

## ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE REALIZARAM TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL BENEFICENTE<sup>1</sup>

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC PROFILE ANALYSIS OF KIDNEY TRANSPLANTED PATIENTS IN A BENEFICENT HOSPITAL

Márcia Rodrigues IONTA<sup>2</sup>, Juliana Meschede da SILVEIRA<sup>2</sup>, Renan Domingues Gavião de CARVALHO<sup>2</sup>, Silvana Conceição Campos da SILVA<sup>3</sup>, Alzira Carvalho Paula de SOUZA<sup>3</sup> e Ismaelino Mauro Nunes MAGNO<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** verificar os transplantes realizados no período de cinco anos, identificar e caracterizar a amostra quanto ao sexo, tipo de enxerto transplantado, comorbidade mais prevalente, modalidade dialítica prévia e tempo médio de espera para a realização do transplante. **Método:** realiza-se um estudo descritivo e transversal, no serviço de nefrologia do Hospital Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente, Pró-rim, Belém-PA, no período de março de 2006 a maio de 2011, com a coleta dos dados realizada através da lista de cadastro dos pacientes que já haviam realizado transplante. **Resultados:** o tempo médio de espera para a realização do transplante foi de 18 meses, com variação de 6 a 33 meses; 9 pacientes haviam realizado transplante renal, sendo 22,2% (2) do sexo feminino e 77,7% (7), do sexo masculino; 33,3% (3) receberam enxerto de doador vivo e 66,6% (6) receberam de doador falecido; a comorbidade mais prevalente foi diabetes Mellitus, seguida de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica; 77,7% (7) estavam em programa de hemodiálise e 22,2% (2), em diálise peritoneal. **Conclusão:** o sistema brasileiro de saúde começou a dar atenção à prevenção e ao diagnóstico precoce na doença crônica renal, mas as iniciativas públicas neste meio ainda são incipientes. a estatística positiva dos resultados dos transplantes ocorre pela possibilidade de ser realizado com sucesso tanto de doadores vivos, quanto de doadores falecidos, além de o paciente portador de insuficiência renal crônica possuir longa sobrevida em programas de diálise, à espera do transplante.

**DESCRITORES:** transplante renal; diálise; insuficiência renal crônica.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica atinge dois milhões de brasileiros, no qual 60% não sabem que tem a doença. Aproximadamente 90 mil pacientes com insuficiência renal crônica estão em tratamento dialítico, de acordo com o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2011) e apenas 47% dos pacientes, em programa, estão na lista de espera por um transplante renal. Desses, somente três mil conseguem ser transplantados anualmente. Dife-

rente da atual necessidade estimada de transplantes renais no Brasil, esta é de 10 mil por ano.<sup>1,2,3</sup>

O transplante renal é, atualmente, a melhor opção terapêutica para o paciente com insuficiência renal crônica, tanto no ponto de vista médico, quanto social e econômico. Deve ser indicado quando o paciente for diagnosticado com insuficiência renal terminal, estando o paciente em tratamento dialítico.<sup>4,5</sup>

A captação de órgãos dá-se, em grande parte,

<sup>1</sup> Trabalho realizado no Hospital Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente de Belém do Pará.

<sup>2</sup> Graduandos em Medicina pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA.

<sup>3</sup> Equipe de médicas especialistas em Nefrologia do Hospital Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente de Belém do Pará.

<sup>4</sup> Doutor em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará- UFPA e Professor do Centro Universitário do Estado do Pará- CESUPA no curso de medicina.

graças a organizações de sociedades civis, como a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). As regiões sul e sudeste são atualmente as que realizam o maior número de transplantes renais.<sup>1,6</sup>A relação entre o número de transplantes com órgãos de doadores vivos e falecidos se manteve próximo de 50% entre 1994 e 2007. Nos últimos anos, a proporção de transplantes com órgãos de doador falecido cresceu substancialmente, sendo que, em 2011, 66,8% dos transplantes renais foram realizados com órgãos de doadores falecidos (N = 3.314).<sup>13</sup>

