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

RESUMO

**Introdução:** As listas únicas de espera para transplante renal são resultados do desequilíbrio entre a demanda e a oferta, existindo alguns fatores que interferem nesse processo, entre eles, a resistência das pessoas em doarem órgãos por diversas razões, por motivos religiosos e o fato das pessoas acreditarem em tratamento negligenciado ao ser identificado como doador **Objetivo:** analisar as características da população que se encontra em lista única de espera para realização do transplante renal em Juiz de Fora. **Material e Métodos:** Estudo quantitativo, transversal de cunho descritivo, retrospectivo, que foi realizado em uma clínica que é referência para tratamento de doenças renais em Juiz de Fora. 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. **Resultados:** Em lista única de espera encontravam-se 252 pacientes, sendo que 51,6% eram do sexo masculino, 59,8% com escolaridade até o ensino fundamental, 53,9% de raça branca, 69,2% de religião católica. Um total de 43,9 % com renda mensal de 3 a 4 salários mínimos, 49,2% casados, 74,7% possuíam casa própria e 69,0% eram provenientes de outras cidades. Em relação a modalidade de tratamento dialítico, 90,9% realizavam hemodiálise, 54,4% eram do tipo sanguíneo O, 62,5% realizavam transfusões sanguíneas, 37,3% faziam o uso contínuo de mais de seis medicações e 27,5% tinham como causa desconhecida para a doença renal crônica. **Conclusão:** Analisando o perfil dos pacientes em lista, pode se perceber que as características encontradas em nosso estudo, não diferem de estudos nacionais sobre o perfil epidemiológico dos pacientes aguardando um transplante renal.

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

**1 INTRODUÇÃO**

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

Atualmente, o transplante renal se caracteriza como a melhor opção terapêutica para o paciente com insuficiência renal crônica, tanto em um olhar médico, social e econômico. Ele é indicado para portadores de insuficiência renal crônica em fase terminal, estando já o paciente em fase de diálise ou pré dialise (GARCIA et al., 2013).

 O transplante tem como benefício a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que necessitam de órgãos sólidos, tecidos e células, que no momento estão em tratamentos que causam desgastes e sofrimento (MENDONÇA, 2014). No caso do transplante renal, se for bem-sucedido é considerado a melhor opção terapêutica para os pacientes portadores de DRC, com melhoria na qualidade de vida com reabilitação dos pacientes economicamente ativos. Consequentemente o transplante renal poderá reduzir custos a sociedade, devido aos altos custos relativos a outras modalidades de tratamento (GARCIA et al., 2013).

As listas únicas de espera são resultados do desequilíbrio entre a demanda e a oferta, existindo alguns fatores que interferem nesse processo, entre eles, a resistência das pessoas em doarem órgãos por diversas razões, por motivos religiosos e o fato das pessoas acreditarem em tratamento 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 maior fator limitante para o transplante renal é a carência de órgãos para atender as necessidades dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Não mais sendo considerado, como fator limitante centros inapropriados, equipes despreparadas e tecnologia ineficiente. Um outro motivo, para o crescimento da lista única de espera para o transplante renal é o aumento da prevalência na população geral de doenças como hipertensão arterial e diabetes, assim como o envelhecimento

De acordo com o Registro Nacional 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, ocorrendo uma pequena reduzida no ano de 2017 indo para 21.059. Atualmente até o mês de junho de 2018, temos 21 962 pacientes em lista única de espera, sendo que desses 2.323 são de centros do estado de Minas Gerais (ABTO, 2018).

Em relação ao número de transplante, no ano de 2015, o Brasil realizou 5.556 transplantes renais, comparado a 2016 que foram realizados 5492 transplantes, e 2017, 5929 transplantes. Até junho do ano de 2018, esse número chega a 2858 transplantes, sendo que 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, se mantendo 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 aguardado uma melhoria em sua qualidade de vida por meio do aumento da sobrevida. Uma vez que conhecendo essa população poderemos realizar intervenções diretas nos centros transplantadores, traçando novas estratégias de cuidado em busca de resultados de redução de taxas de morbidade e mortalidade (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 uma clínica de referência para tratamento de doenças renais na cidade de Juiz de Fora. Tal centro é considerada 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 insuficiência renal crônica, 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: identificação pessoal, 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 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, grupo sanguíneo, medicações em uso e causas da Doença Renal Crônica. 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, *StatisticalPackage for Social Sciences* (SPSS para Mac, versão 19.0), através de estatística descritiva, sendo realizadas médias, medianas para as variáveis numéricas e frequência.

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.

