

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VIVIAN ANGÉLICA DOS SANTOS MOURÃO

**PERFIL DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL APÓS TRANSPLANTE
RENAL**

Belo Horizonte

Agosto/2012

VIVIAN ANGÉLICA DOS SANTOS MOURÃO

**PERFIL DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL APÓS TRANSPLANTE
RENAL**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar- área Transplantes, da Escola de Enfermagem da UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^ª: Dra. Daclé Vilma Carvalho

Belo Horizonte

Agosto/2012



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Monografia intitulada "PERFIL DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL APÓS TRANSPLANTE RENAL", de autoria de VÍVIAN ANGELICA DOS SANTOS MOURÃO.

aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Prof^a. Dr^a. Daclé Vilma Carvalho - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Eline Lima Borges - Examinadora

Prof^a. Dr^a. Fabiola Carvalho de Almeida Lima Baroni - Examinadora

Belo Horizonte, 21 de Agosto de 2012

DEDICATÓRIA

Digo que este trabalho é apenas o início de um grande sonho; por isso tenho a honra de dedica-lo às pessoas mais importantes da minha vida que em todos os momentos sempre estiveram presente.

Ao meu pai Janei; que hoje, apenas na memória, deixou um exemplo de pai, amigo, irmão, companheiro e filho de Deus. Preparou a Família para todos os obstáculos que pudessem surgir no decorrer da caminhada.

Á minha mãe Ilídia; minha inspiração de cada dia. Modelo de mulher que mesmo diante de grandes dificuldades, foi fonte de amor, conforto, orientação e apoio.

A minha irmã Tássia; com seu jeitinho calado é uma grande fonte de alegria, paciência e perseverança. Pode me ensinar que na vida sempre existe um recomeço. Nos deu Hugo nossa maior prova de felicidade e união entre a nossa família.

Á minha irmã Lisandra; pelo companheirismo e principalmente paciência. Meu exemplo de determinação e força.

Vocês são presentes de Deus em minha vida. Amo Vocês!

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da Ciência e pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

Ao Hospital Evangélico de Belo Horizonte, por ter me aberto as portas e por acreditar no meu trabalho me proporcionando a oportunidade de fazer parte da equipe de transplante que o compõe.

A equipe de transplante do hospital que me acolheu. Em especial á Emília e Rose pelos momentos vivenciados.

A Professora Fabíola Baroni e a acadêmica de enfermagem Alessandra que desprenderam do seu tão valioso tempo me ajudando na coleta dos dados.

À minha orientadora, Professora Daclé Vilma Carvalho, pelos valiosos momentos de discussão e conhecimentos compartilhados, modelo de mulher e profissional.

E a todos que contribuíram para a realização desta pesquisa. Muito Obrigada!

RESUMO

O transplante de rins é considerado um tratamento mais adequado para a insuficiência renal crônica, por proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes. O estudo teve como objetivo analisar o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes em acompanhamento após transplante Renal. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectivo exploratória, realizado em um Hospital, filantrópico de Belo Horizonte. Os dados foram extraídos dos prontuários de pacientes que foram submetidos ao transplante renal no período de 1987 a 2011. Estes foram lançados no *Excel* do *Windows XP* e tratados de acordo com as variáveis apresentadas. Dos 153 pacientes submetidos ao transplante renal no período estudado, 91 encontram em acompanhamento ambulatorial e constituem a população do estudo. Os pacientes são predominantemente pacientes do sexo masculino; cor parda, em faixa etária produtiva, casados. O nível de escolaridade de maior frequência é o nível fundamental completo, procedentes da região metropolitana de Belo Horizonte. A doença de base principal é a Hipertensão Arterial; o tratamento hemodialítico é o predominante, com um tempo médio 1 a 3 anos. Quanto ao tipo de doador os falecidos se equiparam aos vivos. A principal comorbidade apresentada no pós o transplante foi a Hipertensão Arterial e 50% dos pacientes já foram re-internados; a sobrevida após o transplante dos pacientes variam de meses a 23 anos . Os resultados constituirão em fonte de consulta e de estímulos para continuidade de estudos na instituição campo do estudo.

Palavras Chaves: Insuficiência Renal Crônica; Transplante Renal; Pacientes, Perfil.

ABSTRACT

Kidney transplantation is considered a better treatment for chronic renal failure, by providing a better quality of life for patients. The objective was to delineate the demographic and epidemiological profile of patients undergoing kidney transplantation in order to better understand the profile of these patients and offer appropriate assistance. The study is retrospective descriptive and exploratory nature, carried out Hospital in Belo Horizonte, in the period 1987 to 2011. Data were collected by analyzing records of patients who underwent renal transplantation. These were introduced in Excel for Windows XP and analyzed according to the variables presented. Of the 153 patients analyzed 91 we located the medical records of 91 patients followed up and made research data. The most part of the patients was men; brown in the productive age group and married. The level of education of most often is complete elementary level, from the metropolitan area of Belo Horizonte. Hypertension was the most common underlying disease, and the predominant average of hemodialysis pre-transplantation was 1-3 years. The prevalence of transplants from deceased donors and living related donors are equal. The main post-transplant comorbidities shown in this sample, Hypertension. Another aspect observed was that 50% of patients undergoing kidney transplantation have been re-admitted with transplants complications, the patient survival ranging from months to 23 years. The results allow a better planning with the needs of patients and constitute a source of consultation and encouragement to continue their studies in the institution field of study.

Keywords: Chronic Renal Failure, Renal Transplant, Patient, Profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Classificação da escolaridade dos pacientes em acompanhamento pós-transplante.....	25
Figura 2- Doenças de base dos pacientes em acompanhamento pós-transplante.....	27
Figura 3- Principais co-morbidades dos pacientes em acompanhamento pós-transplante.....	29
Figura 4- Re-internações dos pacientes em acompanhamento pós-transplante.....	29
Figura 5- Número de transplantes e tempo de sobrevida média por ano dos pacientes em acompanhamento pós-transplante.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos pacientes em acompanhamento após o transplante renal.....	24
Tabela 2- Caracterização dos pacientes que encontram-se em acompanhamento pós transplante por tipo de diálise, tempo de tratamento antes do transplante renal e tipo de transplante.....	27
Tabela 3- Número de transplante por ano e sobrevida média dos pacientes que encontram-se em acompanhamento.....	30

LISTA DE SIGLAS

CAPD- Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CNCDO-Centrais de notificação captação e doação de órgãos

