

COMPREENSÃO DOS PACIENTES TRANSPLANTADOS CARDÍACOS SOBRE O PROCESSO DE REJEIÇÃO DO ENXERTO

Palavras-Chave: TRANSPLANTE DE CORAÇÃO, REJEIÇÃO DE ENXERTO, CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Autores:

BRUNO ETELBERTO PAULO CABRAL, FENF – UNICAMP

NATHALIA MALAMAN GALHARD, FENF – UNICAMP

Prof^a. Dr^a. RAFAELA BATISTA DOS SANTOS PEDROSA (orientadora), FENF – UNICAMP

INTRODUÇÃO:

Desde que o transplante cardíaco (TxC) se tornou a alternativa definitiva para tratamento da insuficiência cardíaca, esse processo mobiliza centenas de profissionais de saúde em diferentes níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), de tal forma que o coração é o 3º órgão mais transplantado no Brasil e, em 2022, 359 pacientes foram submetidos ao procedimento cirúrgico para implante⁽¹⁾.

Dentre todas as complicações pós-operatórias mais prevalentes, a rejeição do enxerto cardíaco é caracterizada como a resposta imune do receptor aos antígenos presentes nos tecidos do órgão transplantado⁽¹⁰⁾. Esta ação ocorre através de mecanismos imunológicos diversos, isto é, por leucócitos (rejeição celular) ou mediada por anticorpos (rejeição humoral)^(2, 4, 10).

A rejeição é hiperaguda quando acontece em questão de horas após a cirurgia, pois anticorpos já existentes no receptor reagirão imediatamente ao enxerto; é aguda quando acontece durante o primeiro ano de sobrevida, através de ação celular ou humoral. Por último, a rejeição é crônica quando acontece a partir do segundo ano de sobrevida, com ativação de linfócitos T que causarão dano inflamatório e proliferação de células musculares lisas, o que, por sua vez, resulta em oclusão arterial e leva à insuficiência cardíaca^(2, 4). A sobrevida do enxerto cardíaco, portanto, está diretamente relacionada com a possibilidade de rejeição. A literatura enfatiza a biópsia endomiocárdica (BEM) como exame de referência para diagnóstico de rejeição^(2, 4, 15), sendo realizada com maior frequência nos primeiros 6 meses de sobrevida⁽¹¹⁾.

Os sinais de rejeição do enxerto não são característicos, e desta forma, o paciente pode estar assintomático ou apresentar sintomas meramente sugestivos de mal-estar, o que dificulta um diagnóstico precoce⁽²⁾.

Todos esses fatores que dificultam a sobrevivência do enxerto com o passar dos anos não parecem passar despercebidos pelos pacientes transplantados, uma vez que estes, quando entrevistados em estudos acerca do tema, relataram sentir uma quantidade expressiva de ansiedade e falta de controle relacionada ao risco de rejeição do enxerto cardíaco^(13, 14). O tempo desde o transplante e a ocorrência ou não de rejeição no histórico do paciente não influenciaram nos níveis de medo de rejeição. A angústia torna-se um elemento permanente e inalterável nos anos que se seguem ao transplante⁽¹⁴⁾.

No entanto, não há estudos na literatura que busquem compreender o que, exatamente, os pacientes entendem por rejeição. Não há registro sobre o que eles entendem dessa complicação que possa ser um gatilho para que a ansiedade prevaleça apesar de qualquer evolução ou procedimento. Não se sabe se as dificuldades na rejeição tardia, já aqui mencionadas, são de ciência do usuário, nem se seu conhecimento vem de profissionais de saúde, ou de fontes sem embasamento científico.

Desta forma, este estudo tem como objetivo principal explorar a compreensão dos pacientes transplantados cardíacos sobre o processo de rejeição do enxerto e dos efeitos deste no organismo e, como objetivo específico, investigar as fontes de onde essas informações se originaram.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, de natureza aplicada e exploratória⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu em um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário de grande porte no interior de São Paulo, SP.

Esta pesquisa segue em fase de coleta de dados e os dados apresentados neste resumo são parciais. Participaram até o momento, 09 pacientes de ambos os gêneros, com idade superior a 18 anos em pós-operatório de TxC, que estão em acompanhamento ambulatorial no referido serviço. Foram incluídos pacientes com história de rejeição crônica com capacidade de comunicação verbal efetiva e excluídos os pacientes submetidos ao TxC com tempo inferior a 3 meses e os que apresentarem história de internação recente.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas disparadoras sobre o tema da pesquisa, sendo o participante convidado a respondê-las livremente, conforme achar adequado.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo no dia em que compareceram para consultas de enfermagem no ambulatório, sendo entrevistados presencialmente. As entrevistas estão ocorrendo conforme o critério de saturação de dados, conforme procedimentos que constatem que novos entrevistados não fornecem mais novas informações com suas respostas⁽¹¹⁾.