**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 (59,8%), raça branca (53,9%), de religião católica (69,2%). A tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes em lista em relação a essas características.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes em lista de espera segundo

 as características sociais.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características | N | % |
| Sexo Masculino Feminino | 130122 | 51,648,4 |
| Escolaridade Ens. Fundam. Ens. Médio Ens. Superior Pós-Graduação Analfabeto | 1405723113 | 59,824,49,80,45,6 |
| Raça Branca Negra Parda Amarelo | 11759365 | 53,927,216,62,3 |
| Religião Católica Evangélica Espírita Outra | 15455108 | 69,223,24,23,4 |

 Fonte: (Os autores, 2015).

Em relação as condições socioeconômicas, os pacientes tinham como renda de três a quatro salários mínimos (43,9%), eram casados (49,2%), e não possuíam acesso à internet (60,7%). A tabela 2 configura essas características de acordo com suas variáveis.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes em lista de espera segundo

as características sociais (continuação)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características | N | % |
| Condição Sócio Econômica 0 a 1 Salário 1 a 2 Salários 3 a 4 Salários 5 a 10 Salários A cima de 10  | 2559973308 | 10,926,743,914,93,6 |
| Estado Civil Casado Solteiro Divorciado Separado  Viúvo | 11676201410 | 49,232,28,55,94,2 |
| Acesso a Internet Não possuem Possuem | 14292 | 60,739,3 |

 Fonte: (Os autores, 2015).

Dos 252 pacientes a maioria eram empregados (77,4%), não possuíam auxilio doença (73,3%), possuíam casa própria (74,7%). Tinham como hábito não serem tabagistas (80,8%), e sua origem era distinta da cidade do centro transplantador (69,0%). A tabela 3 a seguir descreve essas características sociais.

Tabela 3: Distribuição dos pacientes em lista de espera segundo

as características sociais (continuação)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características | N | % |
| \*Auxílio Doença Não recebe Recebe | 17363 | 73,326,7 |
| \*Ocupação Empregado Desempregado | 17440 | 77,422,6 |
| Casa Própria Possui Não possui | 17459 | 74,725,3 |
| Tabagista Não Sim | 20248 | 80,819,2 |
| Origem Outras cidades Juiz de Fora | 17478 | 69,031,0 |

\*Dados informados na admissão no centro

 Fonte: (Os autores, 2015)

De acordo com as características patológicas, a maioria dos pacientes em lista única realizavam o tratamento de hemodiálise (90,9%), tinham como grupo sanguíneo 0 (54,4%), já tinham realizado transfusão sanguínea (62,5%), sendo no total de 1 a 5 transfusões (48%). A tabela 4 descreve essas características.

Tabela 4: Distribuição dos pacientes em lista de espera segundo as características relacionados a patologia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características | N | % |
| Tratamento  Hemodiálise D. Peritoneal Conservador | 2291409 | 90,95,63,5 |
| Grupo Sanguíneo A B AB O | 772810137 | 30,611,04,054,4 |
| Realizou Transfusão Sim Não | 15894 | 62,537,5 |
| Número de Transfusões 1 a 5  5 a 10 Maior que 10 | 1212215 | 488,76,0 |

 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 (45,4%) e tinham como causa desconhecida para doença renal (27,5%), seguido por Hipertensão Arterial Sistêmica (21,9%). Nas tabelas 5 essas características são destacadas, mostrando as demais variáveis.

Tabela 5: Distribuição dos pacientes em lista de espera segundo as características relacionados a patologia (continuação).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características | N | % |
| Medicações em Uso Até 3 3 a 6 Mais de 6 | 31105113 | 12,442,245,4 |
| Causa da Doença Renal Desconhecido HAS Glomerulopatia Nefropatia Diabética Retransplante Rins Policisticos Outros Diabetes e HAS Uropatia Nefrite Intersticial  | 69553129281811080101 | 27,521,912,411,611,27,24,43,00,40,4 |

Fonte: (Os autores, 2015)

Foi calculado o tempo de tratamento dialítico até a data de inscrição em lista. O tempo médio de tratamento dialítico calculado foi de 14,86 meses. Quando calculado o tempo médio em lista de espera, foi observado uma média de 41,81 meses.

Dos 252 pacientes que se encontravam em lista única de espera, 206 realizaram a sua primeira consulta no centro da pesquisa, e posteriormente foram inscritos em lista 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.

**4 DISCUSSÃO**

Dos 252 pacientes que se encontravam em lista única de espera para transplante renal, a maioria eram do sexo masculino, casados, baixa escolaridade. Tais características corrobam com outros estudos nacionais, como no estudo realizado em Santa Maria, onde 64% pacientes eram do sexo masculino, 60% casados e 41,8% de baixa escolaridade (TORRES et al., 2013).