DM-*Diabetes méllitus*

D.C-Depois de Cristo

DPA- Diálise Peritoneal Automática

HD-Hemodialise

HAS-Hipertensão arterial sistêmica

IRC-Insuficiência renal crônica

IRCT- Insuficiência renal crônica terminal

SBN- Sociedade Brasileira de Nefrologia

SNT-Sistema Nacional de Transplantes

SUS-Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2- OBJETIVOS	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos	15
3- REVISÃO DE LITERATURA	16
4- MATERIAL E MÉTODO	19
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Local.....	19
4.3 População	19
4.4 Variáveis do estudo.....	20
4.5 Instrumento de coleta de dados	22
4.6 Coleta de dados	22
4.7 Tratamento dos dados.....	22
4.8- Aspectos éticos.....	23
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6.1Características demográficas dos pacientes	24
6.2 Características epidemiológicas dos pacientes.....	26
6.3 Tempo de sobrevida dos pacientes após o transplante renal	30
6- CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A	35
CARTAS DE AUTORIZAÇÃO.....	37

1 INTRODUÇÃO

A história dos transplantes remonta há milênios. Um dos primeiros relatos sobre, é a de dois médicos chineses gêmeos, Itoua To e Pien Tsio que nasceram em 287 d.C., tendo estudado medicina na Grécia, Cecília e Ásia Menor. Eles transplantaram a perna de um soldado negro que acabara de morrer em um homem branco e idoso que havia perdido a perna naquele mesmo dia. Eles foram perseguidos, julgados e executados por Deocleciano (PÔRTO,2010).

O termo “transplante” foi utilizado pela primeira vez por John Hunter, em 1728 que descreveu seus experimentos em animais e concluiu que as substâncias vivas tinham a disposição de agregar-se quando em contato com outras. Posteriormente no início do século XIX, os cirurgiões plásticos concentraram-se nos autotransplantes de pele e em 1905 iniciou-se os transplantes de córneas (PEREIRA,2012). A partir de então foram realizados vários experimentos de transplantes de órgãos.

Em 1902 o médico Ullman realizou o primeiro autotransplante de rim nos vasos do pescoço de um cão. Iniciaram nesta época os primeiros testes implantando rins de porco e cabra no braço e na coxa de seres humanos e um rim de uma criança que sofria de insuficiência renal aguda. Analisando a possibilidade de se realizar os transplantes em seres da mesma espécie, chegou-se a conclusão que os insucessos eram devido a respostas imunológicas, responsáveis pela rejeição aguda desenvolvida pelos enxertos (GARCIA, 2006).

A descoberta do by-pass cardiopulmonar que redirecionava o fluxo de sangue e oxigênio do paciente possibilitou a realização do transplante cardíaco. Os testes iniciaram com a implantação do coração de um chipanzé em um homem sem sucesso. Em seguida vieram os transplantes entre seres da mesma espécie. No entanto os centros transplantadores não se encontravam suficientemente equipados para lidar com fenômenos da rejeição e os cuidados após o transplante (PEREIRA, 2012).

Vários outros procedimentos e experimentos de transplante de órgãos foram realizados como de fígado, pâncreas, pulmão, entre outros, porém sem sucesso principalmente devido a rejeição.

Em 1954, em Boston, teve-se início o programa de transplante renal com gêmeos idênticos, significando um marco importante no sucesso dos transplantes. Desde então muitos

progressos técnicos foram incorporados, tornando o transplante renal um método seguro e bem aceito pela sociedade. O primeiro imunossupressor utilizado para impedir o progresso da rejeição nos pacientes transplantados foi a Azatioprina combinado com o uso de esteroides, significando uma grande melhora dos resultados nos transplantes que passaram a ser realizados com mais segurança, tendo grande valor terapêutico no transplante renal (PEREIRA, 2012).

Nos primeiros anos de experimento para a realização dos transplantes, apenas o transplante renal ficou reconhecido como procedimento satisfatório a longo prazo, de valor terapêutico comprovado clinicamente. Já os transplantes de coração, fígado, rim-pâncreas os pacientes estavam evoluindo com uma alta taxa mortalidade, decidiu-se diminuir o número destes transplantes que estavam sendo realizados no Brasil e no mundo. Este fato significou outro marco importante na evolução dos transplantes, levando ao estudo de novas drogas imunossupressoras como a descoberta da Ciclosporina em 1970 (BAGGIO, 2009).

Os avanços das técnicas cirúrgicas, o desenvolvimento de pesquisas farmacológicas, a melhoria na preservação de enxertos, a formação de profissionais entre outros, foram fatores que contribuíram para sucesso dos transplantes de órgãos e tecidos (LIMA, 2010).

Graças a estes avanços, a partir de 1983, os transplantes passaram a ser opção terapêutica e curativa para doenças consideradas terminais (DUARTE et al.,2004; GARCIA,2002; STARZL,2005).

Atualmente, há em todo o mundo, incluindo o Brasil, centros de referência e excelência realizando transplantes de tecidos e órgãos tais como: córnea, medula óssea, fígado, coração, pâncreas, pulmão e rim. No Brasil há grande investimento pelo Ministério da Saúde no que se refere a transplantes com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes. O Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. Este procedimento é totalmente subsidiado pelo Sistema Único de saúde-SUS (GARCIA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No Brasil destacamos o transplante de rins. Em 1965 na cidade do Rio de Janeiro foi realizado o primeiro transplante doador vivo e em 1967 em São Paulo o primeiro transplante doador falecido. No início os centros brasileiros realizavam mais transplantes com doador

vivo do que com doador cadáver, porém o número de doações vem aumentando, consequentemente aumentam-se os transplantes doador cadáver (PEREIRA, 2012).

Dentre os vários hospitais Minas Gerais que realizam o transplante renal, o Hospital Evangélico iniciou essa atividade em 1987, devido a uma demanda apresentada após a criação do serviço de hemodiálise. Com o passar do tempo este serviço foi aprimorando e atualmente conta com uma unidade ambulatorial especializada no acompanhamento do paciente pré transplante e pós transplante, com enfoque na humanização pois oferece assistência também para familiares dos pacientes.

A equipe é constituída por médicos, enfermeira, assistente social e psicóloga. O profissional enfermeiro, nesse serviço, tem papel importante, pois, além do atendimento ambulatorial e individual de todos os pacientes nos períodos pré e pós-operatórios tardios, também orienta e supervisiona a assistência ao paciente no pós-operatório mediato e imediato no ambiente hospitalar.

No período de 1987 a 2011 foram realizados 153 transplantes de rins e não há conhecimento sistematizado sobre a caracterização dessa população. Diante desta realidade o enfoque deste estudo foi caracterizar o perfil demográfico, epidemiológico e o tempo de sobrevida dos pacientes submetidos ao transplante renal neste período que encontram-se em acompanhamento.

Como enfermeira do referido serviço me proponho a realizar um estudo para sanar esta lacuna de conhecimento. No momento o serviço está sendo reestruturado e o conhecimento do perfil desses pacientes subsidiará, sem dúvida, a reorientação do modelo assistencial, principalmente de enfermagem para prestar uma assistência o mais próxima possível das características dessa clientela.

2- OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes em acompanhamento após transplante Renal

2.2 Específicos

- Traçar o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes
- Identificar o tempo de sobrevida após o transplante renal

3- REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica nas últimas décadas no Brasil, contribuíram para mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência das doenças crônicas.

A Insuficiência renal crônica (IRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível das funções renais, sendo assim, função glomerular, função tubular e função endócrina. Em sua fase mais avançada os rins não conseguem manter a normalidade. A IRC é dividida em cinco estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios compreendem desde a fase onde os indivíduos não apresentam lesão renal e mantêm sua função renal normal, porém se encaixam dentro do grupo de risco, até a fase cinco que inclui o indivíduo com lesão renal e insuficiência renal terminal ou dialítica (OLIVEIRA; GUERRA; DIAS, 2010). Segundo Santos e Pontes (2007), a IRC é definida pela filtração glomerular abaixo de 15 ml/min.

É considerada uma doença em estágio terminal quando se torna necessário o uso da hemodiálise, diálise, ou o transplante renal. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia estima-se que em 2011 teve-se em tratamento hemodialítico 91.314 pacientes (SBN, 2011).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), um grande número de pessoas sofre com doenças renais. A falta de tratamento adequado das comorbidades como diabetes e hipertensão, podem ocasionar à falência total do funcionamento renal. Evoluindo o paciente para a insuficiência renal crônica terminal (IRCT). As causas mais comuns da IRC são a hipertensão arterial, diabetes, glomerulopatias e infecção renal crônica.

A incidência de IRC vem aumentando principalmente pelo envelhecimento da população, pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. A melhoria na terapêutica dialítica aumentou a sobrevida do paciente no entanto o número de transplantes renais no Brasil é ainda muito baixo o que contribue para o aumento do número de pessoas que necessitam de diálise.

O crescente número de doentes renais no Brasil já o tornou o terceiro maior mercado de hemodiálise do mundo. Atinge aproximadamente 2 milhões de pessoas, sendo que 60% não sabem que têm a doença. Os centros de tratamento dialítico possuem convênio com o SUS-Sistema Único de Saúde e atendem cerca de 84,9% por este sistema. E os demais

pacientes (15,1%) por planos de saúde suplementar. Os números apontam ainda que 47% dos pacientes em diálise estão na fila do transplante renal (SBN, 2011).

De acordo com Paradiso (2006), toda rotina de vida do paciente é modificada em função das limitações impostas pelo tratamento da doença, e traz mudanças que incluem restrições alimentares, dificuldades para manter-se no emprego, diminuição das atividades sociais, dificuldade de comunicação entre os membros da família, preocupações dos mais jovens, principalmente, com casamento, procriação e desejo sexual, limitação da expectativa de vida, demonstrando depressão e medo da morte por ser um renal crônico. E, por fim, perda da auto-estima e alteração da auto-imagem. Diante de tantas e profundas mudanças, o paciente, por muitas vezes, é marginalizado por familiares e amigos que não entendem ou, outras vezes, não aceitam um “doente sem cura”.

O transplante renal é uma forma de tratamento cirúrgico que consiste na colocação de um rim sadio em pacientes com insuficiência renal crônica terminal. Seu objetivo é restabelecer a função renal em pacientes que dependem de terapias renais substitutivas. A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/97 e Lei nº 10.211/01), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. Estabelece também garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações e re-autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda a política de transplante está em sintonia com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regem o funcionamento do SUS. (SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES – SNT; 2012).

O Ministério da Saúde regulamenta e controla a doação de órgãos em todo país. As listas de espera para transplante são organizadas regionalmente, em cada estado. A alocação dos órgãos é centralizada na Secretaria Estadual de Saúde e supervisionada pelo Ministério Público. Menos de 5% dos transplantes são realizados por instituições privadas de saúde, também regulamentadas e monitoradas pelo governo federal.

O Programa Nacional de Transplante permite que todos os pacientes que se encontram em diálise possam receber um transplante renal de doador cadáver e encoraja a inscrição da maioria dos pacientes em lista de espera, a menos que apresente contra-indicação absoluta. Com base nessa política aproximadamente 47% dos pacientes em programa crônico de diálise

se encontram na lista de espera por um transplante renal doador cadáver, em contraste com outros países, onde apenas 30 a 50% desta população encontra-se listada (SNT, 2012).

O transplante renal bem sucedido é o tratamento mais adequado para a Insuficiência renal crônica terminal. A opção para se realizar o transplante renal deve ser proposta a estes pacientes ao serem informados das formas disponíveis de tratamento, assim como a hemodiálise e a diálise peritoneal. No entanto, é necessário selecionar entre as pessoas com insuficiência renal crônica aquelas que podem ser possíveis candidatas ao transplante renal. É preciso cautela na indicação do transplante para pacientes que encontram-se em situação de alto risco, tanto do ponto de vista técnico-cirúrgico, como de sua sobrevida, e de recidiva da doença de base (PEREIRA, 2012, GARCIA, 2002).

Os princípios gerais expressos na lei de transplante incluem o conceito de que o paciente tenha benefício com o transplante em comparação com as outras formas de tratamento, com uma expectativa de vida de pelo menos 5 anos (GARCIA, 2002).

Os transplantes renais tem-se ocorrido em grande número em relação a outros órgãos, deve-se a dois fatores: um grande percentual dos transplantes renais é realizado com doadores vivos relacionados ou não relacionados, o que aumenta de modo significativo a disponibilidade de rins para transplante. O segundo deve-se a possibilidade de o paciente portador de insuficiência renal crônica ter uma longa sobrevida em programa de diálise, desta forma apresenta uma maior sobrevida podendo esperar por anos para um transplante.

Os grandes avanços conquistados, ao longo de meio século, tornaram a experiência do transplante renal segura e confiável. A técnica cirúrgica está padronizada e consagrada em todo mundo. Os riscos de rejeição aguda foram reduzidos pela disponibilidade de novas drogas altamente eficientes. Hoje é possível vislumbrar o transplante renal como uma terapia com bons resultados em longo prazo (PEREIRA, 2012).

Atualmente, em Minas Gerais mais de 3.500 pacientes estão inscritos na lista de transplante renal à espera do órgão de um doador cadáver (MG TRANSPLANTES). Muitos vão a óbito antes de serem contemplados com o órgão. O fator limitante para aumento do número de transplantes é a falta de órgãos para atender a demanda da população de pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Infelizmente apenas 10 % dos pacientes que estão na lista de espera por um órgão. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

4- MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo de caráter descritivo e exploratório por meio de coleta de dados em prontuários.

