

Perfil epidemiológico dos pacientes em lista única de espera para transplante renal na Cidade de Juiz de Fora

Caroline Silva Campos *
Kelli Borges dos Santos **
Gustavo Fernandes Ferreira ***
Kamille Vidon Bastos ****

RESUMO

O transplante renal é descrito como a melhor terapêutica para pacientes com doença renal crônica terminal, pois promove maior qualidade de vida ao paciente e está associado a outros benefícios, como a diminuição de custos em saúde. Objetivou-se analisar as características da população que se encontra em lista única de espera para realização do transplante renal em Juiz de Fora. Estudo quantitativo, transversal de cunho descritivo, retrospectivo, que foi realizado em uma clínica que é referência para tratamento de doenças renais. Os dados foram coletados por meio de consulta no prontuário e ficha de atendimento dos pacientes atendidos na clínica no período de Dezembro de 2014 a Janeiro de 2015. Em lista única de espera, encontravam-se 252 pacientes, sendo que 51,6% eram do sexo masculino, 55,6% com escolaridade até o ensino fundamental, 46,5% de raça branca, 61,1% de religião católica e 54,4% eram do tipo sanguíneo O. Um total de 38,5% com renda mensal de 3 a 4 salários mínimos, 46,0% casados, 69,0% possuíam casa própria e 69,0% eram provenientes de outras cidades. Em relação a modalidade de tratamento dialítico, 90,9% realizavam hemodiálise. Além disso, 62,5% já haviam realizado transfusões sanguíneas, 44,8% faziam o uso contínuo de mais de seis medicações e 27,5% tinham causa desconhecida para a doença renal crônica. O perfil dos pacientes encontrados em lista única de espera no centro analisado, como também o tempo em lista é semelhante a estudos nacionais. Demonstrando a similaridade do serviço prestado ao restante do país, apesar da cidade encontrar-se no interior de Minas Gerais.

Palavras-chave: Transplante renal. Perfil de saúde. Assistência à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública crescente, com aumento considerável das taxas de incidência e prevalência, com aumento dos custos para o sistema de saúde (SOARES et al., 2011).

O transplante renal se caracteriza como a melhor opção terapêutica para o paciente com DRC, tanto sob aspectos médicos, quanto sociais e econômicos. É indicado para portadores de DRC em fase terminal, estando já o paciente em fase de diálise ou pré dialise (GARCIA et al., 2013).

O transplante de órgãos tem como benefício a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que no momento do procedimento encontram-se em

tratamento que causam desgastes e sofrimento (MENDONÇA, 2014). No caso do transplante renal, quando bem sucedido, é considerado a melhor opção terapêutica para os pacientes portadores de DRC, leva a melhoria na qualidade de vida e ainda a reabilitação dos pacientes economicamente ativos. Consequentemente, reduzindo custos à sociedade, devido aos altos custos relativos a outras modalidades de tratamento (GARCIA et al., 2013).

A lista única de espera é resultado do desequilíbrio entre a demanda e a oferta de órgãos, existindo fatores que interferem nesse processo. Entre eles, destaca-se a resistência das pessoas em doarem órgãos por diferentes razões como motivos religiosos, falta

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, MG. E-mail: caroline.campos.992@gmail.com

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica, Juiz de Fora, MG.

*** Centro de Tratamento de Doenças Renais, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Serviço de Transplante, Juiz de Fora, MG.

**** Centro de Tratamento de Doenças Renais, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Serviço de Transplante, Juiz de Fora, MG.

de conhecimento e o tipo de atendimento hospitalar obtido durante o período de internação. Além disso, existe o fato das pessoas acreditarem que seu tratamento possa ser negligenciado ao ser identificado como doador (MARINHO, 2006; PESTANA, 2011; TORRES, 2013).

Segundo Pestana e colaboradores (2011), tanto no Brasil quanto em outros países, o principal fator limitante para a realização do transplante renal é a carência de órgãos para atender ao número de pacientes portadores de DRC com indicação do procedimento. Não sendo mais considerados fatores limitantes os centros inapropriados, as equipes despreparadas ou a tecnologia ineficiente. Outros motivos para o crescimento da lista única de espera para o transplante renal são o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes.

De acordo com o Registro Brasileiro de Transplante, em 2015, o Brasil mantinha 19.440 pessoas em lista única de espera para transplante renal. No ano de 2016, esse número cresceu para 21.264, reduzindo para 21.059 no ano de 2017. Atualmente, até o mês de junho de 2018, 21 962 pacientes encontram-se em lista única de espera. Desses, 2.323 são de centros do estado de Minas Gerais (ABTO, 2018).