 A maioria da população estudada se encontrava empregada no mercado de trabalho (77,4%) e sem receber auxílio doença (73,3%), 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 tempo necessário de tratamento dialítico e que também acontece uma rejeição pelo mercado de trabalho. Esse dado reflete na necessidade de apoio profissional para garantir os direitos básicos desses trabalhadores. O tempo que permanecem fora do domicílio é elevado, podendo levar o paciente ao desemprego, pelo constante afastamento do trabalho (BERTOLIN et al., 2011).

 De acordo com as leis federais nº 8.122, de 24 de julho de 1991, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, os portadores de doença renal crônica, tem direito a benefícios concedidos pela previdência social como: Auxílio-doença; Aposentadoria por invalidez; BPC - Benefício de Prestação Continuada (LOAS); Isenção de Imposto de Rendas; Saque do FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Desta forma o papel do assistente social é fundamental para atender esse grupo de pacientes (BRASIL, 1990).

Diante de todo o perfil dos pacientes, pode se perceber que a maioria reside em outros municípios. Pelo fato de muitas cidades não terem recursos para a realização do tratamento, Juiz de Fora nesse momento se torna referência para o mesmo. Dessa forma, muitos pacientes consideram a cidade como local de oportunidade para o seu tratamento dialítico e para conseguir o transplante renal. Tal situação é de grande importância, uma vez que muitos deles não teriam uma assistência ideal em suas cidades, e muitos poderiam já estar em condições piores de saúde. Por outro lado, aumenta os gastos em saúde de Juiz de Fora com esses pacientes que não residem na cidade.

O tratamento dialítico mais realizado pelos pacientes foi a Hemodiálise (90,9%), o que mantem um padrão relacionado a estudos internacionais, onde se pode perceber a mesma diferença nos tratamentos dialíticos No Brasil, segundo o Censo de Diálise do ano de 2013 um pouco mais 90% da população que realizavam algum tratamento dialítico é da modalidade da hemodiálise (ABTO, 2013). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, os resultados dos tratamentos por diálise peritoneal e hemodiálise são iguais. Cada um deles tem as suas vantagens e desvantagens, sendo a escolha entre os dois tratamentos algo que depende das condições clínicas do paciente. Ressaltando que em qualquer modalidade, o tratamento requer a união dos aspectos que englobam a doença de base, o estágio da doença, o valor da filtração glomerular e as comorbidades e suas complicações (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Com a pesquisa, foi possível observar que muitos dos pacientes realizaram transfusão sanguínea, isso se dá pelo fato de terem manifestado casos de anemia, algo diretamente associado com alimentação do doente renal crônico. Alguns pacientes, não realizam um tratamento conservador antes de um tratamento dialítico, e dessa forma as taxas de hemoglobina já se encontram diminuída, sendo obrigada no decorrer do tratamento estar realizando transfusão sanguínea para normalizar tais taxas e prevenir novos casos de anemia (BARRETTI; DELGADO, 2014; BANDEIRA; GARCIA, 2014; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010) .

A transfusão sanguínea está associada ao tempo de espera para a realização do transplante, como também para o sucesso do mesmo. Pois quanto mais transfusões o paciente realiza, mais exposto a antígenos ele é, o que pode interferir na compatibilidade para o transplante (BANDEIRA; GARCIA, 2014; BARRETTI; DELGADO, 2014).

 No presente trabalho percebe-se que a maioria dos pacientes (45,4%) usam mais de 6 medicamentos de forma contínua, muitos deles são para controles da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, como também para a prevenção de anemia, problemas gástricos e alguns como complementos alimentares.

É importante ressaltar que o uso de medicamentos 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. 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)

Após realizar o transplante, os pacientes mudam seus hábitos de vida e a partir disso farão uso de medicamentos pelo longo da vida de forma contínua, fato importantíssimo a ser considerado no pré transplante, pois a não aderência medicamentosa é algo que pode resultar em uma contraindicação para o transplante quanto também uma rejeição ou perda de enxerto (CRUZ et al., 2012).

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 um total de 41 meses (3 anos e 5 meses). Em um estudo, em Belo Horizonte, foi possível perceber que esse tempo era em média de 2,2 anos (MACHADO et al., 2011). O estudo em Alfenas, mostra que o tempo em lista de espera variou de 10 dias até 12 anos (SOUZA et al., 2015).