Assim este trabalho tem caráter descritivo, pois visa descrever as características demográficas e epidemiológicas dos pacientes com transplante de rins. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva não sendo probabilístico não permite generalizações. É exploratório por se tratar de um estudo preliminar, sobre este tipo de clientela na Instituição campo do estudo.

4.2 Local

O estudo foi realizado na Unidade de Transplante de um hospital de médio porte, filantrópico, que atende a mais de 70 convênios, atendimentos particulares e SUS-Sistema único. Em sua infra estrutura, conta com instalações distribuídas em 10 mil metros quadrados, contemplando internação com 150 leitos contemplando amplos apartamentos e enfermarias, consultórios, CTI com 20 leitos e 2 blocos cirúrgicos. A referida Instituição possui duas clínicas de tratamento Renal, atualmente atende a mais de 800 pacientes portadores de insuficiência renal aguda e crônica que necessitam de acompanhamento regular. Estas clínicas possuem estrutura para atendimento a tratamento de Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), diálise peritoneal automática (DPA) e tratamento conservador.

Os pacientes que realizam tratamento nas clínicas de hemodiálise e tem indicação para transplante são encaminhados para a Unidade de Transplante do Hospital em Estudo. Os profissionais da unidade de Transplante realizam todo o acompanhamento do paciente no período ambulatorial, pré-operatório, durante o procedimento cirúrgico e após o transplante renal, com todos os gastos custeados pelo SUS.

4.3 População

No período estudado 144 pacientes se submeteram a um transplante de rins. Porém optou-se por fazer o estudo apenas dos pacientes que encontram-se em acompanhamento.

Assim a população foi constituída por 91 prontuários de pacientes.

4.4 Variáveis do estudo

Elegeram-se as seguintes variáveis para estudo

- **Raça/ Cor**

Categorias

Branca

Negra

Parda

- **Faixa etária**

Categorias

até 20 anos

21-30

31-50

51-60

> 60 anos

- **Estado Civil**

Solteiro (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo(a)

- **Escolaridade**

Nível fundamental incompleto

Nível fundamental completo

Nível médio incompleto

Nível médio completo

Superior Incompleto

Superior Completo

- **Procedência**

Região metropolitana

Interior de Minas Gerais

Outro Estado/País

- **Doença de base**

Hipertensão

Diabetes

Glomerulonefrites

Rins policístico (hereditário)

Outras

- **Comorbidade**

Hipertensão

Diabetes

Hipertensão e Diabetes

- **Tipo de tratamento substitutivo**

Hemodiálise

CAPD

Hemodiálise e CAPD

- **Tempo de hemodiálise antes do transplante**

< 1 ano

1 a 3 anos

4 a 5 anos

Acima de 6 anos

- **Tipo de doador**

Falecido

Vivo Relacionado

Vivo não Relacionado

- **Reinternação pós transplante**

Sim

Não

- **Tempo de sobrevida dos pacientes em acompanhamento**

< 1 ano

1 a 3 anos

4 a 7 anos

8 a 14 anos

Maior que 15 anos

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para levantamento dos dados foi utilizado uma ficha estruturada construída pela pesquisadora (Apêndice A), com variáveis para traçar o perfil demográfico dos pacientes: sexo; idade; raça; estado civil; escolaridade e procedência. E para o perfil epidemiológico serão identificadas: doença de base; tipo de tratamento substitutivo; tempo de hemodiálise; tipo de transplante; reinternação; comorbidade pós-transplante e Tempo de sobrevida dos pacientes em acompanhamento ambulatorial.

4.6 Coleta de dados

O procedimento para a realização da coleta de dados para o estudo constituiu-se na coleta de informações diretamente nos prontuários (impresso e eletrônico) dos pacientes pela pesquisadora, por uma docente e uma estudante de enfermagem.

4.7 Tratamento dos dados

Os dados colhidos foram lançados em uma planilha e tratados através de estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em gráficos, tabelas e quadros expostos em figuras no programa *Excel* do *Windows XP*. Os resultados foram discutidos à luz da literatura específica fundamentados conforme a temática.

4.8- Aspectos éticos

O projeto foi submetido, ao Comitê de Ética do Hospital em estudo após autorização dos diretores técnico e clínico da Unidade de Transplante e do presidente da Instituição.

Foram observados todos os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. Não foram identificados nominalmente os pacientes bem como os profissionais envolvidos com o tratamento dos pacientes. Os dados colhidos só serão utilizados para pesquisa e os formulários preenchidos serão incinerados após a defesa e aprovação da monografia.

Os dados de identificação do receptor e doador do rim serão mantidos em sigilo em todas as apresentações e publicações provenientes deste estudo. Importante salientar que não haverá nenhum tipo de exposição que cause qualquer dano ou prejuízo ao indivíduo transplantado e/ou seus familiares.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Características demográficas dos pacientes

Dos 91 pacientes que se submeteram a um transplante renal na Instituição, campo da pesquisa e período estudado, a maioria é do sexo masculino. Estudos cujos investimentos são provenientes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) demonstram que os homens têm sido o mais acometido por doenças crônicas, incluindo as renais do que as mulheres. O homem julga-se mais invulnerável, o que contribui para que ele cuide menos da própria saúde e se exponha mais às situações de risco (SCHRAIBER et al., 2005; BOZON, 2004; KEIJZER, 2003; SABO, 2002).

As demais características demográficas dos 91 pacientes que se encontram em acompanhamento ambulatorial estão discriminadas na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos pacientes em acompanhamento ambulatorial após o transplante renal

VARIÁVEIS	n	%
Raça		
Negra	21	23,0
Branca	21	23,0
Parda	49	54,0
TOTAL	91	100,0
Faixa etária		
Até 20 anos	4	4,0
21 a 30 anos	18	20,0
31 a 50 anos	55	61,0
51 a 60 anos	13	14,0
Maior que 60 anos	1	1,0
TOTAL	91	100,0
Estado Civil		
Solteiro	24	26
Casado	55	60
Divorciado	7	8
Viuvo	5	6
TOTAL	91	100,0

Dos pacientes em acompanhamento a cor predominante é a parda (49- 54 %) seguida por pacientes da branca (21-23%) e igual percentual de pacientes da raça negra.

A faixa etária que apresentou maior percentual (61,0%) foi a de pessoas com idade entre de 31 e 50 anos. Se considerar as duas faixas etárias com maiores percentuais tem-se que a maioria (81,0%) dos pacientes que se encontram em acompanhamento estão na faixa etária produtiva (21 a 50 anos).

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas. Isso se deve ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial, não sendo apenas privilégio da população mais idosa, já que também as doenças crônicas atingem os jovens em idade produtiva como a insuficiência renal.

Quanto ao estado civil, a maioria (55-60,0%) dos pacientes são casados, seguida pelos solteiros (24- 26%) . Os demais são divorciados (7-8%) e viúvos (5-6%); conforme tabela 1 exemplifica.