A entrevista se iniciou com a caracterização sociodemográfica e após, o entrevistador realizou as seguintes perguntas norteadoras:

- “Como você definiria a rejeição do coração transplantado?”
- “Quais sinais e sintomas você acredita que indicam uma rejeição do coração transplantado?”

- “Quais profissionais, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, etc., te informaram sobre a rejeição do coração e o que eles disseram?”
- “Por quais outras pessoas ou lugares você se informou sobre rejeição do coração?”.

As entrevistas foram gravadas por um aplicativo e, posteriormente, transcritas de forma integral no *Microsoft Word*, registrando, também, momentos de pausa e hesitação do entrevistado⁽¹⁶⁾. As respostas ao instrumento de caracterização sociodemográfica foram organizadas no *Microsoft Excel*.

Para o referencial teórico da pesquisa, adotou-se a teoria das transições de Meleis ⁽¹²⁾. Esta teoria pressupõe que o paciente passa por um momento de mudança e adentra em uma nova fase, e o enfermeiro tem a responsabilidade de auxiliá-lo a incorporar novos conhecimentos e adotar hábitos saudáveis, diante de sua nova condição de vida. A teoria estabelece que o indivíduo deve ter *consciência* da transição em que se encontra, bem como apresentar *engajamento* no processo, para que ele seja bem-sucedido. O enfermeiro deve ser capaz de identificar os *padrões de resposta* à transição, isto é, se o indivíduo segue ligado à sua rede interpessoal, acessa os serviços de saúde, realiza autocuidado, e as *condições* que cercam o paciente nos níveis socioeconômicos, psicológicos, familiares e comunitários. Com esses conceitos em mente, o enfermeiro pode aplicar um *cuidado transicional*, realizando intervenções e contribuindo para que o paciente tenha um cuidado eficaz em sua nova condição de saúde^(12, 13).

Após a transcrição, o material será analisado pelo método de Análise de Conteúdo, composto por três fases: 1. Pré-exploração, com leitura flutuante buscando assimilar as informações; 2. Seleção das unidades de análise, a partir do reconhecimento de assuntos em comum nas entrevistas; 3. Categorização e subcategorização de temas, visando responder aos objetivos de pesquisa⁽¹⁴⁾.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado, conforme o parecer consubstanciado (CAAE: 72002123.1.0000.5404) e todos os participantes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS PARCIAIS E DISCUSSÃO:

Até o momento, participaram do estudo 9 pessoas. Os participantes residiam todos em municípios do estado de São Paulo, tinham majoritariamente entre 50 e 60 anos, aposentados, com Ensino Médio completo. Além disso, a autodeclaração raça-cor negra (pretos e pardos) foi a mais frequente, seguido da autodeclaração raça-cor branca.

As entrevistas realizadas até o momento permitiram a construção de três categorias iniciais:

Compreendendo a definição de rejeição

Dentre os entrevistados, 8 participantes explicaram o que entendiam por “rejeição do coração”. As definições se concentraram na ideia de “não-aceitação” do organismo ao coração transplantado e de

Sexo	masculino	n=5 (56%)
	feminino	n= 4 (44%)
Idade	entre 40 e 50 anos	n = 1 (11%)
	entre 50 e 60 anos	n = 5 (56%)
	entre 60 e 70 anos	n = 3 (33%)
Autodeclaração raça-cor	preta	n = 3 (33%)
	branca	n = 4 (44%)
	parda	n = 2 (23%)
Residência atual	estado de São Paulo	n = 9 (100%)
Profissão	trabalha	n = 3 (33%)
	desempregado	n = 2 (23%)
	aposentado	n = 4 (44%)
Escolaridade	ensino fundamental incompleto	n = 1 (11%)
	ensino médio completo	n = 5 (56%)
	ensino médio incompleto	n = 1 (11%)
	ensino superior completo	n = 2 (22%)

Tabela 1: caracterização sociodemográfica dos entrevistados

ações do organismo para removê-lo do receptor. Um entrevistado não soube explicar o que seria a rejeição do coração.

“O organismo sempre tende a expulsar coisas, é, alheias, desde um espinho, uma coisa (...) sempre vai fazer um esforço para tirar isso do organismo, ele entende como um invasor... e o coração, o órgão transplantado, é a mesma coisa, não é entendido pelo organismo como normal e o organismo vai fazer força para tirar esse órgão por entender que ele é anormal”. (E2)

“Rejeição seria, pra mim, que o coração não está sendo aceito pelo organismo. Então uma rejeição de corpos, um não aceita o outro, seria isso, basicamente”. (E8)

“A rejeição, pra mim, é quando o corpo não tá querendo aceitar e então ele não vai ficar na sua funcionalidade, né, na sua funcionalidade que é devida”. (E9)

Quando perguntados se conheciam sobre os sinais e sintomas que indicavam rejeição, três participantes mencionaram sinais e sintomas tipicamente relacionados às alterações do sistema cardiovascular, enquanto os demais reconheceram não saber identificar os sinais e sintomas.

