

LUANA DA SILVA VILHENA DE OLIVEIRA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM TRANSPLANTE RENAL E OS FATORES
ASSOCIADOS À REJEIÇÃO DO ÓRGÃO TRANSPLANTADO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
FLORIANÓPOLIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Enfermeira e aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 24 de junho de 2020.

Professora e orientadora, Márcia Regina Kretzer, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Fabiana Oenning da Gama, MSc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Ilse Lisiane Viertel Vieira, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

PROFILE SOCIODEMOGRÁFICO AND DOCTOR OF PATIENTS WITH RENAL TRANSPLANT
AND THE FACTORS ASSOCIATED TO THE REJECTION OF THE ORGAN TRANSPLANTED
IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL OF FLORIANÓPOLIS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM TRANSPLANTE RENAL E OS FATORES
ASSOCIADOS À REJEIÇÃO DO ÓRGÃO TRANSPLANTADO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
FLORIANÓPOLIS

DESCRIBA SOCIODEMOGRÁFICO Y DOCTOR EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL Y
LOS FACTORES ASOCIADOS AL RECHAZO DEL ÓRGANO TRASPLANTADO EN UN
HOSPITAL FILANTRÓPICO DE FLORIANÓPOLIS

Luana da Silva Vilhena de Oliveira¹

Giovanna Grünwald Vietta²

Márcia Regina Kretzer³

Janaina da Silva Machado⁴

¹ Discente do Curso de Enfermagem. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: luanadas.21@gmail.com

² Biomédica. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: ggvietta@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde - área Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do curso de graduação em Medicina e Enfermagem. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: marcia.kretzer1@gmail.com

⁴ Bacharel em Ciências Econômicas. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: janaina.silva.ufsc@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic and clinical profile of patients with kidney transplantation and factors associated with organ rejection in a philanthropic hospital in Florianópolis. **Methodology:** Cross-sectional study, carried out at Imperial Hospital de Caridade, collecting data from the medical records of 122 patients with kidney transplantation between 2013 and 2018. Pearson's chi-square and Fischer's exact test, $p < 0.05$. Project approved by the Research Ethics Committee of the University of the South of Santa Catarina. **Result:** most men (68.9%), with an average age of 49.4 years, white ethnicity (92.5%). Chronic Kidney Failure not specified as a primary disease (85.7%). Higher frequency of Arterial Hypertension (88.9%), Diabetes Mellitus (28.2%), 95.9% were on dialysis, the majority on hemodialysis. Dead donor in 84.9%, rejection of the transplanted organ occurred in 15.6% and death in 4.1%. Organ rejection associated with females ($p = 0.028$) and waiting time in the transplant queue of 13 months or more ($p = 0.020$). **Conclusion:** Kidney transplant patients with male profile, around 50 years old, multimorbidity, organ rejection more prevalent in women and waiting time for transplantation greater than 12 months.

Descriptors: Chronic renal failure. Kidney transplantation. Graftrejection. Epidemiological profile.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com transplante renal e os fatores associados à rejeição do órgão transplantado em um hospital filantrópico de Florianópolis. **Metodologia:** Estudo Transversal, realizado no Imperial Hospital de Caridade, por meio da coleta de dados dos prontuários de 122 pacientes com transplante renal ocorrido entre 2013 e 2018. Teste do Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fischer, $p < 0,05$. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Resultado:** Maioria do sexo masculino (68,9%) com idade média de 49,4 anos, etnia branca (92,5 %). Insuficiência Renal Crônica não especificada como doença primária (85,7%). Maior frequência de Hipertensão Arterial (88,9%), Diabetes Mellitus (28,2%), 95,9% faziam diálise, a maioria hemodiálise. Doador morto em

84,9%, rejeição do órgão transplantado ocorreu em 15,6% e óbito em 4,1%. Rejeição do órgão associada ao sexo feminino ($p=0,028$) e ao tempo de espera na fila de transplante de 13 meses ou mais ($p=0,020$). **Conclusão:** Pacientes transplantados renais com perfil masculino, em torno de 50 anos, multimorbidade, rejeição de órgão mais prevalente em mulheres e tempo de fila de espera para transplante superior a 12 meses.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Transplante Renal. Rejeição de Enxerto. Perfil epidemiológico.