De acordo com os dados encontrados, dentre os pacientes submetidos ao transplante renal e que ainda continuam em acompanhamento, verificou-se que o maior percentual de pacientes (42,0%) tem ensino fundamental completo, seguidos pelos pacientes que não completaram este nível de escolaridade e apenas 18% deles possuem ensino médio completo, como pode ser observado na figura 1.

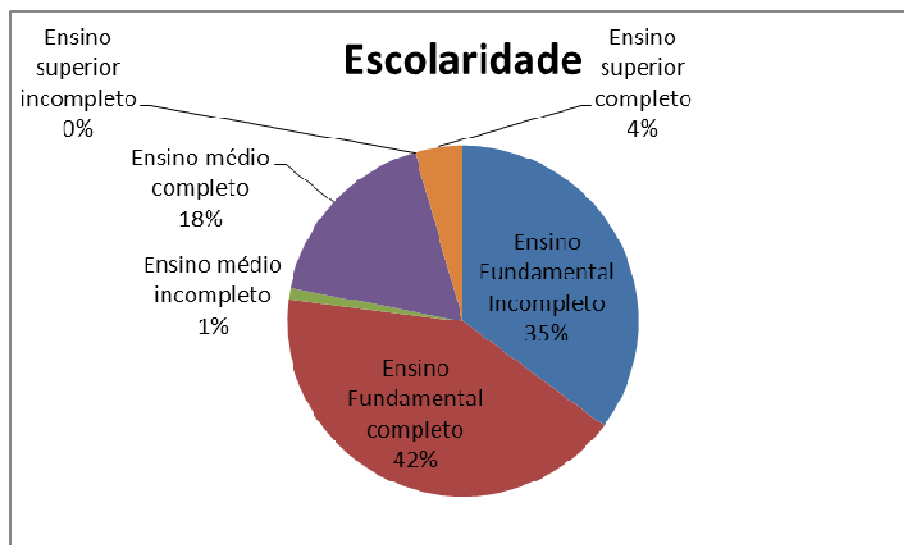


Figura 1- Classificação da escolaridade dos pacientes em acompanhamento após o transplante renal

O baixo nível de escolaridade do paciente dificulta o entendimento da doença de base implicando na evolução para a incidência da IRC. Segundo o Ministério da Saúde quanto menor o índice de escolaridade, maior é a incidência de casos de doenças crônicas como HAS e diabetes (BRASIL, 2005).

Quanto a procedência dos pacientes pode-se ver que a maioria 70 (77%) deles é procedente da região metropolitana de Belo Horizonte; 21 (23%) são do interior de Minas Gerais e 1% é de outro país. O fato de a maioria dos pacientes ser procedente da região metropolitana deve-se a divisão feita pelo MG Transplantes através das Centrais de notificação captação e doação de órgãos CNCDO. A região metropolitana é atendida pela CNCDO Metropolitana.

Existem em Minas Gerais mais 5 centrais regionais para captação e doação de órgãos para atender a demanda de todo estado. Porém fica-se claro que o paciente tem o direito de realizar o transplante onde desejar, deixando ciente dos riscos que possa correr para deslocar caso seja contemplado com um rim (SECRETARIA DE SAUDE DE MINAS GERAIS, 2012). Desta forma o paciente é orientado a ser cadastrado na regional mais próxima do seu local de residência.

6.2 Características epidemiológicas dos pacientes

A principal causa das IRC dos pacientes que foram submetidos ao transplante foi a hipertensão com (66-73,0%) seguida das glomerulonefrites (16-18,0%), diabetes (4,4,0%), rins policísticos (3-3,0%) e outras doenças (2-2,0%). Estes dados podem ser comparados com os dados apresentados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia SBN apontam no senso de 2011 que 35,1% dos pacientes que encontram-se em diálise tem como doença de base a hipertensão Arterial Sistêmica; 28,4% diabetes melitus; 12% outras doenças; 11,4% glomerulonefrites; 9,3% são indefinidos e 3,8% possuem rins policísticos (SBN, 2011).

A hipertensão arterial é um fator de risco modificável, pois seu tratamento adequado é capaz de diminuir significativamente não só a mortalidade cardiovascular, mas também a velocidade de progressão da IRCT, daí a importância do controle dos níveis pressóricos (SESSO, 2006)

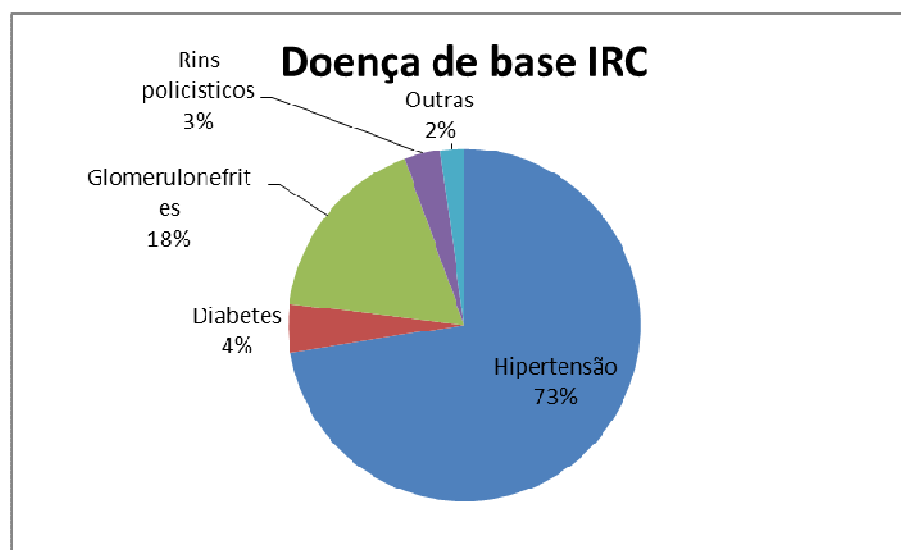


Figura 2- Doença de base dos pacientes em acompanhamento pós transplante

No estudo observou-se que dos 91 pacientes, quase a totalidade 89 (98,0%) deles faziam hemodiálise. Os demais 1 (1,0%) dialise peritoneal e o outro paciente teve a oportunidade de realizar os dois tratamentos prévios.

O tempo de tratamento antes de ser submetido ao transplante renal foi muito variado.

Estavam em tratamento há menos de um ano 8 (9,0%) pacientes. A maioria (52-57%) estava em tratamento entre 1 e 3 anos; 20 (22%) estavam de 4 a 5 anos; 11 (12%) estavam a mais de 6 anos em tratamento.