Em relação ao número de transplantes, o Brasil realizou 5.556 no ano de 2015, 5.492 em 2016 e 5.929 em 2017. Até junho do ano de 2018, esse número chega a 2.858 transplantes, sendo 472 realizados por doadores vivos e 2386 por doadores falecidos (ABTO, 2018).

Atualmente, o Brasil possui o maior sistema público de transplante em caráter mundial, mantendo-se em segundo lugar em relação ao número absoluto de transplante renal (ABTO, 2017). Dessa forma, estabelecer um perfil dos pacientes que se encontram em lista única de espera é de grande importância, uma vez que são esses pacientes que estão aguardando a melhoria de sua qualidade de vida e aumento da sobrevivência. Conhecendo essa população, poderemos realizar intervenções diretas nos centros transplantadores, traçando novas estratégias de cuidado em busca de redução nas taxas de morbidade e mortalidade e recusa familiar (MACHADO, 2011).

O presente estudo teve como objetivo principal identificar o perfil epidemiológico dos pacientes em lista única de espera para transplante renal.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico, quantitativo, transversal, retrospectivo, de cunho

descritivo em clínica de referência para tratamento de doenças renais na cidade de Juiz de Fora. Tal centro é considerado a única unidade que cadastra os pacientes em lista única para realização de transplante renal na cidade e região.

Foram coletados e avaliados os dados no período de Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015 dos pacientes que se encontravam em lista única de espera para transplante renal, por meio das planilhas geradas pelo programa computacional usado na instituição. Os critérios de inclusão foram: pacientes com DRC, cadastrados em lista única de espera para transplante renal. Os critérios de exclusão se basearam em pacientes em pós transplante renal e aqueles que não tinham seu cadastro em lista única de espera completo.

Para caracterizar a população foram coletados dados como: idade, sexo, cidade, raça, nível de instrução (escolaridade), condição sócio econômica (situação previdenciária), ocupação, auxílio doença, moradia, religião, estado civil, acesso à internet, hábitos de vida (tabagismo) e, grupo sanguíneo. E para caracterizar a doença e a presença em lista de espera foram coletados dados a respeito de: doença de base, comorbidades, tipo e tempo de tratamento, transfusão sanguínea, medicações em uso e causas da DRC. Para determinação do tempo de espera, foram coletados dados do tempo de inscrição em lista e a data da primeira consulta na clínica.

Após coletados, os dados foram analisados por meio de programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS para Mac, versão 19.0), através de estatística descritiva, sendo realizadas médias e medianas para as variáveis numéricas e frequência.

Como variável de dispersão foram utilizados valores de máximo e mínimo para o tempo da primeira consulta a inscrição em lista, o tempo de tratamento dialítico até a inscrição em lista e o tempo em lista única de espera até a coleta de dados.

Por se tratar de análise de dados de prontuário, não foi utilizado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, e está cadastrado sob o número CAAE 36924514.8.0000.5147. Foram obedecidos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como a manutenção do anonimato e sigilo das informações coletadas (BRASIL, 2012).

3 RESULTADOS

Um total de 252 pacientes se encontravam em lista única de espera para realização do transplante renal. Eram em sua maioria do sexo masculino (51,6%), escolaridade de até o ensino fundamental (55,6%), raça branca (46,5%), de religião católica (61,1%) e apresentavam como grupo sanguíneo ABO o tipo O (54,4%). A tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes em lista em relação a essas características.

TABELA 1

Caracterização dos pacientes em lista única de espera para transplante renal.

	Características	N	%
Sexo	Masculino	130	51,6
	Feminino	122	48,4
	Total	252	100,0
Escolaridade	Analfabeto	13	5,1
	Ensino Fundamental	140	55,6
	Ensino Médio	57	22,7
	Ensino Superior	23	9,1
	Pós-graduação	01	0,4
	Não informado	18	7,1
Total	252	100,0	
Raça	Branca	117	46,5
	Negra	59	23,5
	Parda	36	14,2
	Amarelo	05	1,9
	Não informado	35	13,9
	Total	252	100,0
Religião	Católica	154	61,1
	Evangélica	55	21,9
	Espírita	10	4,0
	Outra	08	3,1
	Não informado	25	9,9
	Total	252	100,0
Grupo Sanguíneo	A	77	30,6
	B	28	11,0
	AB	10	4,0
	O	137	54,4
	Total	252	100,0

Fonte: Os autores (2015).