RESUMÉN

Objetivo: analizar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con trasplante renal y los factores asociados con El rechazo de trasplante de órganos en un hospital filantrópico de Florianópolis. **Metodología:** Estudio transversal, realizado en el Hospital Imperial de Caridad, mediante la recopilación de datos de los registros médicos de 122 pacientes con trasplante de riñón entre 2013 y 2018. Chi-Square de Pearson y prueba exacta de Fischer, $p < 0.05$. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Sur de Santa Catarina. **Resultado:** la mayoría de los hombres (68.9%) con una edad promedio de 49.4 años, etnia blanca (92.5%). Insuficiencia renal crónica no especificada como enfermedad primaria (85,7%). Mayor frecuencia de hipertensión arterial (88,9%), diabetes mellitus (28,2%), 95,9% estaban en diálisis, la mayoría en hemodiálisis. Donante muerto en 84.9%, el rechazo del órgano transplantado ocurrió en 15.6% y muerte en 4.1%. Rechazo de órganos asociado con el sexo femenino ($p = 0.028$) y el tiempo de espera en la cola de trasplante de 13 meses o más ($p = 0.020$). **Conclusión:** pacientes con trasplante de riñón con perfil masculino, alrededor de 50 años, multimorbilidad, rechazo de órganos más frecuente en mujeres y tiempo de espera para trasplante superior a 12 meses.

Palabras Clave: Insuficiencia renal crónica. Trasplante de riñón. Rechazo del injerto. Perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A prevalência da Doença Renal Crônica (DRC) aumenta progressivamente em decorrência do envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas de base: Diabete *Mellitus*, Hipertensão Arterial, Obesidade, Tabagismo e outras doenças com complicações renais⁽¹⁻³⁾.

No Brasil, em torno de um terço das pessoas com DRC apresentam idade entre 40 a 69 anos do sexo masculino. Para muitos indivíduos aceitar a doença e o tratamento dialítico torna-se uma tarefa difícil, sabendo que irá apresentar complicações clínicas. Este contexto impacta na qualidade de vida, levando a sentimentos de desânimo e baixa perspectiva no futuro. A única esperança de normalidade na vida deste será o transplante renal como forma de tratamento substitutiva, na qual muitos não sobrevivem na fila de espera⁽⁴⁾.

A DRC é considerada um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas e possui custo elevado aos cofres públicos. O gasto por paciente em referencia ao período de janeiro a junho de 2014 (sendo reajustado conforme inflação) em hemodiálise foi R\$ 71.717,51, em diálise peritoneal R\$ 69.527,03, sendo assim superior ao transplante renal de doador morto que é de R\$ 67.023,03. Em média o tempo na fila de espera do doente é de 18 a 24 meses, realizando diálise três vezes na semana, em um período de quatro a cinco horas por sessão, aumentando o valor monetário conforme a variação do tempo de tratamento dialítico⁽⁵⁾.

O Transplante Renal é um procedimento que consiste na ablação de um órgão do doador vivo ou morto para transferir em um indivíduo com DRC terminal⁽⁶⁻⁷⁾. É reconhecido como um avanço da medicina moderna, fornecendo qualidade de vida para o paciente. Os primeiros transplantes iniciaram no século XX. Em 1946, os cientistas Hufnagel e Landsteínu realizaram o primeiro transplante, que não obteve sucesso, utilizando um rim de doador cadavérico em uma mulher jovem⁽⁸⁾. No ano de 1954, em Boston, foi realizado o primeiro transplante renal de órgãos com sucesso no mundo. No mesmo ano foram desenvolvidos estudos sobre histocompatibilidade com gêmeos univitelinos e com medicamentos imunossupressores para evitar rejeição dos órgãos transplantados. O primeiro transplante renal realizado no Brasil foi no ano de 1965 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo⁽⁹⁾. O

paciente transplantado recebeu o enxerto de doador vivo do próprio irmão. O sucesso do transplante possibilitou novos estudos e aprimoramento do programa sem interrupções, portanto após esse avanço foram desenvolvidos novos métodos. Os primeiros transplantes com enxertos de doadores mortos ocorreram em 1968 e foi realizado pelo próprio cirurgião a retirada, e o reimplante do órgão, um avanço tecnológico e científico para época⁽⁹⁾.

A doação de órgãos apresenta um aumento significativo nos últimos anos, o transplante renal em específico, obteve 7,5% desse aumento no ano de 2017. Até o ano de 2016 ocorreram 2.651 transplantados. Os pacientes transplantados com enxerto de doadores vivos possuem uma sobrevida de 97,8%, 94,1% e 92,9% respectivamente após um 1, 3 e 5 anos. A taxa de sobrevida de doador morto foi de 95,6% de 1 a 3 anos. Assim a taxa de sobrevivência do paciente pós transplante com enxerto de doador vivo é maior em comparação com o paciente transplantado de doador morto⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O paciente pós transplante poderá sofrer rejeição do órgão transplantado levando ao agravamento do seu quadro clínico. A rejeição ocorre por uma ativação do sistema imunológico pelo órgão novo transplantado. Esse processo poderá ser evitado com o uso de medicamentos imunossupressores ao longo da vida. A dose é ajustada conforme a avaliação clínica do paciente antes de receber alta hospitalar e a cada consulta médica. Entretanto, mesmo com o uso de medicamentos apropriados e cuidados específicos, poderá ocorrer o quadro de rejeição aguda ou crônica. O processo pode ocorrer em até três dias ou aparecer ao longo do transplante⁽¹²⁾. Estudos demonstram que o surgimento dos medicamentos imunofarmacológicos, manejo clínico dos pacientes e cuidados específicos elevaram a sobrevida reduzindo a taxa de mortalidade após o transplante renal⁽¹¹⁻¹⁰⁾.

