

Lista de espera para o transplante renal: revisão integrativa da literatura

Waiting list for kidney transplantation: integrative review of the literature

Anna Maria de Oliveira Salimena,¹ Micheli Rezende Ferreira,²

¹Enfermeira, Professora Doutora e Coordenadora do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora-FACENF/UFJF.

²Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais-FACENF/UFJF.

Resumo

Introdução: O déficit entre órgão disponibilizado e a demanda de indivíduos para a realização do transplante renal gera um grande contingente de inscritos na lista de espera. Esta se tornou a porta de entrada para a realização do procedimento e, por conseguinte, o meio essencial para a melhoria da qualidade de vida e a sua manutenção. **Objetivo:** Analisar a produção científica sobre os fatores associados, à lista de espera para o transplante renal em pacientes com Doença Renal Crônica. **Material e Métodos:** Estudo descritivo de revisão integrativa da literatura, nas bases de dados científicos do Portal CAPES e da Biblioteca Virtual da Saúde, buscando identificar e analisar a produção científica relacionados ao tema entre 2009 e 2013. Sendo que na caracterização da investigação identificamos 12 artigos. **Resultados:** Por meio da leitura criteriosa, da análise e discussão dos artigos desenvolvemos três unidades referentes a fatores associados ao ingresso na lista de espera que interfere no acesso ao transplante renal referente ao receptor de órgão, como também aos fatores clínicos, sociodemográficos, contextuais e o tipo de doação; aos aspectos subjetivos sobre a lista de espera para os indivíduos com Doença Renal Crônica mencionando sentimentos de esperança e desejo; e ao acesso a informação sobre a lista de espera e o transplante renal para orientar e auxiliar os indivíduos quanto a qualidade de vida e a realização de procedimentos nas fases do transplante. **Conclusão:** São necessários mais estudos abordando aspectos subjetivos do indivíduo em lista de espera para o transplante renal, na busca por um cuidado autêntico e solícito para a melhora da terapêutica e suas intervenções.

Descritores: Listas de Espera; Transplante de Rim; Diálise Renal; Enfermagem.

Abstract

Introduction: The deficit between demand and available individuals for kidney transplantation generates a large number of members on the waiting list. This has become the front door to the procedure and therefore, the essential means of improving quality of life and its maintenance. **Objective:** The aim of the present study is to analyze the scientific literature regarding the factors associated with the waiting list for renal transplantation in patients with Chronic Kidney Disease. **Materials and Methods:** We conducted an integrative review of the literature on the scientific databases, such as Portal CAPES and the Virtual Health Library. We sought to identify and analyze the scientific literature related to the main literature between 2009 and 2013. **Results:** Twelve articles were identified and reviewed. Through careful reading, analysis, and discussion of articles, we developed three units concerning factors associated with the entry on the waiting list as follows: (i) interference in the access to renal transplantation referring to the organ recipient, as well as the clinical, sociodemographic, contextual factors, and type of donation; (ii) subjective aspects on the waiting list for individuals with Chronic Kidney Disease regarding their feelings of hope and desire; and (iii) access to information about the waiting list and renal transplantation in order to guide and assist individuals regarding their quality of life and the performance of procedures on the phases of transplantation. **Conclusion:** Further studies addressing the subjective aspects of the individual on the waiting list for renal transplantation are necessary. We need to pursuit an authentic and solicitous care for the improvement of the therapy and intervention delivered.

Descriptors: Waiting Lists; Kidney Transplantation; Renal Dialysis; Nursing.

Recebido em 24/02/2014

Aceito em 09/05/2014

Não há conflito de interesse

Introdução

O indivíduo com Doença Renal Crônica (DRC), na fase de perda total da função renal, apresenta os rins danificados de tal forma que não conseguem sustentar a manutenção normal do meio interno, sendo responsáveis por desequilíbrios metabólicos, endócrinos, hidroeletrólíticos e ácidos básicos⁽¹⁾. Existe nesses casos tem a possibilidade de manutenção e prolongamento de vida por meio de Terapias Renais Substitutivas (TRS), como a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal⁽²⁻³⁾. A escolha da terapêutica está relacionada com as características individuais dos indivíduos, comorbidades associadas à DRC, gravidade, evolução da doença e fatores demográficos. Alterações nesses fatores podem conduzir à modificação para outra TRS⁽³⁻⁴⁾.

O transplante renal, em comparação a outras modalidades de tratamento, apresenta maior liberdade, melhor qualidade de vida e sobrevida para os indivíduos⁽²⁾. Para a concretização desse procedimento é necessário a doação de órgãos, definida como a retirada de um órgão ou parte dele de um doador, com a finalidade de transplantar em outra pessoa. O doador é classificado em dois tipos: intervivos-doador vivo e *post mortem*-doador falecido⁽⁴⁻⁵⁾.

