

Perfil dos Pacientes na Lista Única de Espera para Transplante Cardíaco no Estado do Ceará

Profile of Patients in the Unified Waiting List for Heart Transplantation in State of Ceará

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Adriana Kelly Almeida Ferreira³, Kelly de Araújo Fontenele³, Eliana Régia Barbosa de Almeida²

Universidade Federal do Ceará¹; Central de Transplante do Ceará²; Universidade de Fortaleza³, Fortaleza, CE - Brasil

Resumo

Fundamento: Os transplantes de órgãos têm aumentado consideravelmente nos últimos anos em razão da evolução tecnológica e da sensibilização da sociedade para doação de órgãos.

Objetivo: Descrever as características dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco; identificar as principais cardiopatias; e verificar o tempo médio de permanência do paciente na Lista até a realização da cirurgia.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Central de Transplante do Estado do Ceará, com 156 pacientes incluídos na Lista Única de Espera do ano de 1999 a 2006. Os dados foram organizados em figuras.

Resultados: Foram encontrados: 81% do sexo masculino; 22,4% adultos jovens (20 a 40 anos) e 56,4% adultos de meia-idade (40 a 64 anos), com uma média de 36 anos; 79% procedentes de Fortaleza-CE; 91% tinham miocardiopatia como causa do transplante cardíaco. Dentre esses pacientes 102 (69%) foram transplantados; 37 (25%) evoluíram para óbito antes do transplante e 8 (6%) foram excluídos por melhora ou piora do quadro clínico.

Conclusão: Os pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco no Estado do Ceará, no período de 1999 a 2006, eram do sexo masculino (80%), com faixa etária variando de 1 a 71 anos, com predomínio da miocardiopatia dilatada (53,4%), e o tempo médio de espera foi de 136 dias até o dia do transplante cardíaco. (Arq Bras Cardiol. 2010; [online]. ahead print, PP.0-0)

Palavras-chave: Perfil epidemiológico, transplante cardíaco, listas de espera, Fortaleza (CE), Brasil.

Abstract

Background: Organ transplants have increased considerably in recent years because of technological developments and society's awareness for organ donation.

Objective: To describe the characteristics of the single list of patients waiting for heart transplantation; to identify the main heart diseases; and determine the average time a patient stays in the list until the surgery.

Methods: This is a descriptive, documentary and retrospective study with a quantitative approach. It was developed at the Transplant Center of the State of Ceará, with 156 patients included in Unified Waiting List from 1999 to 2006. Data were organized into figures.

Results: There were: 81% males; 22.4% of young adults (20 to 40 years old) and 56.4% middle-aged adults (40 to 64 years old), averaging 36 years old; 79% from Fortaleza-CE; 91% with cardiomyopathy as a cause of heart transplantation. Among these, 102 patients (69%) were transplanted; 37 (25%) died before transplantation; and 8 (6%) were excluded due to improvement or worsening of clinical status.

Conclusion: The patients from the Unified Waiting List for Heart Transplantation in the state of Ceará, from 1999 to 2006, were male (80%), with ages ranging from 1 to 71 years, with a predominance of dilated cardiomyopathy (53.4%), and the average waiting time was 136 days until the day of cardiac transplantation. (Arq Bras Cardiol. 2010; [online]. ahead print, PP.0-0)

Key words: Health profile; heart transplantation; waiting lists; Fortaleza (CE); Brazil.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Francisca Elisângela Teixeira Lima •

Av. dos Expedicionários, 3406, bl.1 apt. 1203 - Benfica - 60410-410 - Fortaleza, CE - Brasil

E-mail: felisangela@yahoo.com.br

Artigo recebido em 14/04/09; revisado recebido em 16/09/09; aceito em 27/01/10.

Introdução

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes de órgãos e tecidos, encontrando-se em segundo lugar na realização desse procedimento, atrás apenas dos Estados Unidos. Segundo o Tribunal de Contas da União, em maio de 2005, 62.785 doentes esperavam por um transplante¹.

O transplante só é realizado quando o receptor estiver inscrito na Lista Única de Espera para a recepção do órgão, após aconselhamento sobre os benefícios e os riscos do procedimento e com devida autorização do receptor. As Listas Únicas de Espera são formadas para cada tipo de órgão ou tecido, estabelecendo-se critérios mínimos para seleção de pacientes. De acordo com os critérios nacionais para seleção de receptores de órgãos, o aspecto cronológico da fila de espera deve ser prioritário, seguido pela gravidade do estado de saúde do paciente. No entanto, há exceções, que são caracterizadas como urgência, igualando os direitos dos receptores, independente de classe socioeconômica e cultural².

Há dificuldade na obtenção de órgãos e tecidos, assim como na estrutura necessária para a realização de procedimentos. Constatou-se, pelo segundo ano consecutivo, diminuição na taxa de doadores efetivos no Brasil. Em 2004, a taxa foi de 7,3 doadores por um milhão de população (pmp), passando para 6,4 pmp no ano seguinte e 6,0 em 2006. Uma das maiores reduções foi encontrada nos transplantes cardíacos, pâncreas e rins³.