O transplante renal é um procedimento cirúrgico que ocorre, frequentemente, após um longo período de enfermidade crônica, acompanhada por muitas implicações na vida do paciente, tanto orgânicas quanto psicológicas, que o obriga a conviver com a proximidade da morte. A realização do Transplante Renal representa para o paciente uma possibilidade de mudança neste quadro. Entretanto, é um procedimento que apresenta complicações, principalmente relacionadas à rejeição do órgão transplantado⁽⁶⁾.

Desta forma, o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes transplantados e dos fatores associados à rejeição se apresenta como uma importante contribuição para o conhecimento na área, colaborando para o sucesso no transplante. Assim a partir do exposto, questiona-se: Qual é o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que realizaram transplante renal e os fatores associados à rejeição do órgão transplantado em um hospital filantrópico de Florianópolis?

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico transversal, realizado no Imperial Hospital de Caridade (instituição filantrópica) em Florianópolis - Santa Catarina, que, desde 2013 realiza em média 30 transplantes renais por ano. Fizeram parte do estudo pacientes que realizaram transplante renal no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018. Foi incluída idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Excluídos os pacientes que realizaram transplantes renais em outra unidade hospitalar.

A variável dependente do estudo foi à rejeição do órgão transplantado. Analisando as variáveis sociodemográficas, idade (em anos), sexo, etnia (branca e não branca), condição civil (com companheiro e sem companheiro), grau de instrução (Ensino fundamental, Ensino médio, Ensino superior), município de residência. As informações clínicas contemplaram o diagnóstico da doença primária da Insuficiência Renal Crônica (IRC), presença de comorbidades (Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade, Dislipidemia e outros), tempo de espera na fila de transplante, realização de diálise, categoria do procedimento de diálise (hemodiálise/ peritoneal), tempo de realização da diálise (em meses), tipo de enxerto (doador vivo ou morto), medicamentos gerais utilizados, medicamentos imunossupressores em uso, tempo de espera na fila para transplante de rim (em meses), tempo de internação hospitalar no transplante renal (em dias), tempo entre a cirurgia e a rejeição do órgão (dias), óbito (sim/não), tempo entre a cirurgia e o óbito (dias), causa principal do óbito. Foi elaborado, pelas autoras um instrumento para coletar os dados dos prontuários contemplando as variáveis do estudadas.

Os dados foram organizados no software Windows Excel e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 18,0*

[*Computer program*]. Chicago: SPSS Inc.; 2014. Os dados quantitativos foram expressos na forma de frequências simples e relativas e os quantitativos em média, desvio padrão e amplitude, Foi testada associação entres as variáveis sociodemográficas e clínicas com a rejeição do órgão transplantado, utilizando o teste de Qui-Quadrado de Pearson e a Prova Exata de Fisher, com nível de significância $p < 0,05$.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, com parecer consubstanciado CEP UNISUL, CAAE 07334919.9.0000.5369. Os pesquisadores declaram ausência de conflito de interesse.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 122 prontuários de pacientes submetidos ao transplante renal no Imperial Hospital de Caridade em Florianópolis, no período de 2013 a 2018. Eram em sua maioria do sexo masculino (68,9%) com idade média de 49,4 anos ($\pm 11,7$), mínima de 21 e máxima de 72 anos. A faixa etária entre 50 e 72 anos representou 68% da população. A maioria de etnia branca (92,5%), com escolaridade ensino médio (40,2%) e com condição civil com companheiro (79,2%) (Tabela 1). Florianópolis e Criciúma foram os municípios com maior procedência dos pacientes, 24,0% e 20,7% respectivamente.

Na (Tabela 2) a doença primária da Insuficiência Renal Crônica (IRC) obteve prevalência em relação ao perfil clínico dos pacientes e doenças não especificadas (85,7%), seguida por rins policísticos (8,4%). A comorbidade mais frequente foi Hipertensão Arterial Sistêmica (88,9%) seguida por Diabetes Mellitus (28,2%). Quanto aos procedimentos utilizados, à fístula arteriovenosa (acesso vascular) é o mais utilizado (84,7%). A diálise foi realizada em 95,9% dos pacientes, sendo a maioria hemodiálise (82,9%). Em relação ao tipo de doador, 84,9% dos casos foram de doador morto. Quanto ao grau de parentesco com o doador, 93,5% era de órgão de doação voluntária.