De acordo com os dados estatísticos do Registro Brasileiro de Transplantes o número de transplantes renais vem aumentando nos últimos anos, sendo que em 2012 foram realizados 5.385 transplantes, 3.897 provenientes de doadores falecidos e 1.488 de doadores vivos. Mas, no mesmo ano a necessidade estimada de realização de transplantes renais foi de 11.445⁽⁵⁾. Observa-se que mesmo com o aumento na realização de transplantes, principalmente de doador falecido, o número de indivíduos inscritos para receber um rim é maior do que a demanda de oferta de órgãos, o que causa um déficit entre o órgão disponibilizado e o aumento do tempo de espera para realizar o transplante renal⁽⁶⁾.

Esse fato é corroborado pela existência da lista de espera do transplante renal que se tornou a porta de entrada para a realização do procedimento e, por conseguinte, o meio essencial para a melhoria da qualidade de vida e a sua manutenção⁽⁷⁾. Para o indivíduo entrar na lista de espera, é necessário a inscrição no cadastro técnico único de transplante de rim, a avaliação dos critérios de inclusão e posicionamento e a realização anual de exames para a sua manutenção no processo⁽⁷⁻⁸⁾. A aproximação da possibilidade do transplante renal traz consigo significações sobre a expectativa de melhorar a qualidade de vida, o seu estado de saúde e doença⁽⁶⁾.

Esta investigação se justifica por servir de elemento estratégico para analisar a tendência dos periódicos publicados sobre a temática, nortear a compreensão sobre o que existe na literatura referente à percepção da lista de espera para o transplante renal para os indivíduos com DRC e subsidiar a atuação do enfermeiro no que tange a inclusão do indivíduo e sua percepção do processo de espera pelo transplante renal.

O objetivo do presente trabalho é analisar a produção científica sobre os fatores associados, à lista de espera para o transplante renal em pacientes com Doença Renal Crônica.

Material e Métodos

Revisão integrativa da literatura com a finalidade de obter subsídios para a análise bibliográfica a respeito dos fatores associados à lista de espera para o transplante renal no indivíduo renal crônico⁽⁹⁾. A revisão integrativa da literatura consiste no planejamento de estratégias que avaliem criticamente os artigos selecionados que formarão o arcabouço do levantamento bibliográfico do tema proposto⁽¹⁰⁾. É um método de pesquisa descritivo e exploratório que permite ao pesquisador sintetizar os conhecimentos divulgados em artigos científicos, visando o rigor metodológico ao desenvolver as fases da análise de conteúdo, principalmente por trazer veracidade aos fatos relatados na pesquisa⁽⁹⁻¹¹⁾.

A revisão integrativa é caracterizada pela análise de pesquisas por meio da operação das seguintes fases: avaliação do tema, caracterização da investigação, definição da questão norteadora, critérios de inclusão e exclusão, avaliação dos dados coletados, interpretação dos resultados e a identificação das conclusões⁽¹¹⁾. Este estudo foi embasado pela questão norteadora: “Qual é a percepção sobre a lista de espera para o transplante renal?”. Utilizaram-se os seguintes descritores em português e inglês: lista de espera, diálise renal e transplante renal (*waiting lists, renal dialysis e kidney transplantation*), nas bases eletrônicas dos periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal CAPES) e da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), selecionando os artigos pela busca avançada em que empregamos: data de publicação (últimos cinco anos); tipo de material (artigos); idioma (qualquer idioma) e base de dados com tipo (textos completos), área de conhecimento (enfermagem). O levantamento foi realizado nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Obtivemos 2.449 publicações no Portal CAPES e 1.453 publicações na BVS, conforme o Quadro 1.

Por apresentar um número excessivo de resultados encontrados, procedeu-se a refinação da busca, agrupando-se os descritores (listas de espera AND diálise renal; listas de espera AND Transplante renal; Waiting Lists AND Renal Dialysis; Waiting Lists AND Kidney Transplantation) em combinação com o termo “enfermagem”. Obtivemos 113 artigos (Quadro 2).

O tratamento dos dados seguiu a seguinte ordem: leitura dos títulos, objetivos e resumo reunindo-se os conteúdos similares, segundo a pertinência e a coerência para com a temática do referencial adotado; após a leitura utilizou-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para o refinamento e seleção dos artigos; e posteriormente, foi realizada a exclusão de artigos por repetição e incoerência com o objetivo da pesquisa. Dentre os artigos provenientes da busca bibliográfica nas bases eletrônicas, identificamos 12 artigos para análise.

Os critérios de inclusão foram os artigos divulgados entre 2009 e 2013, cujos conteúdos contemplaram o tema “lista de espera para o transplante renal na área de conhecimento da enfermagem”. Já os critérios de exclusão foram artigos referentes a outras disciplinas da área da saúde e artigos contendo pesquisas desenvolvidas com crianças e adolescentes, pois esses não se relacionam com o objeto de estudo e não compõem o levantamento de artigos para embasar o referencial teórico do

Quadro 1. Distribuição quantitativa das bibliografias encontradas nas bases de dados.

Descritores	Bases consultadas	
	Portal CAPES (*)	BVS (**)
Listas de espera	981	901
Diálise renal	377	4.807
Transplante renal	1.091	1.453
Total	2.449	7.161

(*)Área de conhecimento: ciências da saúde e Subgrupo: Enfermagem.