As doenças cardiovasculares destacam-se dentre as alterações crônicas, pois são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano 2020 de sua manutenção como causa principal de mortalidade e incapacitação⁴. O Ceará é o segundo Estado do Brasil em número de transplantes e o quinto em transplantes cardíacos, realizados no Hospital de Messejana⁵.

Diante dessas considerações, têm-se como objetivos: descrever as características dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco, considerando sexo e idade; identificar as principais cardiopatias que levam ao transplante cardíaco e verificar o tempo médio de permanência do paciente na Lista Única de Espera até a cirurgia.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo, com análise quantitativa. Os documentos analisados são referentes aos prontuários dos 156 pacientes cadastrados na Lista Única de Espera para transplante de coração, no período de 1999 a 2006, já transplantados ou não, independentemente de sexo e faixa etária.

A coleta de dados ocorreu em setembro e outubro de 2007 no Sistema Nacional de Transplante existente na Central de Transplante do Ceará, localizado na cidade de Fortaleza. Foi utilizado um formulário, contendo idade, sexo, data de inclusão e exclusão na Lista Única de Espera para transplante cardíaco, doença de base, casos de óbito, dentre outros relevantes para o alcance dos objetivos propostos.

Os dados foram organizados e tabulados em tabelas e expostos em figuras no programa *Excel* do *Windows XP Professional*. Os achados foram fundamentados conforme a

literatura pertinente à temática.

Os aspectos éticos e legais foram contemplados, visto que o estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Saúde⁶. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, recebendo parecer favorável para seu desenvolvimento sob nº 214/07.

Resultados

Características gerais dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco

Em relação ao sexo, como se pode ver na figura 1, observou-se que 125 (81%) pessoas eram do sexo masculino e 31 (19%), do sexo feminino. A figura 2 mostra que a faixa etária variou de 1 a 71 anos, predominando 56,4% adultos de meia-idade (40 a 64 anos) e 22,4% adultos jovens (20 a 40 anos), com uma média de 36 anos. Evidencia-se na figura 3 o predomínio de pacientes procedentes da capital do Estado do Ceará, representando 79% da amostra estudada, 19% eram procedentes do interior do Estado e 2% eram de outros Estados da federação, sendo duas pessoas do Rio Grande de Norte e uma do Rio Grande do Sul.

Fatores relacionados ao transplante cardíaco e a Lista Única de Espera

Percebe-se na figura 4 que as principais causas que levam ao transplante cardíaco no Ceará são as seguintes miocardiopatias: dilatada (70), isquêmica (22), chagásica (19), idiopática (18), alcoólica (14) e hipertrófica (1). Além de outras doenças (12), incluindo as valvares, malformação cardíaca congênita e insuficiência coronariana.

Identificou-se na figura 5 um aumento considerável no número de pacientes inscritos na lista de espera para transplante, com um crescimento mais evidente no ano de 2004 e 2005, havendo uma redução no ano de 2006. O tempo médio de permanência na Lista Única de Espera foi de 136 dias. Muitos pacientes esperaram esse tempo e

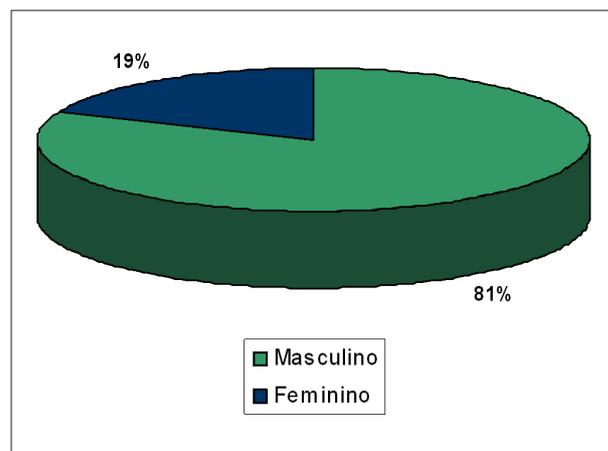


Fig. 1 - Caracterização dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco, segundo o sexo. Ceará, 1999-2006.