Quanto ao tratamento medicamentoso de uso contínuo (Tabela 2), verificou-se que cada paciente fazia uso de mais de um medicamento para o tratamento das doenças de base, sendo prevalente a utilização dos

medicamentos: anti-hipertensivo (55,7%), anticoagulante (22,1%) e antilipêmico (18,8%). Entre os medicamentos imunossupressores, o Tacrolimo 5 mg é utilizado pela maioria (92,6%) seguido do Metilprednisolona 500 mg (59,8%), Basiliximabe (58,3%) e Micofenolato de Mofetila 500 mg (53,3%).

A prevalência da rejeição do órgão transplantado ocorreu em 15,6%. O óbito do paciente ocorreu em 4,1%, dentre estes, 60,0% tiveram como causa a rejeição do órgão transplantado(Tabela 2).

A média de tempo de espera na fila do transplante foi de 25,93 meses ($\pm 24,88$), mínimo de 1 mês e máximo de 156 (Tabela 3). O tempo médio de internação do paciente submetido ao transplante renal foi de 11,67 dias ($\pm 11,59$), mínimo de 1 e máximo 74 dias. Quanto ao tempo ocorrido entre a cirurgia de transplante e a rejeição do órgão, a média foi de 19,06 dias ($\pm 35,47$) mínimo de 1 e o máximo de 150 dias. O Tempo médio entre o transplante e o óbito é de 29,63 ($\pm 26,57$), mínimo de 9 e máximo de 74 dias.

Associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos com a rejeição do órgão transplantado demonstrou significância estatística com o sexo feminino ($p=0,028$) e o tempo de espera na fila de transplante acima de 12 meses ($p=0,020$) (Tabela 4).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes que realizaram transplante renal no Imperial Hospital de Caridade entre 2013-2018.

Variáveis	n	%
Sexo (n=122)		
Feminino	38	31,1
Masculino	84	68,9
Faixa etária (n=122)		
21- 49 anos	54	44,3
50- 72 anos	68	55,7
Cor da pele(n=120)		
Branca	111	92,5
Não branca	9	7,5
Escolaridade (n=100)		
Ensino Fundamental	32	32,0
Ensino Médio	49	49,0
Ensino Superior	19	19,0
Condição Civil (n=120)		
Com companheiro	95	79,2
Sem companheiro	25	20,8
Município de residência em SC (n=121)		
Florianópolis	29	24,0
Criciúma	25	20,6
São José	15	12,4
Tubarão	14	11,6
Palhoça	11	9,1
Outros	27	22,3

Fonte: Elaboração do Autor, 2020

Tabela 2: Descrição do perfil clínico dos pacientes que realizaram transplante renal no Imperial Hospital de Caridade entre 2013-2018

Variáveis	n	%
Causa base da Insuficiência Renal Crônica (n=119)		
IRC não específica	102	85,7
Rim policístico	10	8,4
Glomerulonefrite	7	5,9
Comorbidades (n=117)		
HAS	104	88,9
Diabetes <i>Mellitus</i>	33	28,2
Dislipidemia	9	7,7
Obesidade	7	6,0
Tipo Acesso Vascular (n=118)		
Fistula arteriovenosa	100	84,7
Acesso Central Longa Permanência	17	14,4
Acesso Central de Curta Permanência	1	0,8
Diálise (n=121)		
Sim	116	95,9
Não	5	4,1
Terapia de Substituição da função renal (n=111)		
Hemodiálise	92	82,9
Diálise Peritoneal	19	17,1
Tipo de doador (n=119)		
Morto	101	84,9
Vivo	18	15,1
Grau de parentesco com doador (n=107)		
Sim	7	6,5
Não	100	93,5

continua

continuação		
Variáveis	n	%
Medicamentos utilizados (n=122)		
Anti-hipertensivo	68	55,7
Anticoagulante	27	22,1
Antilipêmico	23	18,8
Diurético	19	15,6
Ansiolítico	15	12,3
Beta bloqueador seletivo	13	10,6
Beta bloqueador não seletivo	7	5,7
Insulina	12	9,8
Medicamentos imunossupressores (n=122)		
Tacrolimo5 mg	113	92,6
Metilprednisolona 500 mg	73	59,8
Basiliximabe 20mg	71	58,2
Micofenolato de Mofetila 500 mg	65	53,3
Simulect 20 mg	32	26,2
Rejeição órgão (n=122)		
Sim	19	15,6
Não	103	84,4
Óbito (n=122)		
Sim	5	4,1
Não	117	95,9

Fonte: Elaboração do Autor, 2020

Tabela 3: Média e desvio padrão de idade e tempo dos pacientes que realizaram transplante renal Imperial Hospital de Caridade entre 2013-2018

Variável	Média	Desvio Padrão	Amplitude	
			Mínima	Máxima
Idade	49,36	11,69	21	72
Tempo de espera fila transplante (meses)	25,93	24,88	1	156
Tempo de internação (dias)	11,67	11,59	1	74
Tempo rejeição do Órgão (dias)	19,06	35,47	1	150
Tempo entre Transplante e Óbito (dias)	29,63	26,57	9	74