(**) BVS: Biblioteca Virtual da Saúde em Subgrupo Enfermagem

Quadro 2. Distribuição do acervo segundo bases consultadas e descritores, no período de 2009 a 2013. Juiz de Fora, 2014

Descritores	Bases consultadas	
	Portal CAPES (*)	BVS (**)
Listas de espera AND Diálise renal	6	8
Listas de espera AND Transplante renal	16	11
Waiting Lists AND Renal Dialysis	59	9
Waiting Lists AND Kidney Transplantation	2	2
Total	83	30

(*)Área de conhecimento: ciências da saúde e Subgrupo: Enfermagem.

(**)BVS: Biblioteca Virtual da Saúde em Subgrupo Enfermagem.

Quadro 3. Acervos e sua caracterização segundo periódico, título, autores, ano de divulgação e delineamento metodológicos. Juiz de Fora, 2014

Título	Autores	Periódico	Ano	Delineamento
CAPEs				
Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005 ⁽¹²⁾ .	Machado EL, Cherchiglia ML, Acúrcio FA.	Ciência & Saúde Coletiva. 16(3):19-81-92.	2011	Estudo quantitativo Coorte Quase-experimental Longitudinal Nível evidência IIB
Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil ⁽¹³⁾ .	Santos PR.	J Brasil Nefrologia, 33(2):16-6-72.	2011	Estudo Quantitativo Quase-experimental Nível evidência IIB
Iniquidades no acesso ao transplante renal para pacientes com doença renal crônica terminal no Brasil ⁽¹⁴⁾ .	Machado EL, Caiaffa WT, César CC, et al.	Cad Saúde Pública, 27(S2):284-97.	2011	Estudo quantitativo Prospectivo Não-concorrente Não-experimental Nível evidência IV
Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil ⁽¹⁵⁾ .	Machado EL, Gomes IC, Acurcio FA, et al.	Cad Saúde Pública, 28(12):2315-26.	2012	Estudo quantitativo Coorte Não-concorrente Quase-experimental Nível evidência IIB
Kidney and liver transplants from donors after cardiac death: initial experience at the London Health Sciences Centre ⁽¹⁶⁾ .	Hernandez AR, Caumartin Y, Chent C, et al.	Canadian Journal of Surgery. 53(2):93-102	2010	Estudo Quantitativo Retrospectivo Quase-experimental Nível evidência IIB
BVS				
À espera de um transplante de rim: experiências de terapia de hemodiálise dos pacientes ⁽¹⁷⁾ .	Moran A, Scott A, Darbyshire P.	J Adv Nurs; 67(3):50-1-9,	2011	Estudo Qualitativo Fenomenologia Quase-experimental Nível evidência IV
Renal replacement therapy: available information versus demands of patients ⁽¹⁸⁾	Joo DJ, Son S, Kim HJ, et al.	Transplant Proc. 44(1):91-3.	2012	Estudo Quantitativo Não-experimental Nível evidência IIB

Willingness to pursue live-donor kidney transplantation among waitlisted patients infected with human immunodeficiency virus (HIV): a preliminary investigation ⁽¹⁹⁾ .	Rodrigue JR, Paek MJ, Egbuna O, et al.	Transpl ntati95(6):787-90.	2013	Estudo Quantitativo Quase-experimental Nível evidência IV
The role of an interdisciplinary transplant team on living donation kidney transplantation program ⁽²⁰⁾ .	Fonouni H, Golriz M, Mehrabi A, et al.	Transpl nt Proc. 42(1):13 7-40.	2010	Estudo Quantitativo Experimental Nível evidência IIB
OUTROS				
Idealizar o amanhã: vivendo entre a esperança e a desesperança num transplante renal ⁽²¹⁾ .	Cabral FH.	Cuid Arte Enf 3(2):113- 119.	2009	Estudo Qualitativo Descritivo Quase-exploratória Nível evidência IV
Sentimentos de mulheres frente à espera do transplante renal ⁽²²⁾ .	Salimena AMO, Chagas DNP, Melo MCSC, et al.	Enf. Brasil. 9(6):346- 354.	2010	Estudo Qualitativo Quase-Exploratória Descritivo Nível evidência IV
Sentimentos e expectativas de clientes com doença renal crônica aguardando transplante renal ⁽²³⁾ .	Xavier BLS, Santos I.	R Pesq Cuid Fundam (online). 4(4):283 2-40	2012	Estudo qualitativo Descritivo sociopoético Quase-experimental Nível evidência IV

Resultados

Na caracterização da investigação identificamos 12 artigos por meio da leitura criteriosa, da análise e discussão dos dados.

O Quadro 3 mostra acervos e sua caracterização segundo periódico, título, autores, ano de divulgação e delineamento metodológicos. Entre os artigos provenientes da busca bibliográfica nas bases de dados, identificou-se uma amostra de cinco artigos do Portal CAPES, quatro da BVS em Enfermagem e três em por análise de referências. As seguintes categorias foram desenvolvidas a partir das publicações: fatores associados ao ingresso na lista de espera; aspectos subjetivos sobre a lista de espera para os indivíduos com DRC e acesso à informação sobre a lista de espera e o transplante renal.