Tabela 2- Caracterização dos pacientes que se encontram em acompanhamento após o transplante renal, quanto ao tipo de diálise, tempo de tratamento antes do transplante renal e tipo de transplante

VARIÁVEIS	n	%
Tipo de diálise		
Hemodiálise	89	89,0
CAPD	1	1,0
HD+CAPD	1	1,0
TOTAL	91	100,0

VARIÁVEIS	n	%
Tempo de tratamento		
< 1 ano	8	9,0
1 a 3 anos	52	57,0
4 a 5 anos	20	22,0
>6 anos	11	12,0
TOTAL	91	100,0
Tipo de transplante		
Doador falecido	42	46,0
Doador vivo relacionado	38	42,0
Doador vivo não relacionado	11	12,0
TOTAL	91	100,0

Caracterizando o tipo de doador destes pacientes tem-se que a maioria dos pacientes receberam um rim de um doador vivo isto é: 38 (42%) doador vivo relacionado ou seja com o rim proveniente de uma pessoa viva, aparentada por laços de sangue com o receptor, geralmente pais, irmãos, filhos, tios, avós e primos até 2º grau e os demais não relacionados 11(12%) pessoas que não possuem grau de parentesco incluindo-se cônjuges. A doação intervivos é permitida e está prevista na lei9434, desde que seja realizada entre parentes até 4º grau e cônjuges, para os demais vínculos torna-se necessário o conhecimento do poder publico com a apresentação judicial(BAGGIO, 2009).

Chama a atenção o fato de menos da metade 42(46,0%) dos pacientes terem recebido um órgão de um doador falecido. Este resultado reforça a necessidade de maior sensibilização de familiares de potenciais doadores de órgãos; uma vez que estes são os únicos responsáveis pela doação dos órgãos após a constatação da morte encefálica.

No que se refere à co-morbidades após o transplante,a maioria (75-81%) dos pacientes apresentava somente hipertensão arterial sistêmica. Destacam-se que 11(12,0%) pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica e também Diabetes mellitus e que apenas 5(7%)

dos pacientes que não foram encontradas nenhuma comorbidade no momento da pesquisa.

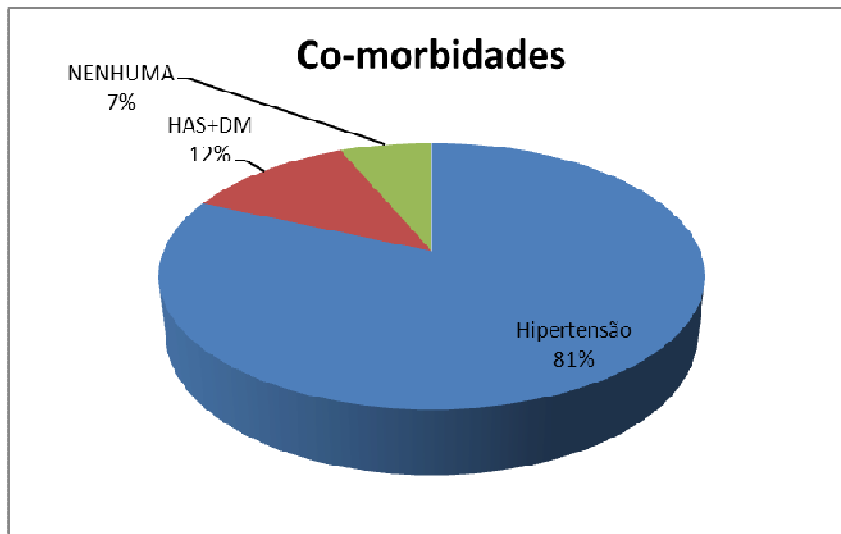


Figura 3- Principais co-morbidades nos pacientes em acompanhamento após o transplante renal

Dos 91 pacientes em acompanhamento 48 (53%) apresentaram re-internação no período pós-transplante devido a complicações tardias e ou baixa imunidade (Imunossupressores) e 43 (47%) não apresentaram intercorrência que necessitasse de uma permanência hospitalar.

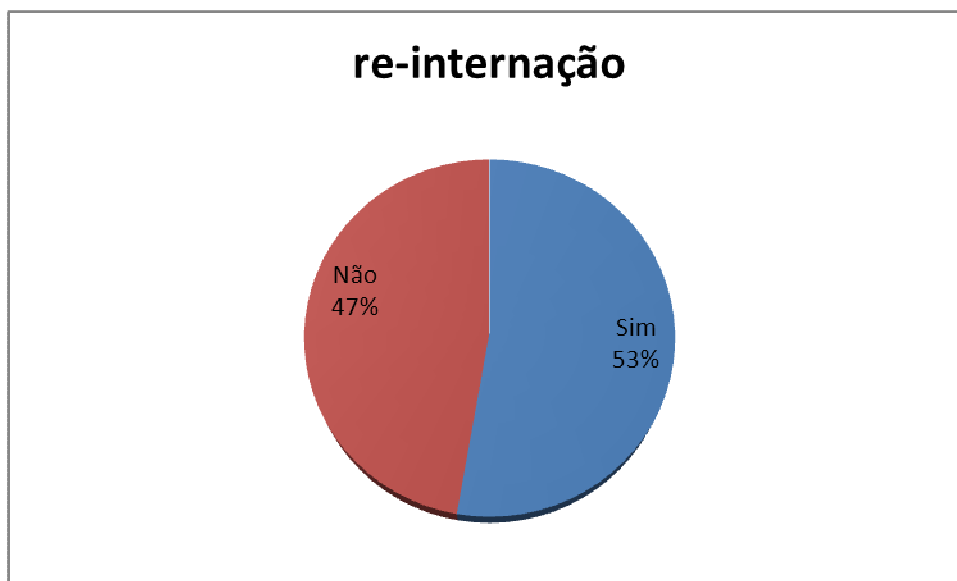


Figura 4- Re-internação nos pacientes em acompanhamento a pós o transplante renal

6.3 Tempo de sobrevida dos pacientes após o transplante renal

O tempo de sobrevida dos pacientes em acompanhamento foi descritos em intervalos de tempo em anos. Este tempo foi calculado considerando o ano em que foi realizado o transplante e a data da coleta da pesquisa, ou seja, primeiro semestre de 2012.

