

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES QUE AGUARDAM POR TRANSPLANTE RENAL EM TERESINA

CHARACTERISTICS OF PATIENTS A WAITING FOR KIDNEY TRANSPLANTATION IN TERESINA

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EN ESPERA DE TRASPLANTE RENAL EN TERESINA

Danielle Souza Moura¹, Iara Beatriz Andrade de Souza²,
Adélia Dalva da Silva Oliveira³.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transplante é atualmente considerado a melhor opção para o tratamento dos doentes renais, porém, com o progressivo aumento da doença renal crônica tem-se uma extensa lista de pacientes à espera de um rim para transplante. **OBJETIVO:** Caracterizar os doentes renais que aguardam por transplante de rim em lista de espera em Teresina e identificar a etiologia da doença renal. **METODOLOGIA:** Pesquisa de campo, descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. Realizada na central de captação e distribuição de órgãos do Piauí. A amostra foi constituída por 202 fichas escolhidas por meio de uma

amostragem casual simples que permitiu uma margem de erro de 5%, para mais ou para menos e nível de confiança de 95%. Utilizou-se para coleta de dados um formulário estruturado que foram processados no Excel

2007.RESULTADOS/CONCLUSÃO:

Da amostra coletada 133 (65,84%) eram do sexo masculino; 58 (28,71%) tinham entre 51 a 60 anos; 66 (32,67%) estavam há mais de 10 anos em lista de espera; 62 (30,69%) apresentaram a glomerulonefrite como etiologia da doença renal. Com isso, os dados apresentados revelam o perfil dos doentes renais em lista de espera por transplante em nosso meio e sugere que sejam realizadas estratégias de divulgação sobre a temática.

DESCRITORES: Enfermagem.

Insuficiência Renal. Transplante Renal.

¹ Enfermeira, residente da UESPI.

Email: danymourathe@hotmail.com

² Enfermeira, especialista em urgência e emergência.

Email: iara_bya@hotmail.com

³ . Enfermeira, coordenadora do curso de enfermagem da UNINOVAFAPI. Email: oliveiracairo@ig.com.br

ABSTRACT

INTRODUCTION: The transplantation is currently considered the best option for the treatment of kidney patients, but with the increasing number of chronic kidney disease has a long list of patients waiting for a kidney transplant.

OBJECTIVE: To characterize renal patients waiting for a kidney transplant waiting list in Teresina and identify the etiology of renal disease.

METHODOLOGY: Field research, descriptive, exploratory and quantitative approach. Held in central of catchment and distribution of organs of Piauí. The sample consisted of 202 records chosen by a simple random sampling which allowed a margin of error of 5%, more or less, on a confidence level of 95%. Was used for data collection, a structured form that were processed in Excel 2007.

RESULTS / CONCLUSION: From a total sample, 133 (65.84%) were male; 58 (28.71%) were between 51-60 years; 66 (32.67%) were more than 10 years on the waiting list; 62 (30.69%) had glomerulonephritis as a cause of renal disease. Thus, the data presented show the profile of kidney patients on the waiting list for transplantation in our country and suggests that dissemination strategies are carried out on the subject.

KEY WORDS: Nursing. Renal Failure. Renal Transplantation

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El trasplante es actualmente considerada como la mejor opción para el tratamiento de los pacientes renales, pero con el número creciente de la enfermedad renal crónica tiene una larga lista de pacientes que esperan un trasplante de riñón.

META: Caracterizar los pacientes renales en espera de una lista de espera de trasplante renal en Teresina e identificar la etiología de la enfermedad renal.

METODOLOGIA: investigación de campo, enfoque descriptivo, exploratorio y cuantitativo. Celebrada en la central de captación y distribución de los órganos del Piauí. La muestra consistió en 202 registros seleccionados por un muestreo aleatorio simple. Fue utilizado para la recolección de datos, un formulario estructurado que se procesaron en Excel 2007.

RESULTADOS/CONCLUSIONES: La muestra recogida 133 (65,84 %) eran hombres; 58 (28,71 %) tenían entre 51 a 60 años; 66 (32,67 %) tenían más de 10 años en lista de espera; 62 (30,69 %) tenían glomerulonefritis como una causa de la enfermedad renal. Por lo tanto, los datos presentados muestran el perfil de los pacientes renales en lista de

espera para el trasplante en nuestro medio.