Fatores associados ao ingresso na lista de espera

Machado, Cherchiglia e Acúrcio⁽¹²⁾ identificaram e quantificaram o perfil de 835 pacientes inscritos na lista de espera para o

transplante renal, entre 2000 e 2004, fazendo a caracterização dos pacientes da seguinte forma: aqueles que permaneciam na fila de espera (46,2%); sexo masculino (62,3%); média de idade de 43,6 anos ($\pm 12,1$); média de tempo de 1,7 anos ($\pm 2,4$) para a inclusão na lista de espera; e média de tempo de 2,2 anos ($\pm 1,5$) da inclusão na lista de espera até a realização do transplante. O estudo apresenta variáveis sociodemográficas e clínicas que podem influenciar no acesso ao transplante renal, tendo como determinantes a escassez de medidas de promoção da saúde e prevenção da DRC; falta de capacitação profissional; acompanhamento, monitoramento e controle dos grupos de risco; dificuldade na realização dos exames pré-transplante e consultas; dificuldades na captação de potenciais doadores; subnotificação dos hospitais da Morte Encefálica (ME) e funcionamento não efetivo da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos para Transplantes (CIHDOTT). Como propostas realização de ações preventivas e promoção da

saúde, responsabilização do centro transplantador pelos exames pré-transplantes e consultas, reserva de leitos para a manutenção do doador e sensibilização da população por meio da mídia e ações educativas para a doação e mudanças referentes à seleção do receptor, como, por exemplo, aumentar a valorização do tempo de espera.

O nível da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise (HD) é diferente entre os inscritos e não inscritos na lista de espera para transplante renal. A comparação mostra que os não inscritos eram mais velhos (53,7 *versus* 36,3 anos), tinham mais comorbidades como diabetes (15,8 *versus* 4,7%) e hipertensão (35,5 *versus* 12,9%), apresentavam creatinina mais baixa (11,5 *versus* 13,5 mg/dL) e morreram mais frequentemente no período de 12 meses (21,1 *versus* 5,9%) e possuíam pontuações mais baixas nas dimensões de qualidade de vida (QV), como capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais⁽¹³⁾.

O estudo sobre as iniquidades no acesso ao transplante renal para pacientes com doença renal crônica terminal no Brasil, embasou-se no Banco de Dados Nacional das TRS para analisar os fatores sociodemográficos, clínicos e contextuais associados ao acesso para transplante renal. A amostra foi de indivíduos em diálise e tendo como caracterização: sexo masculino (57,1%); faixa etária de 45 a 64 anos; em média 1,96 ± 3,14 hospitalizações; e com 34,7% dos diagnósticos não foi determinado; e contextual relativa tanto à unidade de diálise (nível de complexidade, natureza jurídica, máquinas de hemodiálise e localização) e quanto à região geográfica (região sudeste e em cidades com índice de desenvolvimento humano maior ou igual a 0,8). Nos resultados os pesquisadores assinalaram diferenças no acesso de acordo com fatores sociodemográficos, clínicos, geográficos e sociais, indicando que existem disparidades evitáveis para os indivíduos que concorrem por um órgão na lista de espera, chegando à conclusão de que o sistema de alocação de órgãos não conseguiu eliminar as desigualdades encontradas no estudo⁽¹⁴⁾.

Machado, Gomes, Acúrcio, et al.⁽¹⁵⁾ analisaram os fatores associados ao acesso para transplante renal com doador vivo e falecido. No resultados 22,7% dos pesquisados foram transplantados, sendo influenciado por variáveis sociodemográficas e clínicas. A estimativa do risco para o acesso ao transplante renal para a doação intervivos foi relacionada à idade, ao tempo de diálise, a residência, ao tipo sanguíneo e ao diabetes. Para a doação *post mortem* foi relacionada ao tempo de diálise antes de inclusão na fila de espera e o tipo sanguíneo. Estes foram os aspectos clínicos relevantes ao acesso à lista de espera. Os autores concluem que as desigualdades sociodemográficas são amenizadas pelo sistema de alocação de órgãos.

Hernandez, Caumartin, Chent, et al.⁽¹⁶⁾ estudaram a disparidade entre o número de pacientes à espera de um transplante e a disponibilidade de doadores de órgãos. Relatam que o desenvolvimento do programa de doação após a morte cardíaca teve um aumento de 14% de doadores e que os resultados observados nos transplantados foram favoráveis quando comparados com o transplante por doadores após ME.

Concluíram que a doação após a morte cardíaca é importante para diminuir a disparidade entre a lista de espera e a doação, pois aumenta o número de órgãos disponíveis para transplante. Fonouni, Golriz, Mehrabi, et al.⁽²⁰⁾ analisaram o efeito de uma equipe interdisciplinar referente ao aumento da taxa de doação intervivos. Como resultado, observou-se aumento tanto na doação intervivos quanto *post mortem*. O tempo de duração na lista de espera teve uma diminuição significativa referente ao aumento do enxerto de doador vivo e, também, um ligeiro aumento no número de doação por ME, além de reduzir o tempo de isquemia fria da doação intervivos. Concluíram que a equipe interdisciplinar influenciou nos procedimentos de doação. A equipe com planejamento e desenvolvimento de procedimentos técnicos interfere positivamente na doação e no processo de transplante renal.