Fonte: Elaboração do Autor, 2020

Tabela 4: Associação entre fatores sociodemográficos e clínicos com a rejeição do órgão transplantado, Imperial Hospital de Caridade entre 2013-2018

Variável	n	Rejeição n (%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	38	10 (26,2%)	0,028
Masculino	84	9 (10,7%)	
Faixa etária			
50 -72 anos	68	10 (14,7%)	0,767
21-49 anos	54	9 (16,7%)	
Cor da pele			
Branca	111	16 (14,4%)	0,623
Não branca	9	9 (22,2%)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	32	6 (18,8%)	0,761
Ensino Médio	49	7 (14,3%)	
Ensino Superior	19	4 (21,1%)	

continua

continuação			
Variável	n	Rejeição n (%)	Valor de p
Condição civil			
Com companheiro	95	15 (15,8%)	0,980
Sem companheiro	25	4 (16,0%)	
Causa da IRC*			
IRC não específica	102	15 (14,7%)	0,550
Rim policístico	10	1 (10,0%)	0,612
Glomerulonefrite	7	2 (28,6%)	0,299
Comorbidades			
Hipertensão Arterial	104	17 (16,3%)	0,929
Diabetes <i>Mellitus</i>	33	5 (15,2)	0,642
Obesidade	7	1 (14,3%)	0,885
Dislipidemia	9	3 (33,3)	0,161
Diálise	116	18 (15,5%)	0,393
Tipo diálise			
Hemodiálise	92	14 (15,2%)	0,794
Diálise Peritoneal	19	4 (21,1%)	0,485
Tipo de doador			
Morto	101	15 (14,0%)	0,676
Vivo	18	2 (11,1%)	
Tempo de espera na fila para transplante			
13 meses ou mais	44	11 (25,0%)	0,020
1 a 12 meses	27	1 (3,7%)	

*IRC- Insuficiência Renal Crônica

Fonte: Elaboração do autor, 2020

DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por pacientes submetidos ao transplante renal no período de 5 anos, em sua maioria do sexo masculino, cor da pele branca e média de idade em torno de 50 anos, perfil similar ao encontrado em outros estudos^(1,13-15). Andrade et al., em estudoque avaliou 600 pacientes transplantados renais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu de 1987 a 2011, identificaram que a maioria era do sexo masculino, raça caucasiana e média de idade de 45 anos (entre 2007 a 2011)⁽¹⁵⁾. No Hospital Universitário de Fortaleza- Ceará, Lira et al., identificaram perfil masculino entre os transplantados renais com idade média de 40,9 anos de idade⁽¹⁴⁾. Em Santa Catarina, pesquisa realizada por Ribeiro et al, com 51 pacientes transplantados em Chapecó, corroboram estes resultados, com média de idade 47,6 anos⁽¹³⁾. O perfil masculino e de adultos entre os transplantados pode indicar a dificuldade dos homens em realizar acompanhamento de saúde pelos serviços de atenção primária, uma vez que o adequado tratamento e controle do diabetes e da hipertensão podem reduzir os fatores de risco para instalação e progressão de doenças crônicas, entre elas da IRC⁽¹⁶⁻¹³⁾.

A maioria dos pacientes transplantados apresentou Insuficiência Renal Crônica não especificada como doença de base seguida de rim policístico e glomerulonefrite, com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como principais comorbidades. Resultado similar foi encontrado por Ribeiro et al., com 45,1% com diagnóstico de IRC não especificada, seguido por rins policísticos (15,7%)⁽¹³⁾. Ecker et al., em estudoque analisou 282 pacientes transplantados, identificaram como causa base aglomerulonefrite (36,8%), Diabetes Mellitus (9,2%), rins policísticos (7,0%), hipertensão arterial (1,8%) e 31,2% IRC não especificada⁽¹⁷⁾. No estudode Andrade et al., a glomerulonefrite também foi a doença de base mais prevalente entre os anos de 1987 a 2006, mas a partir de 2007 a IRC não especificada foi a mais frequente, com a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus* também como doença de base⁽¹⁵⁾. Segundo Oliveira et al.⁽¹¹⁾ e Evangelista et. al.⁽¹⁰⁾, a diabetes mellitus e a hipertensão arterial estão entre os principais fatores de risco para IRC. Entre os pacientes submetidos á diálise, identificaram que a HAS e a DM foram ás causas principais do diagnóstico dos pacientes em tratamento dialítico⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Entre os pacientes analisados, em torno de 96% realizava diálise antes do transplante renal, sendo a maioria hemodiálise. Pesquisas realizadas por Ionta et al.⁽¹⁾ Saito et al.⁽¹⁸⁾ e Andrade et al.⁽¹⁵⁾ corroboram estes resultados. Entre os tipos de diálise, a hemodiálise foi a mais prevalente 72,4%⁽¹⁴⁾ e 77,7%⁽¹⁾, o que indica o estágio avançado da doença renal crônica entre os pacientes submetidos a transplante renal.