DESCRIPTORES: Enfermería.
Insuficiencia renal. Trasplante Renal.

INTRODUÇÃO

Os rins possuem várias funções, entre elas estão: eliminar as impurezas do sangue, controlar a pressão arterial, produzir hormônios, participar na produção e manutenção dos ossos e estimular a produção de glóbulos vermelhos. Eles são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, a diminuição progressiva da função renal implica em comprometimento de, essencialmente, todos os outros órgãos⁽¹⁾.

A perda grave da função renal, seja ela aguda ou crônica, representa ameaça à vida e exige a remoção dos produtos tóxicos de degradação do metabolismo e a restauração do volume e da composição dos líquidos corporais aos seus valores normais. Nessa condição, o organismo passa a depender de ajuda externa para substituir o trabalho dos rins⁽²⁾.

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Nefrologia referendou a definição de doença renal crônica (DRC) proposta pela *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu

documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI) como sendo causada pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. A partir desta nova abordagem, ficou evidente que a DRC é muito mais frequente do que até então se considerava e sua evolução clínica está associada a taxas altas de morbimortalidade⁽¹⁾.

A DRC atinge praticamente todos os sistemas do organismo, causando alterações neurológicas, gastrintestinais, cardiovasculares, pulmonares, hematológicas, endócrino-metabólicas e dermatológicas, estas últimas podendo ocorrer graças à própria condição renal e às complicações inerentes ao seu tratamento, levando à xerose, prurido, hiperpigmentação, calcinose, doenças bolhosas (pseudoporfiria), dermatoses perfurantes, além do acometimento das unhas⁽³⁾.

Diabetes mellitus e hipertensão arterial figuram entre as principais causas que levam os pacientes à DRC e, consecutivamente, à diálise, além de outras doenças como: lúpus eritematoso sistêmico, amiloidose, glomerulonefrites crônicas e doenças hereditárias (rins policísticos)⁽³⁾.

A hipertensão é condição prevalente na doença renal crônica, e ambas são coadjuvantes em uma relação de causa e efeito, e sinérgicas em relação ao risco cardiorenal. O controle da hipertensão, embora aquém do desejado nessas populações, assim como a redução da proteinúria e da ativação sistema renina-angiotensina-aldosterona, mostram-se fundamentais quando se visa à proteção tanto cardiovascular como renal no paciente nefropata. A hipertensão é também prevalente e relevante nas populações de pacientes submetidos a transplante e a diálise, e seu controle prover proteção ao enxerto renal e diminuição de eventos cardiovasculares nessas populações⁽⁴⁾.

O portador da doença renal crônica possui duas alternativas de tratamento, a diálise ou o transplante. A diálise é o procedimento mais utilizado, porém uma das modalidades de tratamento e reabilitação mais recomendada para portadores com doença renal crônica é o transplante, pois oferece melhor qualidade de vida, uma possível redução do risco de mortalidade e, dependendo das características do paciente, menor custo que a diálise⁽⁵⁾.

Outro fator que tem contribuído substancialmente para que o transplante

renal seja considerado a melhor opção para o portador de DRC é o avanço tecnológico no que diz respeito à terapia de imunossupressão. O principal objetivo dessa terapia é aumentar a sobrevida do enxerto, evitando as rejeições agudas e crônicas do órgão transplantado⁽⁶⁾.

A diálise serve de terapia de suporte na fase inicial do tratamento e preparo para o transplante, podendo ser ainda posteriormente utilizada em caso de rejeição aguda ou crônica do órgão transplantado. A Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que 87.044 pacientes estejam realizando tratamento dialítico no país em metade das unidades cadastradas e ativas. Só na região Nordeste existe 121 unidades ativas com 7.948 pacientes⁽²⁾.

Transplante é a remoção ou isolamento parcial de uma parte do corpo e seu implante no corpo da mesma pessoa ou de outra. É um procedimento terapêutico bem estabelecido e que apresenta progressos quanto a seus resultados, em decorrência do aprimoramento da técnica cirúrgica, de novos medicamentos imunossupressores, de métodos mais eficazes de conservação de órgãos e da melhor compreensão e controle de fenômenos imunológicos⁽⁷⁾.