Aspectos subjetivos sobre a lista de espera para os indivíduos com DRC

Moran, Scott e Darbyshire⁽¹⁷⁾ relatam as experiências dos pacientes com DRC em hemodiálise à espera do transplante renal. Como resultados, encontraram três temas: esperança, incerteza e restrições. Descrevem as experiências dos participantes então relacionadas à espera pelo transplante. No início existe a esperança de realização do procedimento e, com tempo de espera indefinida, surge a incerteza, significando uma incapacidade de contemplar oportunidades futuras por impedir a realização de atividades cotidianas na realização da hemodiálise. Relatam⁽¹⁷⁾ que os enfermeiros devem orientar os pacientes em relação ao transplante renal, de modo que eles sejam capazes de reconhecer e lidar com as suas preocupações sobre o transplante de rim.

Cabral⁽²¹⁾ teve como objetivo compreender como vive a pessoa com DRC em hemodiálise. Na análise emergiram sete variáveis: vivendo uma vida saudável; viver com as limitações impostas pela hemodiálise; manifestações vivenciadas pela pessoa com DRC em hemodiálise; a família na ótica da pessoa com IRC; reaprender a viver dentro do novo estilo de vida; idealizar o amanhã e a percepção dos cuidados de enfermagem. O resultado revelou duas categorias: a esperança do transplante como desejo por permitir a normalidade da vida, como constituir família, realizar as atividades de vida diária sem restrições; e ficar descomprometido com a hemodiálise, a desesperança, fatores negativos que influenciam como: tempo de espera, insegurança em fazer um transplante, outras doenças e a idade. Concluíram que mesmo ocorrendo fatores que influenciaram negativamente a esperança, esta permanece, embora de forma menos intensa. Salimena, Chagas, Melo, et al.⁽²²⁾ investigaram sobre os sentimentos das mulheres que aguardam na fila de espera por um transplante renal. A análise compreensiva revelou o enfrentamento no impacto do diagnóstico, o significado da lista de espera e o apoio dos profissionais, da família e da religião. Neste estudo percebeu-se que as pacientes que aguardam pelo transplante renal têm expectativas de melhorar a qualidade de vida após a realização do transplante renal e esperam não realizar o tratamento hemodialítico.

Xavier e Santos⁽²³⁾ analisaram a dimensão imaginativa de clientes em hemodiálise aguardando transplante renal. Pela análise categorial foram delimitados 62 temas, sendo que predominaram sentimentos negativos como: incerteza, medo da finitude da vida, dependência dos cuidados de saúde e dependência para gerir a vida. Como sentimentos positivos predominaram esperança de felicidade, vontade de viver, bem-estar e superação de dificuldades. Além de inferir dos temas a ambiguidade por parte dos participantes como no uso de termos dicotômicos como: esperança e desesperança; e sofrimento e bem-estar. Como conclusão delimitou-se que o tema “segurança” está relacionado à expectativa sobre o transplante sendo que o risco que os participantes se submetem visa à continuidade de sua existência com qualidade de vida. Mostra, assim, uma proposta de cuidar da enfermagem baseada na ajuda aos participantes pela educação e da promoção do bem-estar, mesmo em fase de expectativas de incerteza quanto à sobrevivência.

Acesso à informação sobre a lista de espera e o transplante renal

Joo, Son e Kim⁽¹⁸⁾ analisaram o estado atual de informações sobre terapia de substituição renal e as demandas educacionais de pacientes transplantados renais. Os resultados mostraram que os participantes receberam a informação sobre hemodiálise (87,5%); transplante renal (69,4%) e diálise peritoneal (48,6%). Essa informação foi fornecida pelo médico cirúrgico, coordenadores de transplantes, nefrologistas, membros da família, outros pacientes, enfermeiro e meios de comunicação de massa ou internet. Os autores⁽¹⁸⁾ avaliaram que o transplante renal é a melhor alternativa para a qualidade de vida nos quesitos: trabalho; gravidez e parto; viajar e dieta. Concluíram que na descoberta da DRC, os pacientes não estavam inteiramente informados sobre o transplante e sua melhoria na qualidade de vida.

Rodrigue, Paek, Egbuna, et al.⁽¹⁹⁾ pesquisaram a relação entre pacientes com DRC infectados ou não pelo vírus HIV e seus conhecimentos referentes à lista de espera para o transplante renal. O grupo de pacientes com HIV apresentou conhecimento significativamente menor e uma menor vontade de receber a doação. A maioria dos pacientes sentiu que o seu estado sorológico reduzia a chance de ter um doador. Os pesquisadores concluem que a equipe de saúde deve incentivar o acesso à informação sobre os benefícios do transplante e a doação de órgãos, tornando-se essencial para a decisão de entrar na lista de espera.