A maioria dos transplantes foi realizada com órgão de doador morto e sem grau parentesco com o paciente. Resultado similar foi encontrado por Ionta et al.⁽¹⁾ com 66,6% do enxerto de doador morto e Ecker et al.⁽¹⁷⁾, com 64,5%. O estudo realizado por Borges et al., no interior de São Paulo, identificou 75% de doador morto⁽¹⁹⁾. De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, a maioria de transplantes realizados em 2016 (78,3%) foi de doador morto⁽¹²⁾, o que corrobora com os resultados do atual estudo.

Entre os pacientes transplantados, identificou-se o uso simultâneo de medicamentos imunossupressores, sendo os mais utilizados o Tacrolimo 5mg seguido do Metilprednisolona 500 mg, basiliximabe e Micofenolato de Mofetila 500mg, medicamentos indicados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Transplantes Renais do Ministério da Saúde, documento que define o tipo, dosagem e tempo de uso⁽²⁰⁾. No estudo realizado por Andrade et al., a principal terapia imunossupressora de escolha foi o Tacrolimo com Micofenolato 79,3%, sempre em combinação aos corticosteróides (Metilprednisolona)⁽¹⁵⁾. De acordo com Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (2014), basiliximabe, é um anticorpo monoclonal antirreceptores de IL-2 administrado nas primeiras horas do dia após o transplante para reduzir as taxas de rejeição do órgão. Portanto todos os medicamentos imunossupressores devem ser administrados no mesmo horário, respeitando as doses e recomendações médicas, o que evitará futuras complicações e rejeição do órgão⁽²⁰⁾. Para Pimenta et al.⁽⁸⁾ e Machado et al.⁽²¹⁾, estes medicamentos imunossupressores elevam as taxas de sobrevida em ambos os enxertos, evitando assim futuras rejeições dos órgãos.

A prevalência da rejeição do órgão transplantado ocorreu em 15,6% dos pacientes. Quanto ao tempo ocorrido entre a cirurgia de transplante e a rejeição do órgão, a média foi de 19 dias. Segundo Tizo et al.⁽²²⁾ e Macedo⁽²³⁾, as complicações pós transplantes renais podem manifestar-se em alguns pacientes e

as mais comuns são a disfunção inicial do enxerto, rejeições, infecções bacterianas, virais e fúngicas e problemas metabólicos associados a doenças de base. Os medicamentos imunossupressores podem estar associados à rejeição em doses muito alta, contrapondo em alguns casos. Ressaltam também que a rejeição hiperaguda (humoral), poderá iniciar minutos ou horas após o transplante, quanto à rejeição aguda ocorre em 20% a 80% uma semana após o transplante. Mas também o autor confirma que, a rejeição crônica possui maior prevalência de causa nos pacientes pós transplante renal, podendo ocorrer em duas semanas ou até anos⁽²²⁻²³⁾.

Entre os pacientes submetidos ao transplante renal, 4,1% foram a óbito e a principal causa do óbito registrada foi arejeição do órgão transplantado. A média entre a cirurgia de transplante e o óbito foi de 30 dias. Estudo realizado por Oliveira et al., no estado do Maranhão com 215 pacientes submetidos ao transplante renal, revela que o óbito ocorreu em 10,6% com tempo médio de sobrevivência de 14,4 (\pm 16,4) meses, e que a maioria dos óbitos ocorreu em um período menor que 1 ano após o transplante renal⁽¹¹⁾. Neste estudo, a causa mais frequente do óbito foi choque séptico (50%). O óbito por perda funcional do enxerto renal ocorreu em 20,9%, sendo causas mais frequentes: óbito com enxerto funcionando (38%); nefropatia crônica do enxerto (NCE), com 31%; e rejeição aguda (RA), com 13%⁽¹¹⁾. Em contrapartida Borba⁽²⁴⁾ identificou que o desfecho ao óbito poderá levar até 10 dias em 62,1%, com as complicações infecciosas como as causas principais dos óbitos (56,2%). De acordo com Lucena et al., entre as complicações pós transplante, a rejeição do enxerto ocorreu em 31,2%, sendo as complicações infecciosas as principais causas de morbimortalidade entre os transplantados renais e tem relação direta com o uso permanente de imunossupressores⁽⁶⁾.

A rejeição do órgão transplantado apresentou associação significativa com o sexo feminino. Em relação ao sexo feminino, a Sociedade Internacional de Nefrologia aponta que no ano de 2014 as mulheres apresentaram maior prevalência de IRC, estando mais propensas em desenvolver a doença em estágio avançado⁽²⁵⁾. Macedo⁽²³⁾ e Kirsztain⁽²⁵⁾ destacam que a maior vulnerabilidade das mulheres em desenvolver doença autoimune pode comprometer o sistema renal. Frente a este cenário, em 2018 foi lançado o dia Mundial do Rim a saúde da

mulher⁽²⁵⁾. Não foram encontrados estudos sobre a relação entre rejeição do órgão transplantado e sexo feminino, tema que deve ser aprofundado em pesquisas futuras.