Em 2012, o estado do Rio Grande do Sul apresentou elevada taxa de transplante renal com 51,2 pmp, seguida por São Paulo, com 47,2 pmp e Paraná, com 41,5 pmp. O Pará segue em 19º lugar, com uma taxa de 6,5 pmp. As sobrevidas do paciente (96%) e do enxerto (94%) nos transplantes renais com doador vivo podem ser consideradas muito boas, as com doador falecido (92% e 85% respectivamente), podem ser aprimoradas.<sup>7,18</sup>

A longa fila de espera para os transplantes ocorre, principalmente, a uma falta de compromisso do sistema de saúde com ações preventivas no âmbito da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a prevenção e o controle de doenças crônicas prevalentes na população (por exemplo, hipertensão e diabetes), os quais poderiam ter efeitos redutores significativos na demanda por transplantes; somado a uma taxa de transplantes não muito elevada, uma vez que só são transplantados cerca de 10% dos pacientes que estão na fila de espera.<sup>6,7,14</sup>

Os grandes avanços conquistados ao longo de meio século tornaram a experiência do transplante renal segura e confiável. Os riscos de rejeição aguda foram reduzidos pela disponibilidade de novas drogas altamente eficientes. E, atualmente, é possível vislumbrar o transplante renal como uma terapia com bons resultados em longo prazo.<sup>7,8</sup>

## OBJETIVO

Identificar e caracterizar a amostra quanto ao sexo, ao tipo de enxerto transplantado, as comorbidades mais prevalentes, a modalidade dialítica prévia e o tempo médio de espera para a realização dos transplantes realizados no período de março de 2006 a maio de 2011, no Hospital Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente de Belém do Pará.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, realizado no serviço de nefrologia, do Hospital

Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente. O estudo foi submetido ao julgamento e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará, conforme CAAE: 0097.0.323.000-11.

Utilizou-se o banco de dados do serviço de nefrologia, pró-rim, do hospital, utilizando-se instrumento de coleta específico, contendo as seguintes informações: idade, sexo, modalidade dialítica, tipo de enxerto e tempo médio de espera para realização do transplante, no horário das 08 às 12 horas, durante o período de 06 de outubro de 2011 a 06 de novembro de 2011.

A amostra foi constituída de pacientes que estavam em programa de diálise neste serviço de nefrologia e que foram submetidos ao transplante renal com doadores vivos ou falecidos, no período de março de 2006 a maio de 2011.

Os resultados foram analisados e comparados no programa Microsoft Office Excel 2007, com a confecção de gráfico e tabelas.

## RESULTADOS

**Tabela I** – Característica descritiva dos pacientes que realizaram transplante renal no Hospital Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente de Belém-Pa, de março/2006 a maio/2011.

Amostra	Números	Percentual
Tamanho da amostra	9	100
Feminino	2	22,2
Masculino	7	77,7
Enxerto de doador vivo	3	33,3
Enxerto de doador falecido	6	66,6

Fonte: pesquisa

**Tabela II** – Tempo de espera na fila para transplante renal dos pacientes do Hospital Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente de Belém-Pa, de março/2006 a maio/2011.

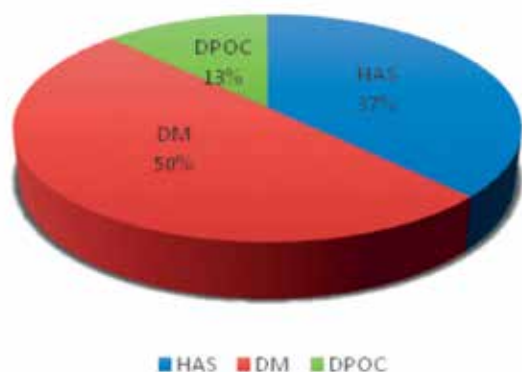
Tempo	Números	Percentual
6 meses	1	11
7 meses	1	11
9 meses	1	11
10 meses	1	11
18 meses	2	23
20 meses	1	11
29 meses	1	11
33 meses	1	11

Fonte: pesquisa

**Tabela III** – Modalidade dialítica anterior ao transplante renal dos pacientes do Hospital Benemerita Sociedade Portuguesa Beneficente de Belém-Pa, de março/2006 a maio/2011.