Em relação às condições sociais, a maioria dos pacientes tinham como renda de três a quatro salários mínimos (38,5%), eram casados (46,0%),

e não possuíam acesso à internet (56,3%). A tabela 2 configura as características sociais dos pacientes analisados.

TABELA 2

Caracterização dos pacientes em lista única de espera para transplante renal (continuação).

	Características	N	%
Renda por faixa	0 a 1 Salário	25	9,9
	1 a 2 Salários	59	23,4
	3 a 4 Salários	97	38,5
	5 a 10 Salários	33	13,1
	A cima de 10	08	3,1
	Não informado	30	12,0
	Total	252	100,0
Estado civil	Casado	116	46,0
	Solteiro	76	30,1
	Divorciado	20	8,0
	Separado	14	5,5
	Viúvo	10	4,0
Total	252	100,0	
Acesso a internet	Não possui	142	56,3
	Possui	92	36,6
	Não informado	18	7,1
	Total	252	100,0
Auxílio Doença	Não recebe	173	68,6
	Recebe	63	25,0
	Não informado	16	6,4
	Total	252	100,0
*Ocupação	Empregado	174	69,0
	Desempregado	40	16,0
	Não informado	38	15,0
	Total	252	100,0
Casa própria	Possui	174	69,0
	Não possui	59	23,4
	Não informado	19	7,6
	Total	252	100,0
Tabagista	Não	202	80,2
	Sim	48	19,1
	Não informado	02	0,7
	Total	252	100,0
Origem	Outras Cidades	174	69,0
	Juiz de Fora	78	31,0
	Total	252	100,0

*Dado informado na admissão no centro.

Fonte: Os autores (2015).

Dos 252 pacientes, a maioria eram empregados (69,0%), não possuíam auxílio doença (68,6%), possuíam casa própria (69,0%). Tinham como hábito

não serem tabagistas (80,2%), e sua origem era distinta da cidade do centro transplantador (69,0%).

De acordo com as características patológicas, a maioria dos pacientes em lista única realizavam o tratamento de hemodiálise (90,9%), já tinham realizado transfusão sanguínea (62,5%), sendo no total de 1 a 5 transfusões (76,5%). A tabela 3 descreve essas características.

TABELA 3

Distribuição dos pacientes em lista única de espera segundo as características relacionadas à patologia.

Características		N	%
Tratamento	Hemodiálise	229	90,9
	D. Peritoneal	14	5,6
	Conservador	09	3,5
	Total	252	100,0
Realizou Transfusão	Sim	158	62,5
	Não	94	37,5
	Total	252	100,0
Número de Transfusões	1 a 5	121	76,5
	5 a 10	22	14,0
	Maior que 10	15	9,5
	Total	158	100,0

Fonte: Os autores (2015).

De todos os pacientes em lista, pôde-se perceber que um número relevante fazia uso de mais de seis medicações por dia (44,8%) e tinham causa desconhecida para doença renal (27,5%), seguido por hipertensão arterial sistêmica (21,9%). Na tabela 4, essas características são destacadas, mostrando as demais variáveis.

TABELA 4

Distribuição dos pacientes em lista única de espera segundo as características relacionadas à patologia.

Características		N	%
Medicações em Uso	Até 3	31	12,4
	3 a 6	105	41,6
	Mais de 6	113	44,8
	Não informado	03	1,2
	Total	252	100,0
Causa da Doença Renal	Desconhecido	70	27,5
	HAS	55	21,9
	Glomerulopatia	31	12,4
	Nefropatia Diabética	29	11,6
	Retransplante	28	11,2
	Rins Policísticos	18	7,2
	Outros	11	4,4
	Diabetes e HAS	08	3,0
	Uropatia	01	0,4
	Nefrite Intersticial	01	0,4
	Total	252	100,0

Fonte: Os autores (2015).

Foi calculado o tempo de tratamento dialítico entre o tempo de início da diálise até a data de inscrição em lista. O tempo médio de tratamento dialítico encontrado foi de 14,86 meses, sendo o tempo mínimo de 04 meses e máximo de 24 anos (288 meses).

O tempo médio em lista única de espera foi calculado a partir da data de inscrição em lista até a coleta de dados. Foi observado uma média de 41,8 meses, com o mínimo de 01 mês e máximo de 22 anos (264 meses).