O tempo de espera na fila de transplante superior a 12 meses apresentou associação significativa com a rejeição do órgão transplantado. De acordo com Machado et al.⁽²¹⁾, entre os pacientes que estão em fila de espera para transplante renal, apenas 20% conseguem realizar o transplante. No estudo de Ionta et al.⁽¹⁾, o tempo de espera na fila para o transplante renal variou de 6 a 33 meses (18 meses), exercendo impactos significativos sobre o bem estar, as probabilidades de cura, a natureza e extensão das sequelas nos pacientes e nos familiares envolvidos. São necessários novos estudos para maior compreensão sobre o impacto do tempo de espera na fila, o agravamento das condições clínicas e a rejeição do órgão transplantado.

O estudo apresenta limitações por ser tratar de uma análise transversal com dados de prontuário, sem possibilidade de estabelecer relação de temporalidade ou causalidade por parte das associações identificadas. Sugere-se a realização de estudos com outras metodologias para aprofundar os resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou um perfil de pacientes com transplante renal com predominância do sexo masculino, com companheiro, escolaridade de ensino médio, idade média de 50 anos e maior procedência de pacientes residentes nos municípios de Florianópolis e Criciúma. A Insuficiência Renal Crônica não especificada foi a principal causa base, com a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como principais comorbidades. A maioria dos pacientes realizava tratamento dialítico, com tempo médio de espera na fila para transplante superior a 1 ano. A rejeição do órgão transplantado apresentou associação significativa com o sexo feminino e maior tempo de espera para transplante.

Esses achados podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos pacientes pós transplante renal e colaborar para uma atenção hospitalar mais qualificada.

REFERÊNCIAS

1. Ionta MR, Silveira JM, Carvalho RDG, Silva SCC, Souza ACP, Magno IMN. Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram transplante renal em um hospital beneficente. Rev Paraense de Medicina - V.27 (4) out-dez 2013. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n4/a4080.pdf>
2. Menezes FG, Barreto DV, Abreu RM, Roveda F, Silva RF, Filho P. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. J Bras Nefrol - V.37 (3) jan-junh 2015 [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n3/0101-2800-jbn-37-03-0367.pdf>
3. Aquino AA, Sobrinho JFG, Silva AAA, Pestanal FKM, Rios BRM, Piris AP. O significado do transplante para o portador de doença renal crônica. REAS, Rev Eletrônica Acervo Saúde - V.9 Agost-Out 2017. [Acesso em 22 set 2018]. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS70.pdf>
4. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT, et. al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev de Saúde Pública - V. 44 (4) Fev 2010. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400007&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Gouveia DSS, Bignelli AT, Hokazono SR, Danucalov I, Siemens TA, Meyer F, et. al. Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. Jornal Brasileiro Nefrologia - V.39 (2) agost- set 2017. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n2/pt_0101-2800-jbn-20170019.pdf
6. Lucena AF, Echer IC, Assis MCS, Ferreira SAL, Teixeira CS, Steinmetz QL. Complicações Infeciosas no transplante renal e suas Implicações as intervenções de enfermagem: Revisão Integrativa. Ver Enferm UFPE online. Recife - V. 7 março 2013. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/85366>
7. Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. Rev Latino-Am. Enfermagem - V. 12 (3) mai-jun 2004. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a11.pdf>
8. Pimenta RCS, Diogo RC, Melaré BRA, Aguiar BR, Novo NF, Fernandes FA. Análise dos fatores sociodemográficos e epidemiológicos em relação à sobrevivência de pacientes transplantados renais de um Hospital Universitário e Filantrópico de Sorocaba- SP. Rev Fac Cienc Med Sorocaba