Amostra	Números	Percentual
Hemodiálise	7	77,7
Diálise peritoneal	2	22,2

Fonte: pesquisa



**Figura 1:** Distribuição percentual das comorbidades encontradas nos pacientes em tratamento dialítico no Hospital Benemerita Sociedade Portuguesa Beneficente em Belém-Pa, de março/2006 a maio/2011

## DISCUSSÃO

A doença renal crônica (DRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica -IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos. De 24.000 pacientes mantidos em programa dialítico em 1994, alcançamos 59.153 pacientes em 2004, e a incidência de novos pacientes cresce cerca de 8% ao ano.<sup>19</sup>

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC. Na DRC, o estágio da doença deve ser determinado com base no nível da função renal, independentemente do diagnóstico.<sup>9</sup>

As opções de tratamento da DRC incluem a diálise, sendo hemodiálise e diálise peritoneal, e o transplante renal. Em termos de morbidade, mortalidade e qualidade de vida, o transplante renal constitui-se como a melhor alternativa de tratamento da insuficiência renal crônica

terminal, estando o paciente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica (pré-emptivo), considerando-se clearance de creatinina < 20 ml/min/1,73m<sup>2</sup> superfície corporal. Portanto, ele deve ser oferecido a todos os indivíduos urêmicos que não apresentem contraindicações para o procedimento e que tenham o desejo de submeter-se ao transplante após o esclarecimento de seus riscos e benefícios.<sup>13</sup>

Nos Estados Unidos, a porcentagem de pacientes em lista de espera para transplante renal com doador falecido é de aproximadamente 20% do total de pacientes em diálise.<sup>11</sup>

No ano de 2004, foram implantados no Brasil, 3.412 rins, 959 fígados, 336 pâncreas, 195 corações e 53 pulmões, num total de 4.955 transplantes de órgãos sólidos. Outros órgãos, como medula óssea, válvulas cardíacas, ossos, veias, tendões, pele e intestino, também podem ser transplantados. A fila de espera para transplantes de órgãos e tecidos totalizava 68.906 pessoas no ano de 2008.

O gasto com transplantes, incluindo medicamentos, no ano de 2005, foi de R\$ 521,8 milhões, ou seja, 29,11% a mais do que os R\$ 404,41 milhões gastos em 2004. Os custos indiretos da não-realização de transplantes são elevados. Somente no caso dos rins, as terapias renais substitutivas, que podem, em grande medida, ser substituídas por transplantes, custaram aos cofres públicos, em 2005, a elevada cifra de R\$ 1.159.679.058,23.<sup>12</sup>

Um estudo realizado no Hospital de São Lucas, em Sergipe, abrangendo 48 pacientes transplantados, evidenciou prevalência no sexo masculino, com 34 pacientes (70,8%), com idade entre 20 a 40 anos (56,2%), onde através desta pesquisa obteve dados semelhantes. Desses transplantados, a doença de base mais comum foi a hipertensão arterial sistêmica em 62,5%, seguida de glomerulonefrite crônica em 22,9% e as complicações mais frequentes foram de rejeição aguda em 16,4%, seguidas de abscesso de parede em 6,2%, sendo que 50% evoluíram sem complicações.<sup>10</sup>

Estatísticas a respeito de modalidades de diálise no Brasil, com informações recolhidas através de censos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, mostram que 91% dos pacientes são tratados com hemodiálise e 9%, com diálise peritoneal. Destes pacientes em diálise, 26% eram diabéticos. Pacientes com idade avançada (≥ 65 anos) têm maior representatividade dentre pacientes em diálise (26%) em comparação com a população brasileira acima de 60 anos (10%), reforçando a concepção de que idade avançada é um fator de risco para a doença renal crônica.<sup>15</sup>