Atualmente, o doador do enxerto renal pode ser de três tipos: vivo - relacionado (parente), vivo não-relacionado (esposo, cunhado, amigo, etc.) e cadáver. As vantagens do transplante realizado com doador vivo são: um menor tempo para a realização do transplante renal, morbidade diminuída por parte do receptor e a melhor sobrevida do enxerto renal. As desvantagens referem-se ao risco para o doador, uma vez que este se encontra saudável, sem nenhum agravo, e o aspecto emocional da doação⁽⁸⁾.

Para a realização do transplante são definidos critérios que incluem avaliações médica, cirúrgica e psicossocial do paciente, com a realização de exames e a verificação da compatibilidade com o possível doador em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA)⁽⁵⁾.

O transplante só é realizado quando o receptor estiver inscrito na Lista Única de Espera para a recepção do órgão, após aconselhamento sobre os benefícios e os riscos do procedimento e com devida autorização do receptor. As Listas Únicas de Espera são formadas para cada tipo de órgão ou tecido, estabelecendo-se critérios mínimos para seleção de pacientes. De acordo com os critérios nacionais para seleção de receptores de órgãos, o aspecto

cronológico da fila de espera deve ser prioritário, seguido pela gravidade do estado de saúde do paciente. No entanto, há exceções, que são caracterizadas como urgência, igualando os direitos dos receptores, independente de classe socioeconômica e cultural⁽⁹⁾.

As contra-indicações absolutas e relativas que não permitem a indicação do paciente como candidato potencial para o transplante renal são: infecção ativa, prognóstico de sobrevida baixo, problemas psiquiátricos graves, psicose pobremente controlada, dependentes químicos, doença coronariana, hepatite ativa, úlcera péptica ativa, doença cérebro-vascular e possível não adesão do paciente ao tratamento⁽⁵⁾.

A Enfermagem precisa ser capaz de suprir as necessidades básicas de um transplante, considerando o grau de complexidade que este envolve, precisando ser muito bem treinada, capacitada e atualizada, acompanhando a evolução tecnológica e científica⁽⁷⁾.

Em consonância com as necessidades de saúde, foi aprovada, em 2004, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, na qual se direcionam ações específicas em favor do transplante. Entretanto, apesar dos esforços, das ações do Ministério da Saúde, em dezembro de 2006, havia

cerca de 32 mil pacientes na lista de espera para realizar transplante renal⁽⁶⁾.

O transplante e a doação de órgãos humanos são temas polêmicos que têm despertado interesse e discussões em várias comunidades. A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista sobre tráfico de órgãos, a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população e o incentivo à captação de órgãos, contribuem para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos. Talvez, por essas razões, haja número insuficiente de doadores e grande perda de potenciais doadores, prolongando o sofrimento de pacientes que dependem da doação de órgãos, condenando-os a permanecer numa interminável fila de espera⁽⁴⁾.

No Brasil, a priorização por fila única ocorre sob restrições, o que convém assinalar. É necessário que haja completa compatibilidade clínica entre o órgão doado e o receptor. Os potenciais receptores podem escolher o local de realização do transplante, o que os coloca na dependência de disponibilidade da equipe médica no momento em que o órgão é encontrado. Por lei, todos os hospitais são obrigados a notificar a existência de um potencial doador (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos/ Ministério da

Saúde/Conselho Federal de Medicina), mas isso nem sempre ocorre, por vários motivos. Existe uma série de problemas no processo de doação/extração de órgãos/transplante⁽¹⁰⁾.

Há dificuldade na obtenção de órgãos e tecidos, assim como na estrutura necessária para a realização de procedimentos. Constatou-se, pelo segundo ano consecutivo, diminuição na taxa de doadores efetivos no Brasil. Em 2004, a taxa foi de 7,3 doadores por um milhão de população (pmp), passando para 6,4pmp no ano seguinte e 6,0 em 2006. Uma das maiores reduções foi encontrada nos transplantes cardíacos, pâncreas e rins⁽⁹⁾.