- V. 13 (4) set 2011. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/4356/pdf>
9. Azevedo LSF. Uma breve história do Transplante Renal. São Paulo: Serviço de Transplante Renal Hospital das Clínicas da FMUSP. [Acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: <https://uroupsp.hc.fm.usp.br/transplanterenal/oservico/Default.aspx>
 10. Evangelista FVP, Rocha VLC, Barbosa AS, Studart RMB, Bonfim IM, Barbosa VB. Caracterização e evolução clínica dos pacientes transplantados atendidos em uma Unidade Pós-Operatória de Alta Complexidade. Ver Enferm UFPI - V. 7 (1) jan-mar 2018. [Acesso em: 22 set 2018]. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6281/pdf>
 11. Oliveira MIG, Santos AM, Salgado N Filho. Análise da sobrevida e fatores associados à mortalidade em receptores de transplante renal em Hospital Universitário no Maranhão. Jornal Brasileiro de Nefrologia - V. 34 (3) set-julh 2012. [Acesso em: 26 set 2018]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300002
 12. Castro MCR. Manual de Transplante Renal: período pós transplante. In: Médica Nefrologista da Unidade de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Medicina da Universidade de São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. [Acesso em: 26 set 2018]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_transplante_pos.pdf
 13. Ribeiro MVG, Zanesco C, Berlezi G, Silva DTR. Perfil e desfecho clínico de pacientes transplantados renais em um serviço especializado: desfechos de um projeto de extensão. Cidadania em Ação - Rev de Extensão e Cultura, Florianópolis (SC) - V. 2 (2) jul-dez 2018. [Acesso em: 20 junh 2020]. Disponível em: <http://revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/10951/10802>
 14. Lira ALBC, Lopes MVO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)- V. 31 (1) mar 2010. [Acesso em: 20 junh 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a15v31n1.pdf>
 15. Andrade LGM, Garcia PD, Contti MM, Silva AL, Banin VB, Duarte JC, et. al. Os 600 transplantes renais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC da FMB) - UNESP: Mudanças ao longo do tempo. J Bras Nefrol - V. 36 (2) fev 2014. [Acesso em: 15 junh 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n2/0101-2800-jbn-36-02-0194.pdf>
 16. Souza EV Jr, Silva YS, Silva SR, Bomfim ES, Oliveira BG, Boery EM, et. al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante

- renal. Rev Saúde e Desenvolvimento - V. 11 (7) abr-jun 2017. [Acesso em: 14 junh 2020]. Disponível em:
<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/672/397>
17. Ecker R, Beltrame V, Dallacosta FM. Mortalidade pós- transplante renal. Rev Interdisciplinar de Estudos em Saúde - V. 9 (2) out 2019. [Acesso em: 20 junh 2020]. Disponível em:
<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1544/1082>
18. Saito PK, Yamakawa RH ,Dell’Agnolo CM , Carvalho MDB , Borelli SD , Pelloso SM. Terapia dialítica em mulheres do estado do Paraná, município de Maringá e região metropolitana. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina - V. 34 (1) jan-jul 2013. [Acesso em: 14 junho 2020]. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12253>
19. Borges DCS, Furino FO, Barbieri MC, Souza ROD, Alvarenga WA, Dupas Giselle. A rede e apoio social do transplantado renal. Rev Gaúcha Enferm - V. 37 (4) dez 2016. [Acesso em: 20 junh 2020]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160459519.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Imunossupressão no Transplante Renal. Portaria Nº 712, de 13 de Agost 2014. [Acesso em:08 junh 2020]. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/14/IMUNOSUPRESSAO-TRANSPLANTE-RENAL-MINUTA-Portaria-SAS-PCDT.pdf>
-
21. Machado EL, Gomes IC, Acurcio FA, César CC, Almeida MCM, Cherchiglia ML. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro - V. 28 (12) dez 2012. [Acesso em: 20junh 2020]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/10.pdf>
22. Tizo JM, Macedo LC. Principais complicações e efeitos colaterais pós transplante renal. Rev UNINGÁ Review - V. 24 (1) out-dez 2015. [Acesso em: 14junh 2020]. Disponível em:
<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1672/1284>
23. Macedo R. Doença renal crônica afeta mais mulheres que os homens. Vida & Ação - mar 2018. [Acesso em 15 junh 2020]. Disponível em:
<https://www.vidaacao.com.br/doenca-renal-cronica-afeta-mais-mulheres-do-que-homens/>
-
24. Borba LA. Fatores determinantes da sobrevida do paciente e do enxerto em receptores de rim de doador com critério expandido. Dissertação

(Mestrado)- Escola Paulista de Medicina. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - agosto 2014. [Acesso em: 15 junho 2020]. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/48988>

25. Kirsztain GM. Dia mundial do rim: os rins e a saúde das mulheres. São Paulo(SP): Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - março 2018. [Acesso em: 15 junho 2020]. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/sao/noticias/842-dia-mundial-do-rim-os-rins-e-a-saude-das-mulheres>

Agradecimentos

Obrigada a todos que estiveram ao meu lado, me apoiando no desenvolvimento deste estudo até a conclusão. Pela compreensão nos momentos difíceis e pelo carinho atribuído a mim durante o desenvolvimento do estudo. A todos os colaboradores do Hospital de Caridade do setor (SAME), co-orientadora Janaina da S. Machado, meus pais que me ensinaram a nunca desistir e enfrentar as dificuldades com sabedoria, a minha família que estava presente em todos os momentos e aos meus professores conhecedores e mestres do ensino. Sou imensamente grata pela dedicação da professora Fabiana Omenning da Gama em ensinar a bela arte de estudar e a minha professora e orientadora Márcia Regina Kretzer, que nunca desistiu e sempre esteve ao meu lado com paciência, amor e carinho, demonstrando todos os passos que deveria seguir no desenvolvimento do trabalho.