230-41. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/592/372>

- Souza Júnior EV, Silva YS, Silva SR, Bomfim ES, Oliveira BG, Boery EN, et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante renal. *Rev Saúde Desenvolv*. 2017 [citado em: 06 jul 2017]; 11(7):122-30. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/672/397>
- Ministério Da Saúde (Br). Doença renal crônica atinge 10% da população mundial [Internet]. Brasília, DF: Portal Brasil; 2015 [citado em: 06 jul 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial/dialise/view>
- Silva VTBL, Cavalcante LFD, Oliveira JGR, Ferreira RC, Silva Júnior GB, Brasil CCP. História de vida do paciente renal crônico: a realidade pós-transplante. In: Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa em Saúde [Internet]; 12-14 jul 2016. Porto, Portugal; 2016 [citado em: 02 jul 2016]. p. 410-9. (Investigação Qualitativa em Saúde; vol 2) Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/778/765>
- Cruz MRF, Salimena AMO, Souza IEO, Melo MCSC. O cotidiano da pessoa à espera do transplante renal. *Rev RENE*. 2016 [citado em: 06 jul 2017]; 17(2):250-9. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3011>
- Bergold H. Manual de transplante renal: período pós-transplante [Internet]. Revisão: Castro MCR. São Paulo: Grupo Lopso de Comunicação; [200-] [citado em: 20 jul 2016]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_transplante_pos.pdf
- Presidência da República (Brasil). Lei n 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 5 fev 1997 [citado em: 20 jul 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm
- Camargo VP, Quintana AM, Weissheimer TKS, Junges N, Martins BMC. Transplante

renal: um caminho para a vida ou um passo para a morte? Rev Contexto Saúde [Internet]. 2011 [citado em: 20 jul 2016]; 11 (20):515-24. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1572>

10. Cruz MGS, Daspett C, Roza BA, Ohara CVS, Horta ALM. Vivência da família no processo de transplante de rim de doador vivo. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2015 [citado em: 02 jul 2016]; 28(3):275-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0275.pdf>

11. Presidência da República (Brasil). Decreto n 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a 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, e dá outras providências [Internet]. Centro de Documentação e Informação. D.O.U., Brasília, DF, 1º fev 1997 [citado em: 02 jul 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decret/1997/D2268impressao.htm

12. Faltynnek P. Religiosity and its relationship to organ donation acceptability. Western Undergraduate Psychology Journal [Internet].

2014 [citado em: 20 jul 2016]; 1(1). Disponível em: <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=wupj>

13. Cangro C. Kidney transplantation. New York: Springer. Psychosocial issues in renal transplantation. 2014; p. 173-181.

CONTRIBUIÇÕES

Greici Daiani Berlezi e Camila Zanesco participaram na coleta de dados, revisão de literatura, redação e, revisão final. **Maiara Vanusa Guedes Ribeiro** atuou na coleta de dados, delineamento, análise e interpretação dos dados e, revisão final. **Alessandra de Paula** contribuiu na coleta de dados. **Débora Tavares de Resende e Silva** fez a orientação do projeto e revisão crítica final do artigo.

Como citar este artigo (Vancouver)

Berlezi GD, Zanesco C, Ribeiro MVG, Paula A, Silva DTR. Apoio familiar no processo de transplante renal. REFACS [Internet]. 2018 [citado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(3):424-431. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

BERLEZI, G. D. et al. Apoio familiar no processo de transplante renal. REFACS, Uberaba, MG, v. 6, n. 3, p. 424-431, 2018. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Berlezi, G. D., Zanesco, C., Ribeiro, M. V. G., Paula, A. & Silva, D. T. R (2018). Apoio familiar no processo de transplante renal. REFACS, 6(3), 424-431. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.