No Brasil, o órgão responsável pela coordenação de transplantes no SUS é o Sistema Nacional de Transplante – SNT, cujo órgão administrativo e gerencial é a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) que surgiram após a política nacional de transplante de órgãos e tecidos ser fundamentada na legislação (Lei 9.434/1997 e Lei 10.211/2001), e através do decreto nº2.268/1997 em que ficou organizado o SNT. A CNCDO conta com o auxílio de 22 Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos estaduais e oito centrais

regionais, cobrindo praticamente todo o território nacional⁽¹⁰⁾.

Segundo a coordenadora da CNCDO-PI, as listas de espera deverão ser organizadas em todas as unidades de saúde do município, independente da origem de procedência do paciente, que poderá ter sido gerado na própria unidade ou vindo de outras unidades. O doente ingressa na lista e se apresenta de três formas diferentes: rotina, prioridade e urgência. De rotina são aqueles encaminhados sem nenhuma referência quanto à gravidade. Deverão seguir rigorosamente a ordem cronológica de entrada na lista de espera da unidade de saúde.

As prioridades são aqueles cuja demora na marcação alterem sobremaneira a conduta a ser seguida, ou cuja demora implique na quebra do acesso a outros procedimentos como a realização da cirurgia. E as urgências são aqueles que não podem, por hipótese alguma, aguardar na lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao paciente.

Os programas de transplantes de órgãos tiveram início no final da década de 1940, em Paris, Londres, Edimburgo e Boston. O primeiro transplante renal documentado ocorreu em 1933 pelo Dr. Voronoy. No entanto, só em 1954, foi

realizado o primeiro transplante renal com sucesso, por Joseph Murray, na cidade de Boston, com gêmeos idênticos. Em 1962, houve o primeiro transplante bem sucedido feito com um doador cadáver. Isto só foi possível devido ao desenvolvimento de novas drogas imunossupressoras⁽⁷⁾.

Em 1968, o Brasil publicou sua primeira legislação para transplantes, a lei 5.479, que regulamenta a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáveres para finalidade terapêutica e científica. Essa lei sofreu algumas alterações, sendo promulgada, em 1997, a lei 9.434, que com a 10.211/01 e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.480/97, estabelece as diretrizes para a política nacional de doação e transplante de órgãos e tecidos até a atualidade⁽¹¹⁾.

O Ministério da Saúde implementou novas regras que atingem doações intervivos de doadores não aparentados. Atualmente, esse tipo de procedimento precisa ser autorizado pela Justiça. De acordo com o novo regulamento, o transplante precisará passar pelo crivo de uma comissão de ética formada por funcionários do Hospital onde será realizado o procedimento. Só com a aprovação dessa comissão é que o caso segue para análise judicial⁽¹¹⁾.

O novo regulamento técnico do SNT assegura que doadores que tenham alguma doença transmissível passam a poder doar para pacientes que tenham a mesma enfermidade, pessoas abaixo de 18 anos passaram a ter prioridade para receber órgãos de doadores da mesma faixa etária, todas as crianças e adolescentes passaram a ter direito a se inscrever na lista para um transplante de rim antes de entrar na fase terminal da doença renal crônica e de ter indicação para diálise. O paciente, para continuar na lista esperando um transplante, deve manter sua ficha atualizada, mostrando que está em condições de receber o órgão ou o tecido⁽¹¹⁾.

As experiências adquiridas em estágio voluntário em uma clínica de atendimento público especializada em tratamento para portadores de doença renal fizeram com que se percebesse o elevado número de pacientes em tratamento dialítico, juntamente com os dados encontrados na Central de Notificação Capacitação e Doação de Órgãos (CNCDO) do Piauí, que mostraram um grande número de portadores de doença renal crônica em lista de espera para transplante.

Diante deste contexto, inquietou-nos identificar quais as características dos doentes renais crônicos que aguardam por transplante em Teresina?

Por que adoeceram? Para responder a esses questionamentos, elegemos, como objetivos: caracterizar os portadores de doença renal crônica que aguardam por transplante de rim em lista de espera em Teresina com as seguintes variáveis: faixa etária, sexo e tempo em lista de espera, e identificar a etiologia da doença renal crônica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. É de campo, pois tem como objetivo conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta. É exploratória porque tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. É descritiva, pois permite a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. E como o estudo tem por objetivo caracterizar os pacientes de acordo com algumas variáveis, fazendo uma comparação entre elas, utilizou-se a abordagem quantitativa⁽¹²⁾.