Podemos considerar que o tempo de lista está relacionado diretamente à questão da doação de órgãos. Hoje a população ainda tem uma resistência na doação, principalmente pelo fato de ter medo de haver algum prejuízo do seu estado de saúde e algum tipo de negligência em atendimentos após relatar ser doador de órgãos. A partir disso, nota- se a importância da campanha de doação de órgãos de forma esclarecedora, para que a população entenda e faça a sua decisão (BATISTA, 2017; MARINHO, 2006; TORRES, 2013).

O tempo de tratamento dialítico também foi calculado, obtendo se um resultado de 14,56 meses em média para aqueles que se encontravam em lista de espera. Em um estudo em São Carlos – SP foi observado um tempo de tratamento maior, chegando se até 43 meses em média (LOPES et al., 2014).

O tratamento dialítico é algo desgastante, principalmente pelo fato de muitos pacientes abandonarem suas atividades diárias, o que interfere diretamente na qualidade de vida dos mesmos. A qualidade de vida pode se basear na capacidade funcional do indivíduo, com o seu nível socioeconômico e sua satisfação. Quando algum desses princípios são alterados, o estilo de vida pode se modificar (LOPES et al., 2014).

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

O tempo de tratamento dialítico e o de 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, dado que o tempo de tratamento nas modalidades dialíticas interfere no sucesso do transplante, ou seja o tempo de tratamento está ligado a qualidade de vida do doente renal crônico (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A partir da aprovação dos mesmos, o paciente tem o seu cadastro na Central de Captação de Órgãos do Estado e segue em lista de espera, ainda realizando o seu tratamento dialítico. O valor correspondente ao tempo entre a primeira consulta e o seu cadastro em lista pode variar pela burocracia do sistema nacional de transplante, como também pela assiduidade dos pacientes em relação as consultas e tratamentos.

O estudo pode colaborar com a literatura brasileira, mostrado que a cidade de Juiz de Fora que é referência ao transplante renal, segue com os padrões dos dados relacionados ao perfil dos pacientes em lista única de espera de outras regiões do Brasil. Por ter sido um trabalho de análises de prontuários e fichas, tivemos algumas limitações como a falta de dados nos prontuários de alguns pacientes, o que não possibilitou o preenchimento de todas as variáveis de todos os pacientes, interferindo consequentemente no resultado final.

**5 CONCLUSÃO**

 O presente estudo demonstrou que o perfil dos pacientes em lista única de espera registrados em Juiz de Fora para realização do transplante renal, são similares aqueles descritos em outros centros no Brasil.

 O tempo médio do tratamento dialítico até a inscrição em lista é inferior ao encontrado em demais centros nacionais. E o tempo médio em lista única foi compatível aos demais estudos.

Outras pesquisas prospectivas podem ser sugeridas para melhorar a coleta de dados e a análise dos resultados, visto que, alguns dados não foram possíveis de serem coletados devidos aos por se tratar de pesquisa com dados de registro de prontuário.

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

ABSTRACT

**Introduction:** The unique waiting list for renal transplantation is a result of the imbalance between demand and supply. There are some factors that interfere in this process, among them the resistance of people to donate organs for various reasons, for religious reasons and the fact that people believing in neglected treatment when being identified as a donor **Objective:** to analyze the characteristics of the population that is in a single waiting list for renal transplantation in Juiz de Fora. **Material and Methods:** 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 in Juiz de Fora. The data were collected by means of a consultation in the medical record and the attendance sheet of the patients attended at the clinic from December 2014 to January 2015. **Results:** A single waiting list was found in 252 patients, of which 51.6% were 59.8% with schooling up to elementary school, 53.9% white, 69.2% Catholic. A total of 43.9% with monthly income of 3 to 4 minimum wages, 49.2% married, 74.7% owned their own house and 69.0% came from other cities. Regarding the mode of dialysis, 90.9% underwent hemodialysis, 54.4% were of blood type O, 62.5% underwent blood transfusions, 37.3% made continuous use of more than six medications and 27.5% % had as unknown cause for chronic kidney disease. **Conclusion:** Analyzing the profile of the patients in the list, it can be seen that the characteristics found in our study do not differ from national studies on the epidemiological profile of the patients awaiting a renal transplant.

**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. Jornal Brasileiro Nefrologia, v. 36, p. 36-45, 2014.

### BARRETTI, P.; DELGADO, A. G. 7. Transfusão. Jornal Brasileiro Nefrologia, v. 36, n.1, 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 Medica 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 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, mai. 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, out. 2011.

BRASIL. [**Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990**](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.112-1990?OpenDocument)**.** 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/LEIS/L8112cons.htm. Acesso em 15 de ago. 2018.

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.

LOPES, J.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Revista Acta Paulista 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, mar. 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 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 hemodialitico; Um estudo descritivo. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v.1, n.1, p. 01-08, mar. 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.