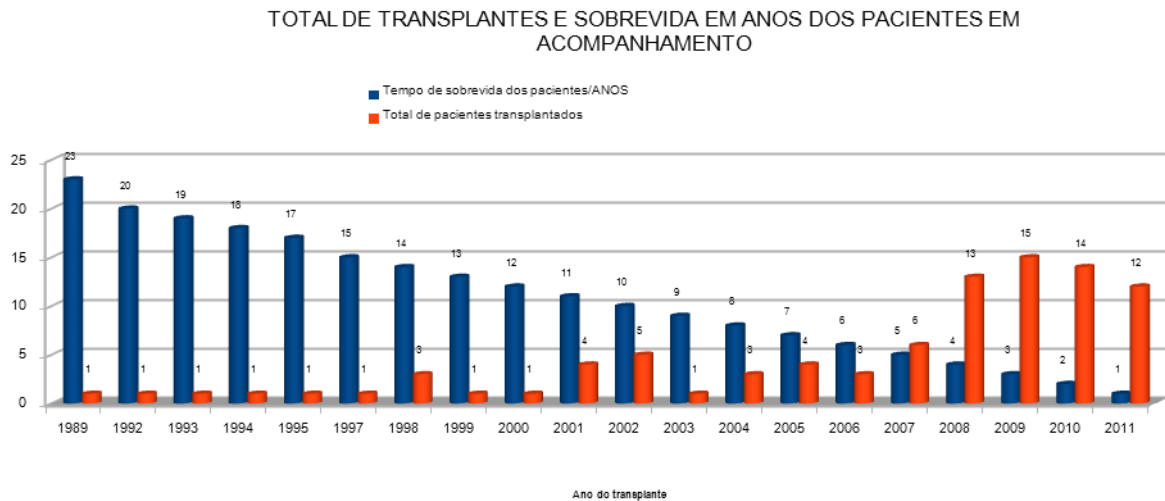


Figura 5- Número de transplantes e tempo de sobrevida média por ano.

Os dados sobre tempo de sobrevida dos pacientes estão discriminados na tabela 3

Tabela 3-Número de transplantes por ano e sobrevida média dos pacientes em acompanhamento

Ano do transplante	Total de pacientes em acompanhamento/por ano	Anos de sobrevida após-transplante renal
1989	1	23
1992	1	20
1993	1	19
1994	1	18
1995	1	17
1997	1	15
1998	3	14

Ano do transplante	Total de pacientes em acompanhamento/por ano	Anos de sobrevida após-transplante renal
1999	1	13
2000	1	12
2001	4	11
2002	5	10
2003	1	9
2004	3	8
2005	4	7
2006	3	6
2007	6	5
2008	13	4
2009	15	3
2010	14	2
2011	12	1 ano ou <1 ano
Total	91	

Destaca-se que 20 (22,0%) pacientes foram submetidos ao transplante renal tem tempo de sobrevida (10 a 23 anos) conforme descrito na literatura o tempo de sobrevida vem aumentando gradativamente nos últimos anos. Destaca-se que 45(49,4%) pacientes já estão com um período de 3 a 9 anos de transplante.

A sobrevida dos pacientes após os transplantes renais tem melhorado gradativamente. Esta melhora se deve ao cuidado na seleção e preparo do receptor, aos melhores cuidados com o controle do potencial doador e do órgão doado, técnica cirúrgica refinada, melhora e padronização das técnicas de histocompatibilidade, maior eficácia das medicações imunossupressora e cuidadosa monitorização dos pacientes transplantados.

6- CONCLUSÃO

A população estudada foi constituída em sua maioria por homens, a raça predominante é a parda e por pessoas na faixa etária produtiva, o estado civil predominante é o casado e o nível de escolaridade da maioria é o fundamental completo. A procedência dos pacientes é da região metropolitana de Belo Horizonte.

A doença de base dos pacientes é a Hipertensão, o tratamento substitutivo predominante é a hemodiálise, o tempo médio de hemodiálise é de 1 a 3 anos. Tipo de transplante predominante é o com doador falecido seguido do vivo (relacionado e não relacionado). A principal comorbidade apresentada pelos pacientes é a hipertensão sendo considerada como um fator preponderante para doença cardiovascular nesta população.

Um importante percentual (22,0%) de sobrevivem de 10 a 23 anos após o transplante renal e 49,4% dos pacientes já estão com um período de 3 a 9 anos de transplante.

Os resultados deste estudo contribuirão para um melhor conhecimento da população estudada e subsequente uma melhoria na assistência prestada a estes pacientes e acima de tudo um grande estímulo para continuidade do programa de transplante renal na Instituição campo da pesquisa e de elaboração de novos trabalhos de pesquisas.

REFERÊNCIAS

- BAGGIO, M. A.; LIMA, A. M.C. **Trans-Plante**. Belo Horizonte: Educação e Cultura 2009. 213p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde- **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**. Disponível em <http://www.saude.es.gov.br/download/GERA_DCNT_NO_SUS.pdf> acesso em 25 de julho de 2012.
- DUARTE, M. M. F.; SALVIANO, M. E. M.; GRESTA, M. M. Assistência de enfermagem. In: PEREIRA, W. A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004
- GARCIA, V. D.; FILHO, M. A.; NEUMANN, J.; PESTANA, J. O. M. **Transplante de órgãos e tecidos**. 2 ed.-São Paulo: Segmento Farma, 2006. 992p.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LIMA, D. X.; PETROIANU, A. **Transplante Renal: O que os doadores precisam saber**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde- Transplantes**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004> 10 de abril de 2012.
- OLIVEIRA, D.G.; GUERRA, W.L.; DIAS, S.B. **Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença**. *Revista Enfermagem Integrada* – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.
- PARADISO C. **Cuidados aos pacientes com disfunção urinária e renal**. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10a ed. Janeiro: Guanabara Koogan; p.1398-412, 2006.
- PEREIRA, W. A. História dos Transplantes. In Pereira, W A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ed- Belo Horizonte: Coopmed, 2012. 1-11p
- PEREIRA, W. A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ed- Belo Horizonte: Coopmed, 2012. 688p.
- PÔRTO, D. G. ; VASCONCELOS, P. F.; JUNIOR, R. S. S.; SOUZA, S. R. **Transplante e Imunossupressão**. Ebah. Montes Claros. 2010 Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAe1ZYAK/transplante-imunossupressao>> acesso em 24 de abril de 2012
- STARZL, TE. **Personal reflections in transplantation**. *Sur Clin North Am* 1978.
- SCHRAIBER L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SABO D. **O estudo crítico das masculinidades**. In. ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (org.) *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Editora UFPR, 2002.
- SANTOS, P.R.; PONTES, L.R.S.K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 1 a 2 meses. **Rev. Aço. Med. Bras**, n 57, 2007.
- SECRETARIA DE SAUDE DE MINAS GERAIS- **Estrutura MG Transplantes**-Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/copy_of_treinapres/2o-seminario-do-pro-hosp/mg-transplantes.pdf> acesso em 20 de julho de 2012

SECRETARIA DE SAUDE DE MINAS GERAIS- **Termo de esclarecimento e responsabilidade**- Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gmex/termos-de-esclarecimento-2012/Transplantes%20Renais.pdf acesso em 20 de julho de 2012

Sesso R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2006. [acessado 2012 julho]. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc_prof.htm>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA- **Censo em diálise SBN 2011**. Disponível em <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf> acesso em 20 de julho de 2012