O presente trabalho foi realizado na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de Teresina, Piauí, inaugurada no ano de

2000. É localizada na rua 1º de Maio s/n centro/norte em Teresina, Piauí. É composta por uma equipe multidisciplinar, contendo Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo e demais profissionais da área administrativa que dão suporte aos doadores e receptores.

Para cada paciente encaminhado à lista de espera é preenchida uma ficha de inscrição que contém sua identificação, idade, endereço, estado civil, etiologia da doença renal, tipagem sanguínea, tempo de início da diálise e tempo de ingresso na lista.

As fichas de inscrição são arquivadas de acordo com o local de tratamento dos pacientes, sendo organizadas em ordem alfabética. Atualmente, cada centro de transplante é responsável pela inscrição dos seus pacientes. Em Teresina, existem três centros de transplantes: Hospitais Casamater, Getúlio Vargas e Santa Maria.

Para realizar a pesquisa foi utilizado um universo de 422 fichas de inscrição dos doentes renais crônicos que se encontravam em lista de espera para transplante renal. A amostra foi constituída por 202 fichas escolhidas por meio de uma amostragem casual simples, o que permitiu uma margem de

erro de 5%, para mais ou para menos, em nível de confiança de 95%.

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado e registrados individualmente, sendo estes aplicados, supervisionados e criticados pelas próprias pesquisadoras. A coleta foi realizada nos meses de março e abril de 2011.

Os dados foram revisados, codificados e processados eletronicamente no programa *Excel 2003*. Os resultados foram apresentados em 3 tabelas em números absolutos e percentuais.

Para cumprir com as exigências legais e éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos, esta pesquisa cumpriu as exigências formais contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

Este trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade NOVAFAPI de após autorização da coordenação da CNCDO de Teresina. Foi aprovado, na mesma faculdade, sob o protocolo do nº 452/11.

RESULTADOS

Para apresentação dos resultados da pesquisa, é importante mencionar que não houve perda da população previamente planejada para o estudo, ou seja, foram coletados os dados das 202

fichas calculadas por meio da amostragem finita. Para apresentação dos dados, foram utilizadas 3 tabelas.

Tabela 1- Distribuição dos doentes que se encontram em lista de espera para transplante de acordo com a faixa etária, sexo e tempo em lista. Teresina (PI), 2011.

Variáveis	n	%
Faixa Etária (anos)		
10 a 20	3	1,49
21 a 30	28	13,86
31 a 40	24	11,88
41 a 50	36	17,82
51 a 60	58	28,71
> 60	53	26,24
Sexo		
Masculino	133	65,84
Feminino	69	34,16
Tempo em Lista (anos)		
< 1	2	0,99
1 a 3	28	13,86
4 a 6	64	31,68
7 a 9	42	20,79
≥ 10	66	32,67
Total	202	100

A Tabela 1 foi construída baseando-se no perfil da amostra, onde se observa que das 202 fichas investigadas, 133 (65,84%) eram do sexo masculino e 69 (34,16%) do sexo feminino. Em relação à faixa etária (em anos), a que obteve maior representatividade foi de 51 a 60 com 58 (28,71%) e acima de 60, com 53

(26,24%). No que se refere ao tempo em lista (em anos), acima de 10 aparece na maioria das fichas, sendo representado por 66 (32,67%), seguido por entre 4 e 6, com 64 (31,68%).

A tabela 2 apresenta a distribuição dos doentes renais de acordo com a etiologia da doença.

Tabela 2- Distribuição dos doentes renais que aguardam em lista de espera para transplante de acordo com a etiologia da doença. Teresina (PI), 2011.

Etiologia da DRC	N	%
Glomerulonefrite	62	30,69
Nefrites Interciciais	5	2,48
Diabetes	35	17,33
Doença Arterial Hipertensiva	47	23,27
IRC indeterminada	9	4,46
Outros	38	18,81
GNF + HAS	3	1,49
DIA + HAS	3	1,49
Total	202	100

Neste estudo, as causas mais frequentes foram as glomerulonefrites 62 (30,69%), a hipertensão arterial 47 (23,27%) e a diabetes 35 (17,33%). Esses resultados estão em conformidade com outras pesquisas já realizadas¹⁴, mas em outras pesquisas, a hipertensão

e a diabetes mellitus aparecem como predominantes⁽⁵⁾.