Dos 252 pacientes que encontravam-se em lista única de espera, 206 realizaram a sua primeira consulta no centro da pesquisa, e posteriormente foram inscritos em lista única de espera. O tempo entre a primeira consulta e a inscrição em lista foi em média de 5,28 meses, com o mínimo de menos de 30 dias e com o máximo de 25 meses. Os demais pacientes foram cadastros por outros centros brasileiros, por terem sido inscritos em lista antes da fundação do centro do estudo.

4 DISCUSSÃO

Dos 252 pacientes que se encontravam em lista única de espera para transplante renal, a maioria era do sexo masculino, casado e com baixa escolaridade. Tais características corroboram com outros estudos nacionais, como aquele realizado em Santa Maria, onde 64% pacientes eram do sexo masculino, 60% casados e 41,8% com baixa escolaridade (TORRES et al., 2013).

A maioria da população estudada se encontrava no mercado de trabalho (68,6%) e sem receber auxílio doença (68,6%), até o momento antes de iniciar o tratamento dialítico. A partir de outros estudos semelhantes, pode-se identificar que muitos pacientes relatam dificuldades de se manterem empregados no período em que estão em tratamento conservador, além de haver rejeição pelo mercado de trabalho. Esse dado reflete a necessidade de apoio profissional para garantir os direitos básicos a esses indivíduos. O tempo que permanecem fora do domicílio pelo constante afastamento do trabalho é elevado, podendo levar o paciente ao desemprego (BERTOLIN et al., 2011).

De acordo com as Leis Federais nº 8.122, de 24 de julho de 1991; e nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, os portadores de DRC têm direito a benefícios concedidos pela previdência social, como: auxílio-doença; aposentadoria por invalidez; Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei orgânica da Assistência social (LOAS), isenção de imposto de renda; Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Desta forma, um assistente social

capacitado é fundamental para atender esse grupo de pacientes (BRASIL, 1990).

O tratamento dialítico mais realizado pelos pacientes foi a Hemodiálise (90,9%), o que mantém um padrão relacionado a estudos internacionais. No Brasil, segundo o censo de diálise do ano de 2013, um pouco mais de 90% da população que realizava algum tratamento dialítico era na modalidade hemodiálise (ABTO, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, os resultados obtidos em tratamentos por diálise peritoneal comparativamente a hemodiálise são semelhantes. Cada um deles tem vantagens e desvantagens, sendo que o fator de escolha entre as duas terapias depende das condições clínicas e da opção do paciente (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Foi possível observar que a maioria dos pacientes realizaram transfusão sanguínea. Tendo ocorrido devido a anemia importante, algo associado não só com alimentação do paciente com DRC, mas também com a deficiência da eritropoietina, menor absorção de ferro, além de perdas sanguíneas. Alguns pacientes não realizam tratamento conservador antes do tratamento dialítico e, dessa forma, as taxas de hemoglobina já se encontram diminuídas, sendo necessária a transfusão (BARRETTI; DELGADO, 2014; BANDEIRA; GARCIA, 2009; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Estudos mostram que a transfusão sanguínea está relacionada ao aumento no tempo de espera para a realização do transplante, como também interfere no sucesso do mesmo. Quanto mais transfusões o paciente realiza, mais exposto a antígenos ele é, o que pode interferir na compatibilidade para o transplante (BANDEIRA; GARCIA, 2009; BARRETTI; DELGADO, 2014).

No presente trabalho, percebe-se que a maioria dos pacientes (44,8%) usam 6 ou mais medicamentos de forma contínua. Muitos deles são para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, como também para a prevenção de anemia, problemas gástricos e alguns complementos alimentares.

É importante ressaltar que o uso medicamentoso é algo comum na vida de um doente renal crônico, seja ele no tratamento dialítico ou transplantado. No entanto, o excesso de medicamentos pode interferir na adesão terapêutica. Estudos evidenciam que fatores como idade, escolaridade, ocupação (custo do tratamento), cronicidade da doença, severidade dos sintomas, complexidade do regime terapêutico, efeitos colaterais das drogas, esquecimento, estresse, distúrbios psiquiátricos, falta de conhecimento, acesso ao tratamento e comunicação profissional/paciente podem interferir na aderência medicamentosa e

no tratamento do paciente (CRUZ et al., 2012; GONÇALVES, 2013; WENG, 2013).