Discussão

Os estudos referentes aos fatores associados ao ingresso na lista de espera descrevem as influências que interferem no acesso ao transplante renal referente ao receptor de órgão como: fatores clínicos, sociodemográficos, contextuais e o tipo de doação (intervivo ou *post mortem*)^(12-16,20).

O transplante renal se tornou uma escolha terapêutica para o paciente com DRC, principalmente pelos avanços na técnica cirúrgica, o uso de terapia imunossupressora e a disponibilidade

de cuidados intensivos. Assim a recusa para o procedimento cirúrgico, quanto à contraindicação referente à idade, vem sendo diminuído por consequência do avanço tecnológico da área cirúrgica, como exemplo os transplantes realizados em recém-nascidos e em indivíduos com idade superior a 70 anos⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Ainda existem contraindicações no aspecto clínico para o transplante, como neoplasias malignas ou tratamento com menos de dois anos de acompanhamento (risco aumentado de metástases potencialmente induzida pela imunossupressão); doença pulmonar crônica avançada ou doenças cardíacas graves sem indicação de tratamento cirúrgico ou intervencionista; vasculopatia periférica grave com sinais clínicos evidentes de insuficiência vascular periférica ou com estudo de *Doppler*, mostrando lesões graves nas artérias ilíacas e cirrose hepática⁽²⁶⁾.

Além das características individuais dos sujeitos, o acesso ao transplante sofre interferência dos fatores demográficos que são essenciais para a compreensão de sua realidade social, pois existe um número maior de receptores nas filas de espera do que de órgãos disponibilizados; comorbidades e fatores de risco referentes ao receptor; fatores associados à doação de órgãos, como a demora na notificação e manutenção do potencial doador⁽²⁷⁾.

Com relação à doação de órgãos para o transplante renal a recepção pode ser de doador vivo e falecido. No primeiro caso, toda pessoa adulta sadia que possua a função renal normal e que não apresente risco de DRC ou de outros órgãos após a doação poderá ser um potencial doador⁽²⁸⁾. No segundo caso, o critério para doação é o indivíduo com diagnóstico de morte encefálica, excluídas as contraindicações clínicas que possam causar risco para os receptores⁽²⁹⁾. Para uma parte desses indivíduos, a doação intervivos não se torna acessível por motivos, como compatibilidade genética, recusa do doador (geralmente por um familiar ou cônjuge) e recusa do receptor (medo do doador ter DRC e complicações cirúrgicas). A doação *post mortem* se torna o meio essencial para a realização do transplante e para obter acesso, o indivíduo deverá estar cadastrado na lista de espera⁽³⁰⁻³¹⁾.

O Cadastro Técnico Único é direito de todos os indivíduos com DRC na fase V que estejam em tratamento dialítico ou em tratamento conservador com TFG (*clearance* de creatinina) menor que 20 ml/min/1,73m² de superfície corporal e indivíduos que retornaram à TRS após realização de transplante renal, na ocorrência de rejeição e perda do enxerto durante o período de seis meses após a realização do transplante^(1,3). A classificação dentro da lista de espera está relacionada ao tempo de espera ou ao tempo de diálise, mas poderão ser adotados outros critérios como a seleção por compatibilidade do antígeno leucocitário humano (HLA). Além desses critérios, existem os de priorização de receptores que apresentem ausência de via de acesso para o tratamento dialítico e receptores crianças menores de 12 anos que possuem doador criança com idade inferior a 12 anos^(26,32).

Estudos^(16,20) mostraram ações favoráveis para diminuir o déficit entre o número de pacientes à espera do transplante e a disponibilidade de órgãos, como a doação de morte cardíaca e

o incentivo da equipe multidisciplinar no aumento da doação intervivos. No Brasil e no mundo tem ocorrido um aumento expressivo do número de transplantes, embora ainda insuficiente diante da demanda acumulada de indivíduos com DRC na lista de espera para o transplante renal. De acordo com estudos dos últimos anos, existe uma desproporção entre a lista de espera que se alonga e a relação com a discreta elevação na quantidade de transplantes renais. Em decorrência de tal fato, não existe uma previsão do tempo de espera para a realização do procedimento, ocasionando um elevado número de mortes nas filas de espera⁽⁷⁾. Pode-se elevar que a limitação seja decorrente do aumento constante na prevalência da população de comorbidades, como hipertensão arterial e diabetes, que são fatores de risco para o desenvolvimento da DRC; carência de órgãos para doação e dificuldade no processo de captação, referente à subnotificação dos hospitais, processo de diagnóstico de ME lento e dificuldades na manutenção do potencial doador falecido^(12,14,26).

Para tentar estender o número de potenciais doadores, foram desenvolvidas propostas como a ampliação dos critérios de aceitação de doadores por ME, sendo aceitos doadores considerados como “limítrofes”, em que inclui indivíduos que não possuem critérios ótimos para classificação como doadores, mas que são compatíveis com uma sobrevida tanto no caso do doador quanto no caso do receptor e a estimulação da doação intervivos pela equipe multidisciplinar dos centros de diálise e do transplante⁽³³⁾.