A tabela 3 apresenta a relação da faixa etária com a etiologia da doença renal.

Tabela 3- Relação da faixa etária com a etiologia da doença. Teresina (PI). 2011.

Faixa Etária (anos)	10 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		>60	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Etiologia da DRC												
GNF	2	66,7	20	71,4	17	70,8	15	41,7	8	13,8	1	1,9
Nefrite Intercicial	-	-	1	3,6	1	4,2	-	-	1	1,7	2	3,8
DIA	-	-	1	3,6	-	-	6	16,7	15	25,9	13	24,5
HAS	-	-	-	-	3	12,5	7	19,4	14	24,1	22	41,5
IRC indeterminada	-	-	1	3,6	-	-	4	11,1	4	6,9	-	-
Outros	1	33,3	5	17,9	3	12,5	4	11,1	13	22,4	12	22,6
GNF + HAS	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,4	1	1,9
DIA + HAS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,7	2	3,8
Total	3	100	28	100	24	100	36	100	58	100	53	100

Nesta tabela é evidenciada que glomerulonefrite é predominante na faixa etária de 21 a 30 anos em 20

(71,4%); a hipertensão arterial em maiores de 60 anos em 22 (41,5%) e a diabetes em pessoas com 51 a 60 anos

em 13 (25,9%). Pode-se notar que com o aumento da idade há uma maior ocorrência de hipertensão e diabetes ao passo que os casos de glomerulonefrites diminuem. A variável outros se mantém sempre presente em todas as faixas etárias analisadas, porém não tem uma importância relativa para esta pesquisa, pois não representam uma única patologia e sim um grupo. Na associação entre glomerulonefrite e HAS e DM e HAS só esta presente a partir dos 51 anos. Doenças como nefrite intersticial, HAS e DM se demonstram com importância na faixa etária após os 41 anos, visto que na população estudada se demonstraram ausentes ou em uma quantidade muito pequena.

DISCUSSÃO

Os resultados observados na Tabela 1 demonstram que a maioria dos doentes que aguardam em lista está acima de 51 anos. Esses resultados são corroborados por outros autores quando afirmam que o processo de envelhecimento da população e aumento na longevidade tem refletido no crescimento da prevalência das doenças crônicas renais⁽¹⁵⁾.

Essa realidade é preocupante, pois o aumento da faixa etária aumenta também as comorbidades e o risco

cardiovascular, o que diminui a sobrevivência de um possível enxerto renal, podendo causar recidiva da doença renal crônica e a necessidade de um novo transplante. Isso dificulta a indicação desses pacientes para receber um órgão para transplante⁽¹⁶⁾.

A pesquisa aponta predominância do doente renal do sexo masculino. Os homens, por apresentarem um comportamento diferenciado em relação às mulheres, tornam-se mais vulneráveis a adquirir doenças de bases que possam evoluir para uma DRCT. Hábitos como, alto consumo de bebidas alcoólicas, fumo, sedentarismo, ausência de procura ao serviço de saúde preventivo estão entre os diversos fatores que justificam o alto índice de homens na lista de espera para transplante⁽¹⁷⁾.

Em relação ao tempo em lista, é notória a predominância de doentes que aguardam há mais de seis anos por transplante. Isso se deve ao aumento progressivo dos doentes renais e a pouca demanda de órgãos. Em 2006, o Brasil possuía a maior lista de espera por transplantes do mundo: uma pessoa para cada 3.600. Destas, quase 50% esperavam por um transplante de rim. Dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), de 2006, mostraram que nesse ano foram

transplantados somente 10,3% dos pacientes que aguardavam transplante e, desses transplantes, 55% foram realizados por meio de doadores vivos. Essa situação provoca um crescente aumento da lista de espera⁽⁸⁾.

A indisponibilidade de um doador compatível faz com que esses indivíduos recorram à lista de espera de transplante de doador cadáver. Alguns motivos contribuem para essa realidade, por exemplo, a não doação de órgãos de cadáver que se deve a vários fatores, incluindo: problemas culturais e médico-legais, diagnóstico tardio de morte encefálica, abordagem inadequada do potencial doador, recusa da família em permitir doação, desconhecimento do desejo do potencial doador, religiosidade, e dificuldade de transporte rápido do órgão para o centro transplantador⁽¹⁴⁾.