“Tem pessoas que têm febre, mal-estar, cansaço, é, acho que sonolência, né, falta de ar, inchaço”. (E5)

“Tem... com certeza tem, mas eu ainda não aprendi a identificar, tendeu? Mas tem”. (E8)

Experienciando a ausência de sintomas da rejeição

Quando perguntados sobre os sinais e sintomas, todos os entrevistados resgataram suas experiências com a biópsia endomiocárdica (BEM). Suas falas demonstraram a importância da BEM para a identificação da rejeição do coração e do comparecimento para o exame de acordo com a frequência recomendada pela Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco⁽³⁾.

“Olha, pra mim explicar, pra falar a verdade eu não sentia dor quando eu fiquei com rejeição, eu fiz o exame e aí o resultado, [o médico] chamou aqui pra poder tomar medicação, que tinha dado rejeição. Eu tava bem, não tinha como eu passar pra pessoa, assim, “eu tava com dor aqui” ou “eu tô sentindo algo diferente no meu corpo”, foi uma coisa que foi acusado pelo exame”. (E1)

“Já a primeira vez que eu tive que internar, eu acho que eu senti sim mal-estar mas não tive febre, nada. Essa segunda, absolutamente nada, nenhum sintoma, foi resultado da biópsia mesmo”. (E6)

Apoiando-se na equipe multiprofissional para obter informações

Sete participantes mencionaram médicos e enfermeiros como os profissionais que os orientaram sobre a possibilidade de rejeição. Isso evidencia o papel da equipe multiprofissional para transmitir informações aos pacientes.

“Quando eu tenho essa dúvida aí vou estar em consulta, eu pergunto. Os médicos já, eles explica. Enfermeiro também, a gente conversa bastante”. (E9)

Quando perguntados sobre outras possíveis fontes de informação, os entrevistados referiam não confiar em outras fontes, confiando nos profissionais de saúde para obter informações.

“Não, não gosto de pesquisar, sempre costumo ler besteira só, prefiro procurar um médico e tirar minhas dúvidas com ele, não gosto de ficar vendo pesquisa em internet não”. (E2)

CONCLUSÕES PARCIAIS:

Os resultados parciais evidenciam e reforçam a importância do acompanhamento longitudinal do paciente transplantado cardíaco para monitorar a rejeição. Embora a definição de rejeição do coração seja bem conhecida pelos pacientes, suas falas sugerem baixa autonomia na busca por informações sobre o tema.

BIBLIOGRAFIA

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2015-2022). Registro Brasileiro de Transplantes: veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [internet]. São Paulo; 2023 [acesso em fev 2023]. Disponível em: <https://site.abto.org.br/publicacao/xxviii-no4/>
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2 de 05 de janeiro de 2021. Dispõe sobre aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para imunossupressão no Transplante Cardíaco. [Internet]. 2021 Jan 05 [acesso em fev 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizetaria-conjunta-2_2021_pcdt-imunossupressao-no-transplante-cardiaco.pdf
3. Bacal F, Marcondes-Braga FG, Rohde LEP, Xavier Júnior JL, Brito F de S, Moura LAZ, et al.. 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2018 Aug;111(2):230–89.
4. Abbas AK, Lichtman AH and Pober JS. Imunologia celular e molecular. 9. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2019.
5. Sousa AFL, Bim LL, Hermann PRS, Fronteira I, Andrade D. Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2020;73(5).
6. Silva EA da, Carvalho DV. Transplante cardíaco: complicações apresentadas por pacientes durante a internação. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 Oct;16(4):674–81.
7. McCartney SL, Patel C, Del Rio JM. Long-term outcomes and management of the heart transplant recipient. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2017Jun;31(2):237-248.
8. Calia R, Lai C, Aceto P, Luciani M, Saraceni C, Avolio AW, Agnes S. Psychological risk factors for graft rejection among liver transplant recipients. Transplant Proc. 2011 Mai;43(4):1123-7.
9. Nilsson M, Forsberg A, Bäckman L, Lennerling A, Persson LO. The perceived threat of the risk for graft rejection and health-related quality of life among organ transplant recipients. J Clin Nurs. 2011 Jan;20(1-2):274-82.
10. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev. lat.-am. enferm. 2006 out;14(5):812-20.
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011Feb;27(2):388–94.
12. Costa LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Enfermagem Brasil [Internet]. 2016;15(3):137-145.
13. Zagonel IPS. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Rev.latino am.enfermagem. 1999;12(7): 25-32.
14. Campos CJG. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2004 set/out;57(5):611-4.8.