KEIJZER B. **Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina**. In: CÁCERES CF; CUETO M.; RAMOS, M.; VALLAS, S. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003

APÊNDICE A**Instrumento para coleta de dados**

Numero do prontuário _____ Data do transplante ____/____/____

1) SEXO

Masculino Feminino

2) RAÇA

Negra Branca Parda

3) IDADE

até 20 anos 21-30 anos 31-50 anos

51-60 anos > 60 anos

4) ESTADO CIVIL

Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)

5) ESCOLARIDADE

Nível fundamental incompleto Nível fundamental completo

Nível médio incompleto Nível médio completo

Nível superior incompleto Nível superior completo

6) PROCEDÊNCIA

Região metropolitana Interior de Minas Gerais Outro Estado

7) DOENÇA DE BASE

Hipertensão Diabetes Glomerulonefrites Rins policístico

Outra _____

8) COMORBIDADE

Hipertensão Diabetes Outra _____

9) TIPO DE TRATAMENTO SUBSTITUTIVO

Hemodiálise CAPD DAP

10) TEMPO DE HEMODIÁLISE

< 1 ano 1 a 3 anos 4 a 5 anos Acima de 5 anos

11) TIPO DE TRANSPLANTE

Doador Falecido Doador Vivo Relacionado Doador Vivo não Relacionado

12) REINTERNAÇÃO PÓS TRANSPLANTE

Sim Não

13) FUNCIONAMENTO DO ENXERTO

Sim Não

CARTAS DE AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, 30 de maio de 2012.

Ao Comitê de Ética do Hospital Evangélico de Belo Horizonte

Prezado Senhores

Eu, Vívian Angélica dos Santos Mourão, enfermeira da unidade de transplante do Hospital Evangélico estou desenvolvendo um estudo sob a orientação da professora Dra. Daclé Vilma Carvalho docente da Escola de Enfermagem da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), intitulado Perfil Epidemiológico e Demográfico de pacientes submetidos ao Transplante Renal. Este trabalho constituirá em minha monografia a ser apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar- Área de Transplantes da EEUFMG para obtenção do título de especialista.

O estudo tem como objetivo “traçar o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes submetidos ao transplante Renal”. Os dados serão colhidos nos prontuários dos pacientes que foram submetidos ao transplante renal no Hospital Evangélico de Belo Horizonte no período de 1987 a 2011. Assim a população será constituída de 153 prontuários.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora, uma docente da Escola de Enfermagem da UFMG e por duas estudantes de enfermagem que serão orientadas e supervisionadas pela pesquisadora.

Será garantido o anonimato dos pacientes bem como dos profissionais envolvidos com o tratamento dos pacientes.

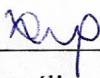
Dr. Antônio Cláudio Moraes
C.R.C. 75478
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
1996240

Os resultados deste estudo constituirão, além da monografia, em um banco de dados que será disponibilizado para o serviço.

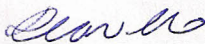
Diante do exposto solicitamos autorização de V.Sas. Para utilizar os prontuários dos pacientes submetidos ao transplante renal para desenvolver este estudo.

Informamos ainda que o Presidente da Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais Sr. Euler Borja e os Diretores da Unidade de Transplante Dr. Arilson de Souza Carvalho Júnior e Dr. Aurélio Magalhães Neto autorizaram realização da pesquisa nesta instituição.

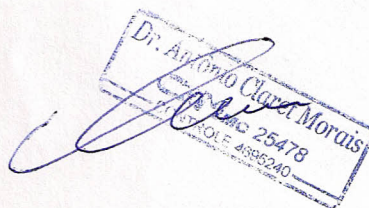
Encaminhamos em anexo uma cópia do referido projeto.



Vívian Angélica dos Santos Mourão
Pesquisadora



Dra. Daclé Vilma Carvalho
Orientadora



Belo Horizonte, 30 de maio de 2012.

**Ao Presidente da Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais e
Diretoria do Serviço de Transplante do Hospital Evangélico de Belo
Horizonte.**

Prezados Senhores

Euler Borja

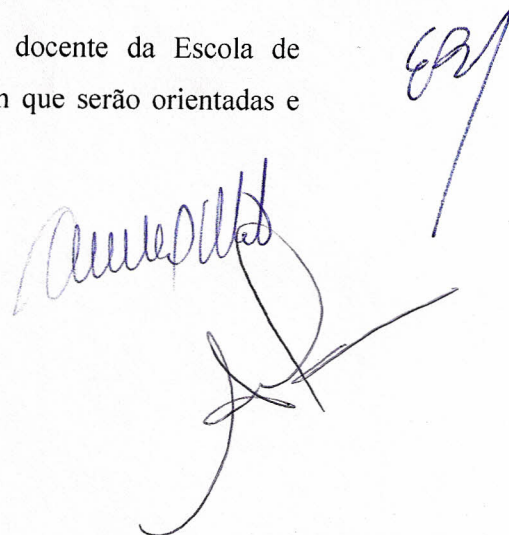
Arilson de Souza Carvalho Júnior

Aurélio Magalhães Neto

Eu, Vivian Angélica dos Santos Mourão, enfermeira da unidade de transplante do Hospital Evangélico estou desenvolvendo um estudo sob a orientação da professora Dra. Daclé Vilma Carvalho docente da Escola de Enfermagem da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), intitulado Perfil Epidemiológico e Demográfico de pacientes submetidos ao Transplante Renal. Este trabalho constituirá em minha monografia a ser apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar- Área de Transplantes da EEUFMG para obtenção do título de especialista.

O estudo tem como objetivo “traçar o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes submetidos ao transplante Renal”. Os dados serão colhidos nos prontuários dos pacientes que foram submetidos ao transplante renal no Hospital Evangélico de Belo Horizonte no período de 1987 a 2011. Assim a população será constituída de 153 prontuários.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora, uma docente da Escola de Enfermagem da UFMG e por duas estudantes de enfermagem que serão orientadas e supervisionadas pela pesquisadora.



Embora os dados sejam colhidos em prontuários será solicitada autorização dos pacientes para utilização do seu prontuário como fonte de pesquisa, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Será garantido o anonimato dos pacientes bem como dos profissionais envolvidos com o tratamento dos pacientes.

Os resultados deste estudo constituirão, além da monografia, em um banco de dados que será disponibilizado para o serviço.

Diante do exposto solicitamos autorização de V.Sas. para utilizar os prontuários dos pacientes submetidos ao transplante renal para desenvolver este estudo.

Encaminhamos em anexo uma cópia do referido projeto.

Vup

Vívian Angélica dos Santos Mourão

Pesquisadora

Daclé

Dra. Daclé Vilma Carvalho

Orientadora

EB

Leonor Borges

Amélia

[Handwritten signature]