Os aspectos subjetivos sobre a lista de espera para os indivíduos com DRC foram reunidos nos estudos sobre as experiências e vivências dos indivíduos com DRC à espera do transplante renal, vindo à tona sentimentos e expectativas sobre a o transplante renal e a lista de espera. Os estudos mencionam os sentimentos de esperança na realização do procedimento e do transplante sendo o desejo de permitir a normalidade e melhora de vida como: constituir família, realizar as atividades de vida diária sem restrições; felicidade pelo descompromisso para com a hemodiálise; pela vontade de viver bem e saudável; pela superação de dificuldades e por ter a chance de reaprender a viver consigo mesmo e com os familiares e poder idealizar seu futuro. Apresentam sentimentos negativos como a incerteza e desesperança referente ao tempo de espera indefinido; insegurança em fazer um transplante e ter comorbidades após a realização do procedimento; medo da DRC, do tratamento, dos resultados incertos, da limitação física e da finitude da vida; angústia da espera pelo transplante e de estar em alerta para o chamado da equipe transplantadora. Além de apresentar ambiguidade des como no uso de termos dicotômicos, como: esperança e desesperança; sofrimento e bem-estar^(17,21-23).

Muitos deles acreditam que o transplante renal seja a resolução do problema e a lista de espera sendo o passo essencial para tal procedimento. Desenvolvem estratégias de enfrentamento para lidar com as alterações no seu cotidiano^(22,30). Pois apesar dos avanços atuais na assistência a saúde da pessoa com DRC, a debilidade física apresenta considerável impacto no estilo de vida dessa população e nas demandas psicossociais, que se tornam tão importantes quanto às restrições fisiológicas⁽²²⁾.

Cada indivíduo lida com a espera pelo transplante renal, de maneira individual e subjetiva não existindo um padrão de comportamento e de adaptação. Vários fatores influenciam na vivência de cada indivíduo, como sua condição física, psíquica, sociocultural e sua história de vida. Estes fatores interferem na maneira de responder às condições de saúde como na DRC, nas alterações provocadas pelo tratamento dialítico e na espera pelo transplante renal, responsáveis por necessidades de adaptação do indivíduo e modos de enfrentamento baseados na emoção^(3,22).

Informações sobre a DRC, a terapêutica e a lista de espera para o transplante renal orientam e auxiliam os indivíduos, destacando pontos significativos para a sua qualidade de vida, bem como para a realização dos procedimentos necessários em cada fase para se chegar à sua realização. O acesso a informação e suas demandas educacionais são pontos importantes para a equipe multidisciplinar abordar para incentivar a reflexão e a autenticidade dessas pessoas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Estão disponíveis, ao indivíduo ou ao seu representante legal, nas unidades de diálise, as seguintes informações: a opção de cadastrar ou não na lista de espera; o esclarecimento quanto ao Cadastro Técnico Único; as avaliações físicas e psicológicas para o transplante renal e anuidade dos exames necessários; orientação relacionadas à forma de como proceder ao serem chamados pela equipe de captação, como estado permanente de alerta, localização fácil, atualização de endereço residencial e telefone⁽⁸⁾. A educação desses indivíduos interfere positivamente, quando existem falhas na adesão ao tratamento da TRS e no pré e pós-transplante ou na dificuldade do entendimento de questões terapêuticas e socioeconômicas advindas de seu cotidiano^(4,8).

O enfermeiro tem uma função essencial no desenvolvimento do cuidar especializado mantendo a qualidade de vida ao se realizar qualquer um dos tipos de TRS e/ou transplante renal que podem ser expressos pelas várias dimensões que os constituem como: assistência, administração, pesquisa, ensino e ética^(8,34). Assim, para a reflexão sobre o cuidado faz-se necessário indagar à respeito da realização de suas dimensões, suas inter-relações e influências no vínculo entre enfermeiro e indivíduo, ao passo que o ensino se torna o alicerce para a educação continuada do indivíduo, sanando suas dúvidas sobre seu estado de saúde^(8,12,34).

De acordo com estudos já realizados percebemos que se fazem necessárias mudanças no sistema de saúde para assistir os indivíduos portadores de DRC. Os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados para a importância da informação sobre a doença, o tratamento, os aspectos emocionais e sociais para pacientes com DRC e seus familiares nos níveis primário, secundário e terciário para um cuidado autêntico e solícito.

Conclusões

A revisão integrativa da literatura possibilitou identificar 12 artigos abordando fatores associados à lista de espera do transplante renal em pacientes com Doença Renal Crônica nos últimos cinco anos. Observamos as influências dos fatores clínicos, fisiológicos, sociodemográficos e contextuais, além

de determinantes referentes à doação e captação de órgãos. É importante o incentivo de pesquisas que incluam aspectos subjetivos do indivíduo em lista de espera, uma vez que existem vários sentimentos envolvidos na maneira como age e reage ao processo do transplante renal, mostrando a expressividade desta etapa na vida dessas pessoas.