Após realizar o transplante, os pacientes mudam seus hábitos de vida. A partir disso, farão uso de medicamentos de forma contínua, fato importantíssimo a ser considerado no pré transplante. A não aderência medicamentosa é algo que pode resultar em uma contraindicação para o transplante, uma vez que há risco de rejeição e perda de enxerto (CRUZ et al., 2012). Sabe-se que cerca de 35% das perdas de enxerto renal estão associadas a não aderência imunossupressora (GONÇALVES, 2013).

A partir da data de inscrição em lista, foi possível realizar a contagem do tempo em lista única de espera para transplante renal, chegando-se a uma média de 41 meses (3 anos e 5 meses). Em estudo realizado em Belo Horizonte, foi possível perceber que esse tempo era em média 2,2 anos (MACHADO et al., 2011). Outro estudo em Alfenas mostra que o tempo em lista de espera variou de 10 dias até 12 anos (SOUZA et al., 2015).

Pode-se inferir que o tempo em lista está relacionado diretamente à doação de órgãos. Estudos retratam que a população ainda tem resistência para a doação, principalmente pelo medo de haver algum prejuízo em seu estado de saúde ou algum tipo de negligência em atendimentos médicos após relatar ser doador de órgãos. A partir disso, nota-se a importância de realização de campanhas de doação de órgãos para esclarecer a população geral para uma tomada de decisão mais consciente, sem viés de compreensão do processo e a favor da doação (BATISTA, 2017; MARINHO, 2006; TORRES, 2013).

O tempo de tratamento dialítico encontrado foi de 14,56 meses em média para aqueles que se encontravam em lista de espera. Em um estudo realizado em São Carlos no estado de São Paulo, foi observado um tempo de tratamento maior, chegando a uma média de 43 meses (LOPES et al., 2014).

O tratamento dialítico é desgastante para o paciente, principalmente pelo abandono das atividades diárias, podendo interferir na qualidade de vida dos mesmos. A qualidade de vida pode ser avaliada pela capacidade funcional do indivíduo, do seu nível socioeconômico e sua satisfação. Quando algum desses princípios são alterados, a qualidade de vida pode piorar (LOPES et al., 2014).

Dos 252 pacientes em lista de espera, 206 realizaram a sua primeira consulta no centro em que foram coletados os dados e, posteriormente foram cadastrados em lista. O tempo médio entre a primeira consulta e a inscrição em lista foi de 5,28 meses. Esse valor corresponde a todo o processo de consultas com

enfermeira, assistente social, médico nefrologista, cardiologista e realização de exames.

O tempo de tratamento dialítico e o tempo em lista de espera são dados de grande relevância, uma vez que os pacientes em lista continuam realizando o tratamento dialítico até a chegada do transplante. Além disso, o tempo de tratamento nas modalidades dialíticas interfere no sucesso do transplante e está ligado à qualidade de vida do paciente com DRC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A partir da aprovação do paciente para transplante, ele tem o seu cadastro na Central de Captação de Órgãos do Estado e segue em lista de espera, ainda realizando o tratamento dialítico. O tempo entre a primeira consulta e o cadastro em lista pode variar de acordo com a burocracia do sistema nacional de transplante, como também com a assiduidade dos pacientes às consultas e tratamentos (KIRSTAJN, 2011).

Este estudo pode colaborar com a literatura brasileira, mostrando que a cidade do estudo além de ser referência regional de transplante renal, apresenta perfil de pacientes em lista única de espera semelhante

a de outras regiões do Brasil. O estudo se limita devido a metodologia de coleta de dados retrospectiva de informações de prontuário. Desta forma, serão necessários outros estudos que possam compreender os motivos pelos quais pacientes não comparecem à consulta para realização do Transplante, assim como, o abandono do tratamento.

No entanto estudo desta natureza ainda não havia sido realizado no centro analisado, contribuindo para a compreensão daqueles que se encontram em lista única para realização de Transplante.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que o perfil dos pacientes e o tempo médio em lista única de espera registrados em Juiz de Fora para realização do transplante renal é similar ao de outros centros no Brasil. Por outro lado, o tempo médio do tratamento dialítico até a inscrição em lista é inferior ao encontrado em demais centros nacionais.