Em outro estudo realizado no Norte de Portugal com 549 adultos em tratamento dialítico, evidenciou

que 13,5% dos pacientes recebeu enxerto renal de doador vivo e, 86,5% recebeu de doador falecido, confirmando os dados desta pesquisa. Esse tipo de doação é a que está predominando nos últimos anos, uma vez que não se tem estudos suficientes sobre a sobrevivência dos doadores vivos ou dos rins remanescentes. A superioridade de doação de enxertos renais de doadores vivos perpetua os melhores resultados acerca desse tipo de doação, além de reduzir o tempo médio de diálise dos pacientes.<sup>16</sup>

Entre 2000 e 2004, 90.356 pacientes iniciaram diálise no Brasil, com predomínio de hemodiálise. Desses pacientes, somente 7% realizou transplante renal (doadores vivos ou não) e 42% evoluiu para o óbito, com maior proporção de pacientes do sexo masculino no grupo de pacientes transplantados. A distribuição dos pacientes entre as modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal foram de 89% e 11%, respectivamente, e está em concordância com o presente estudo (77% e 22%, respectivamente) e com o cenário mundial.<sup>17</sup>

O sistema brasileiro de saúde começou a dar atenção à prevenção e ao diagnóstico precoce na doença crônica renal, mas as iniciativas públicas neste meio ainda são incipientes. Vale ressaltar a iniciativa recente do Ministério da Saúde que incluiu a doença renal na atenção básica.

Claramente, o tratamento da doença renal crônica terminal no Brasil não acompanha o tamanho do país e de sua economia. Tal realidade não é surpreendente, considerando o fila de transplantes renais no país, o tempo médio até sair dela e a variação das taxas de transplantes

entre as regiões mais próximas e mais distantes dos centros de transplantes.

A estatística positiva dos resultados dos transplantes ocorre devido a possibilidade de ser realizado com sucesso tanto com doadores vivos, como com doadores falecidos, com alta taxa de sucesso, além de o paciente portador de insuficiência renal crônica possuir uma longa sobrevivência em programas de diálise, enquanto o ato do transplante não chega.

## CONCLUSÃO

Este estudo sinaliza para a baixa taxa de transplantes realizados tanto em Belém, quanto no Pará, frente a elevada demanda advinda dos tratamentos dialíticos.

A insuficiência renal crônica foi mais prevalente no sexo masculino, tendo a hemodiálise como método dialítico de escolha. O tempo de espera na fila para o transplante variou de 6 a 33 meses, exercendo impactos significativos sobre o bem-estar, as probabilidades de cura, a natureza e extensão das sequelas nos pacientes e nos familiares envolvidos. Além de obrigar o sistema de saúde a arcar com pesados ônus administrativos e socioeconômicos.

Portanto, o compromisso do sistema de saúde com ações preventivas no âmbito da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família (PSF), com a prevenção e o controle de doenças crônicas prevalentes na população (por exemplo, hipertensão e diabetes), poderia ter efeitos redutores significativos na demanda por transplantes, por ser, mesmo a longo prazo, o modo mais barato e eficaz de controle da doença.

## SUMMARY

### CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC PROFILE ANALYSIS OF KIDNEY TRANSPLANTED PATIENTS IN A BENEFICENT HOSPITAL

Márcia Rodrigues IONTA, Juliana Meschede da SILVEIRA, Renan Domingues Gavião de CARVALHO, Alzira Carvalho Paula de SOUZA, Silvana Conceição Campos da SILVA e Ismaelino Mauro Nunes MAGNO