Referências

1. Kukla A, Adulla M, Pascual J, Samaniego M, Nanovic L, Becker BN, et al. CKD stage-to-stage progression in native and transplant kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2008;23(2):693-700.
2. Rocha RPF, Santos I. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2009;1(2):423-33.
3. Lopes FS, Pissulin FDM, Najas CS, Leite MD, Camargo JGM, Torres DB, et al. Influência do exercício isotônico pré-dialítico. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(4):170-5.
4. Xavier BLS, Santos I. Expectativas do cliente em hemodiálise sobre o transplante renal: estudo sociopoético. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2010;2(4):1441-9.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012). *Registro Bras Transpl*. Vol. 18, N. 4, Jan/Dez, 2012.
6. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. *Rev AMRIGS*. 2012;56(3):199-203.
7. Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):274-8.
8. Flores RV, Thomé EGR. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):687-90.
9. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(3):549-56.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6.
12. Machado EL, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1981-92.
13. Santos PR. Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil. *J Bras Nefrol*. 2011;33(2):166-72.
14. Machado EL, Caiaffa WT, César CC, Gomes IC, Andrade ELG, Acúrcio FA, et al. Iniquidades no acesso ao transplante renal para pacientes com doença renal crônica terminal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):284-97.
15. Machado EL, Gomes IC, Acúrcio FA, César CC, Almeida MCM, Cherchiglia ML. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(12):2315-26.
16. Hernandez AR, Caumartin Y, Chent C, Levstik MA, Quan D, Muirhead N, et al. Kidney and liver transplants from donors after cardiac death: initial experience at the London Health Sciences Centre. *Can J Surg*. 2010;53(2):93-102.
17. Moran A, Scott A, Darbyshire P. À espera de um transplante de rim: experiências de terapia de hemodiálise dos pacientes. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):501-9.
18. Joo DJ, Son S, Kim HJ, Lee JE, You JY, Kim MS, et al. Renal replacement therapy: available information versus demands of patients. *Transplant Proc*. 2012;44(1):91-3.
19. Rodrigue JR, Paek MJ, Egbuna O, Waterman AD, Pavlakis M, Mandelbrot AM. Willingness to pursue live-donor kidney transplantation among waitlisted patients infected with human immunodeficiency virus (HIV): a preliminary investigation. *Transplantation*. 2013;95(6):787-90.
20. Fonouni H, Golriz M, Mehrabi A, Oweira H, Schmied BM, Muller SA, et al. The role of an interdisciplinary transplant team on living donation kidney transplantation program. *Transplant Proc*. 2010;42(1):137-40.
21. Cabral FH. Idealizar o amanhã: vivendo entre a esperança e a desesperança num transplante renal. *Cuid Arte Enf*. 2009;3(2):113-9.
22. Salimena AMO, Chagas DNP, Melo MCSC, Soares TC, Magacho EJC. Sentimentos de mulheres frente à espera do transplante renal. *Enf Brasil*. 2010;9(6):346-54.
23. Xavier BLS, Santos I. Sentimentos e expectativas de clientes com doença renal crônica aguardando transplante renal. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2012;4(4):2832-40.
24. Freire SG, Freire ILS, Pinto JTJM, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Rev Esc Anna Nery*. 2012;16(4):761-6.
25. Peri F, Tomasi PT. Processo de doação, captação e transplante de órgãos: um levantamento dos casos ocorridos no HUST no período de maio/2010 a maio/2011. *Rev Unoesc Ciênc*. 2012;3(2):199-217.
26. Pereira WA, Fernandes RD, Soler WV. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da associação brasileira de transplante e tecidos. São Paulo: Companygarf; 2009.
27. Campos CJG, Turato ER. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):799-805.
28. Barreto MS, Silva MAA, Sezeremeta DC, Basílio G, Marcon SS. Conhecimentos em saúde e dificuldades vivenciadas no cuidar: perspectiva dos familiares de pacientes em tratamento dialítico. *Rev Ciênc Cuid Saúde*. 2011;10(4):722-30.
29. Sanner MA, Lagging E, Tibell A. The kidney recipient's path to transplantation: a comparison between living and deceased kidney donor recipients in Stockholm, Sweden. *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26(3):1053-7.
30. Pilger C, Rampari EM, Waidman MAP, Carreira L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Rev Esc Anna Nery*. 2010;14(4):677-83.

31. Barros PMR, Araújo EC, Lima LS. Transplante de órgãos e tecidos: aspectos históricos, ético-legais, emocionais e repercussão na qualidade de vida. *Rev Enf UFPE*. 2009;3(4):416-25.
32. Noronha IL, Mesquita PGM, Pestana JOM. Transplante renal no paciente diabético com doença renal crônica. *J Bras Transpl*. 2010;13:1374-82.
33. Baquero A, Alberú J, Abbud-Filho M. I Fórum de bioética em transplante da America Latina e Caribe: o documento de Aguascalientes. *J Bras Transpl*. 2010;13:1329-92.
34. Rodrigues TA, Botti NCL. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):528-30.

Endereço de correspondência:

Rua José Lourenço Kelmer, Campus Universitário -
São Pedro, Juiz de Fora - MG, 36037-000.

E-mail: annasalimena@terra.com.br