Epidemiological profile of patients on a single waiting list for renal transplantation in the City of Juiz de Fora

ABSTRACT

Kidney transplantation is described as the best therapy for patients with end-stage renal disease, since it promotes a better quality of life for the patient and is associated with other benefits, such as the reduction of health costs. The objective of this study was to analyze the characteristics of the population that is in a single waiting list for renal transplantation in Juiz de Fora. This is a quantitative, cross-sectional, descriptive, retrospective study that was performed in a clinic that is a reference for the treatment of renal diseases. The data were collected by means of a consultation in the medical records and attendance form of the patients attended at the clinic from December 2014 to January 2015. A single waiting list included 252 patients, of whom 51.6% were from the male, 55.6% with primary schooling, 46.5% white, 61.1% Catholic, and 54.4% were of blood type O. A total of 38.5% with monthly income from 3 to 4 minimum wages, 46.0% married, 69.0% owned their own house and 69.0% came from other cities. Regarding the mode of dialysis treatment, 90.9% underwent hemodialysis. In addition, 62.5% had blood transfusions, 44.8% had continued use of more than six medications and 27.5% had an unknown cause for chronic kidney disease. The profile of the patients found in a single waiting list in the analyzed center, as well as the time in list is similar to the national studies. Demonstrating the similarity of the service provided to the rest of the country, despite the city being in the interior of Minas Gerais.

Keywords: Kidney Transplantation. Health Profile. Delivery of Health Care.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplante:** dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / dezembro – 2013. São Paulo: ABTO, 2013. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0>>. Acesso em 15 de Agosto de 2014.

_____. **Registro Brasileiro de Transplante:** dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / dezembro – 2015. São Paulo: ABTO, 2014. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0>>. Acesso em 19 de Abril de 2016.

- _____. **Registro Brasileiro de Transplante:** dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / dezembro – 2017. São Paulo: ABTO,2014. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>>. Acesso em 27 de Agosto de 2018.
- _____. **Registro Brasileiro de Transplante:** dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / junho – 2018. São Paulo: ABTO,2014. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/rbt2018-1_populacao.pdf>. Acesso em 27 de Agosto de 2018.
- BANDEIRA, M. D. F. S.; GARCIA, C. D. 9. Recomendações para tratamento da anemia no paciente pediátrico. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 36, p. 36-45, dez. 2007.
- BARRETTI, P.; DELGADO, A. G. 7. Transfusão. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 36, p. 29-31, jan. 2014.
- BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G.M. Doença Renal Crônica: Frequente e Grave, mas também prevenível e tratável. *Revista de Associação Médica Brasileira*, v.56, n.2, p.248-53, nov. 2010.
- BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.33, n. 1, p. 93-108, jan. 2011.
- BATISTA, C.M.M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera para o transplante renal. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v.30, n.3, p.280-06, jun.2017
- BERTOLIN, D.C. et al. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista Escola Enfermagem*, v.45, n. 5, p.1070-1076, nov. 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*. Brasília, 11 de Dezembro de 1990.
- BRASIL, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Discute o uso de competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília. 12 de dezembro de 2012.
- CRUZ, J. et al. *Atualidades em nefrologia*. São Paulo: SARVIER, 2012.
- GARCIA, C.D. et al. Manual de doação e transplantes. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 352p.
- GONÇALVES, P. R. C. et al. A Adesão à Terapêutica Imunossupressora na Pessoa Transplantada Renal: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Enfermagem*, série IV, n. 8, p. 121-131, mar. 2016.
- LOPES, J.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 230-236, mai. 2014.
- MACHADO, E.L.; CHERCHIGLIA, M.L.; ACÚRCIO, F.A. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.3, p.1981-1992, 2011.
- MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, out. 2006.
- MENDONÇA, A.E.O. et al. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.27, n.3, p. 287-292, mai. 2014.
- PESTANA, J.O.M. et al. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 33, n. 4, p.472-484, set. 2011.
- SOARES, G.L. et al. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico; Um estudo descritivo. *Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos*, v. 1, n. 1, p. 01-08, 2011.
- SOUZA, A.M. et al. Transplante renal: vivência de homens em hemodiálise inscritos na lista de espera. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 1, p. 11-20, jan./fev. 2015.
- TORRES, G.V. et al. Perfil de pacientes em lista de espera para transplante renal. *Revista Enfermagem Universidade Federal Santa Maria*, v.3, n.1, p.700-708, out. 2013.
- WENG, F. L. et al. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, v. 14, p. 261, dez. 2013.

Enviado em 18/09/2018

Aprovado em 26/12/2018