**Objective:** to verify transplants performed in a five years period, to identify and characterize the sample by gender, type of graft transplanted, the most prevalent comorbidity, the last dialysis modality and the average waiting time to kidney transplantation. **Method:** a cross sectional study was conducted at the nephrology service in the Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente hospital, pró-rim, Belém-PA, from March 2006 to May 2011, with data collected from the already transplanted patients registration list. **Results:** the average waiting time for kidney transplantation was 18 months, with 6 to 33 months variation; 9 patients had kidney transplantation, 22.2% (2) were female and 77.7% (7) male; 33, 3% (3) had a graft from a living donor and 66.6% (6) were from deceased donors, the most prevalent comorbidity was diabetes mellitus, followed by hypertension and chronic obstructive pulmonary disease; 77.7%, (7) were in hemodialysis and

22.2% (2 ) in peritoneal dialysis. **Conclusion:** the Brazilian health system began to pay attention to the prevention and early diagnosis in chronic kidney disease, but public initiatives in this area are still incipient. The transplants positive statistical results are due to the possibility that they can be successfully performed from both living and deceased donors, and that the patient with chronic renal failure have long survival in dialysis programs, while awaiting the transplant.

**KEY WORDS:** kidneytransplantation, dialysis, chronic kidney failure.

## REFERÊNCIAS

1. Kalil J. Imunologia do Transplante Renal. In: Riella MC, editor. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de janeiro: Guanabara; 1996. p.646-56.
2. Klein R et al. Transpondo limites com doadores falecidos. *Jornal brasileiro de Nefrologia*. 2010;32(1):133-7.
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia. [atualizada em 2011; acesso em: 25 de agosto de 2011]. Disponível em: <http://www.sbn.org>.
4. Riella MC. Insuficiência renal Crônica- Fisiopatologia da uremia. In: Riella MC, editor. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de janeiro: Guanabara; 1996. p.475.
5. Ianhez LE. Manejo clínico do Transplante Real. In: Riella MC, editor. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de janeiro: Editora Guanabara; 1996. p.658- 71.
6. SBN, SBU. Transplante Renal: doador e receptor. Projeto Diretrizes - AMB e CFM. 2006:17.
7. Bregman R et al. Indução com alentuzumabe em transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2010;31(1):91-9.
8. Picon PD, Beltrame, A. Transplantes Renais – Medicamentos Imunossupressores. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Medicamentos Excepcionais*. 2002:577-83.
9. Junior JER. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2004;27(3):1-3.
10. Bragança RJV. Transplante Renal; acesso em: 10 novembro de 2011. Disponível em: [www.infonet.com.br/sysinfonet/images/secretarias](http://www.infonet.com.br/sysinfonet/images/secretarias).
11. Manfro et al. Simpósio sobre transplantes- Transplante Renal. *Revista AMRIGS*. 2003;47(1):14-9.
12. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. O transplante de órgãos nos estados brasileiros. 2007.
13. Medina JO et al. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. *JBM maio/junho 2011*:100(2):7-15.
14. Marinho A. Um estudo sobre as filas de transplantes do SUS brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(10):2229-2239.
15. Lugon JR. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2009;31(Supl 1):2-5.
16. Lima BA, Mendes M, Alves H. Transplante de rim no norte de Portugal: doador tipo e destinatário tempo em diálise. *Port J NephrolHypert* 2013;27(1):23-30.
17. Cherchiglia ML et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no brasil, 2000-2004. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):639-49.
18. ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes; acesso em: 19 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abto>
19. Comissão municipal de nefrologia. Critérios de indicações de inscrição de pacientes na lista única de rim e preparo de doador vivo. Protocolo de transplante renal. 24 fevereiro de 2010

### Endereço para correspondência:

Márcia Rodrigues Ionta

Rodovia Augusto Montenegro, nº 5000, cond. Greenville I, quadra-04 lote-07. Parque Verde.

CEP: 66635-110 – Belém - Pará.

Fone: 3268-0087/8118-1383

E-mail: [marcinha\\_r\\_ionta@hotmail.com](mailto:marcinha_r_ionta@hotmail.com)

Recebido em 23.08.2013 – Aprovado em 06.11.2013