Para a família, a doação é um processo sofrido, demorado, burocrático, desgastante e cansativo, comprometendo desfavoravelmente o número de doações. A falta de informação faz com que a família tenha esperança na recuperação do quadro clínico e o fato do corpo estar quente e do coração permanecer batendo, dificulta a compreensão da morte encefálica (ME), sendo indício de que a pessoa possa estar viva mesmo com as

comprovações apresentadas. O desconhecimento por parte dos familiares sobre ME, possibilidade de erro de diagnóstico de ME, tráfico de órgãos, mutilação do corpo são alguns dos motivos que afastam a família a permitir que a doação aconteça⁽⁵⁾.

Na Tabela 2 fica claro que a maioria dos pacientes são acometidos por glomerulonefrite. Ela é caracterizada por uma inflamação dos capilares glomerulares e alguns pacientes de forma grave não possuem sintomas durante muitos anos. Sua condição pode ser descoberta quando se detecta a hipertensão ou níveis séricos elevados de uréia e creatinina o que dificulta um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, um tratamento antes que a mesma evolua para sua forma crônica. A glomerulonefrite é mais comum de ocorrer em crianças, porém pode acometer qualquer faixa etária⁽¹⁴⁾.

A pesquisa demonstra a predominância da hipertensão como causa da doença renal. Ela é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares, afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos. O controle da pressão arterial é fundamental para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja sub-diagnosticada e,

consequentemente, sub-tratada, facilitando o surgimento de disfunção renal. De fato, indivíduos hipertensos apresentam um risco 4,5 vezes maior de disfunção renal, especialmente após os 50 anos de idade. Esse achado sugere uma possível associação entre hipertensão e disfunção renal, independente da idade⁽⁴⁾.

O número de hipertensos e de diabéticos sem diagnóstico e sem tratamento adequado é muito alto em nosso meio, e há um grande potencial de que nos próximos anos essas enfermidades sejam cada vez mais os fatores causais DRCT, ampliando o número de pacientes que necessitarão de Tratamento de Substituição Renal⁽¹⁶⁾.

Na amostra utilizada para o estudo, a diabetes representou 35 (17,33%), sendo classificada como a terceira principal causa da doença renal (Tabela 2), indo em desacordo com Bastos (2010), pois ele afirma que diabetes é a causa mais frequente de DRC no mundo, sendo considerada a segunda etiologia mais comum entre os pacientes que estão em diálise no Brasil⁽¹⁾.

Os resultados da Tabela 2 apontam a variável “Outros” com 38 (18,81%), sendo maior que o percentual de diabetes, entretanto não teve importância significativa já que engloba

diversas patologias. Dentro dessa variável, pode-se incluir: rins policísticos, lúpus eritematoso, nefrite lúpica, nefrocalcinose, nefropatia obstrutiva, infecção urinária de repetição, pielonefrites e nefrite túbulo-intestinal liso.

Na Tabela 3 é feita uma correlação entre as doenças e a faixa etária acometida, na amostra analisada, a glomerulonefrite está presente em todas as faixas etárias, demonstrando que a sua incidência não tem relação direta com a mesma.

Na associação da hipertensão arterial com a idade, o estudo mostra uma relação direta entre essas duas variáveis. Quanto maior a idade, maior a prevalência da hipertensão. Isso se deve ao envelhecimento que propicia alterações estruturais e funcionais no sistema cardiovascular, predispondo para o desenvolvimento da hipertensão arterial. Este achado é consistente com estudos epidemiológicos realizados no Brasil⁽¹⁷⁾.

Assim como a hipertensão, a diabetes também aumenta com a idade. De acordo com o ministério, a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença. A diabetes atinge 18,6% da

população com idade superior a 65 anos⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados mostram diversos aspectos dos pacientes portadores de doença renal crônica em nosso meio. Além disso, servem para subsidiar decisões a fim de melhorar a assistência a esses pacientes. É fundamental a análise e divulgação de dados epidemiológicos de pacientes com DRC em fase não terminal e em tratamento renal substitutivo no país, para que seja possível melhor planejamento da assistência e melhor efetividade do tratamento.

Essa pesquisa possui limitações por abranger uma amostra pequena da população total. Além do que a maioria dos pacientes que é diabética e hipertensa nem chega a ser diagnosticada precocemente. E, dessa forma, as glomerulonefrites se tornaram a principal causadora de DRC nos pacientes estudados. As demais variáveis utilizadas corresponderam às expectativas da pesquisa, indo de acordo com as literaturas analisadas.

Diante desses resultados, apresentam-se como sugestões: os profissionais que atuam no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante devem realizar estratégias de

divulgação sobre a temática, objetivando esclarecer a população sobre o processo que envolve o transplante de órgãos e tecidos; que seja incluída nas grades curriculares de graduação uma disciplina que aborde a temática, pois se percebe que somente através da sensibilização da população é que haverá uma mudança efetiva na lista de espera.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2010 [Acesso em 2013 mai 28]; 56(2): 248-253. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2302010000200028&lng=en.
2. Dallé J, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [Acesso em 2013 mai 28]; 25(4): 504-510. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

3. Martinez MAR, Gregório CL, Santos VP, Bérغامo RR, Machado Filho CD'AS. Alterações ungueais nos pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2010 Jun [Acesso em 2013 mai 28]; 85(3): 318-323. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-5962010000300004&lng=en.
4. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2010 Abr [Acesso em 2013 mai 27]; 94(4): 519-526. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400014&lng=en. Epub Mar 26, 2010.
5. 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 [Internet]. 2011 Mar [Acesso em 2013 mai 27]; 16(3): 1981-1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232011000300032&lng=en.
6. Guerra Junior AA, Acúrcio FA, Andrade EIG, Cherchiglia ML, Cesar CC, Queiroz OV, et al. Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Jan [Acesso em 2013 mai 27]; 26(1): 163-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100017&lng=en.
7. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 Dez [Acesso em 2013 mai 27]; 21(4): 945-953. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=en.

8. ABTO: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Manual de Transplante Renal. São Paulo. [Internet]. 2010. [Acesso em 05. Set.2012]. Disponível em:
<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_do_transplantedo/manual_transplante_rim.pdf>
9. Lima FET, Ferreira AKA, Fontenele KA, Almeida ERB. Perfil dos pacientes na Lista Única de Espera para transplante cardíaco no estado do Ceará. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2010 Jul.[Acesso em 05. Set. 2012] 95(1): 79-84. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001100012&lng=en&nrm=iso//>
10. Machado E, Gomes IC, Acurcio FA, César CC, Almeida MC M, Cherchiglia ML. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 Dez [Acesso em 2013 jun 18]; 28(12): 2315-2326. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400010&lng=en.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Doação de órgãos [Internet] [Acesso em 28.Nov.2010]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004//>
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas; 2007.
13. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 10 de dezembro de 2012
14. Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.[Internet]. [Acesso em 23 maio 2014].Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>
15. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH . Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico - cirúrgica. 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
16. Oliveira MIG, Santos AM, Salgado FN. Análise da sobrevida e fatores associados à

- mortalidade em receptores de transplante renal em Hospital Universitário no Maranhão. J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2012 Set [Acesso em 2013 mai 17]; 34(3): 216-225. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-8002012000300002&lng=en.
- 17.** Pamila S, Carla JM, Roberto NR. Doença Renal Crônica: um agravo de proporções crescentes na população brasileira . CEDEPLAR/UFMG – TD 467. [Internet]. 2013[Acesso em 2013 out 18]; 6-17. Disponível em:
<http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/pesquisas/td/TD%20467.pdf>
- 18.** Martins MSAS, Ferreira MG, Guimarães LV, Vianna LAC. Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2010 Mai [Acesso em 2013 jun 18] ; 94(5): 639-644. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-82X2010000500011&lng=en.
- 19.** Moraes Suzana Alves de, Freitas Isabel Cristina Martins de, Gimeno Suely Godoy Agostinho, Mondini Lenise. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Mai [Acesso em 2013 jun 18]; 26(5): 929-941. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2010000500015&lng=en.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2014-08-01

Last received: 2014-08-01

Accepted: 2014-08-01

Publishing: 2014-10-31