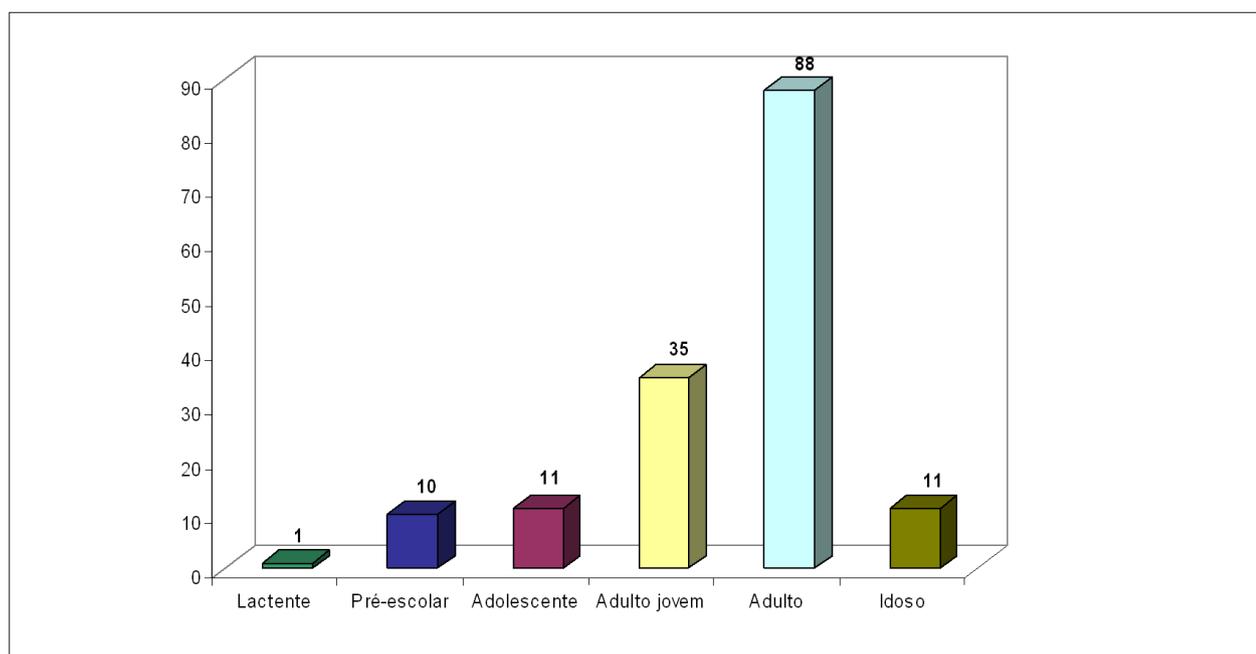


Fig. 2 - Caracterização dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco, segundo a faixa etária. Ceará, 1999-2006.

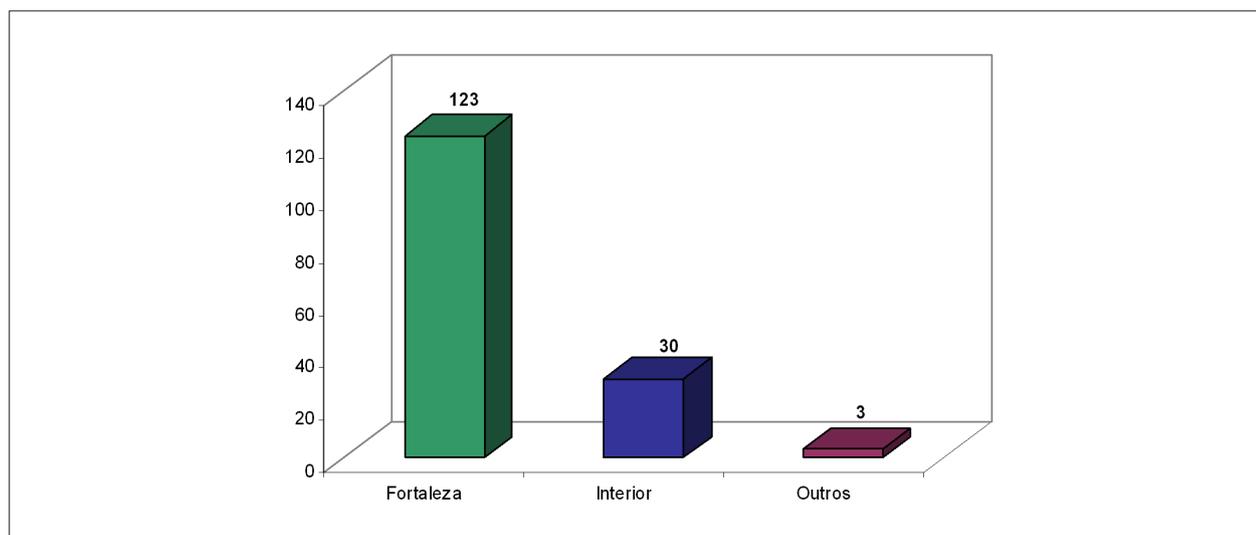


Fig. 3 - Caracterização dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco, segundo a procedência. Ceará, 1999-2006.

conseguiram ser transplantados, porém estão nessa média pacientes que foram excluídos da lista por algum outro motivo.

Quanto ao transplante cardíaco, houve um crescimento até 2004, chegando a serem realizados 24 transplantes no referido ano. Em 2005 houve um declínio no número de procedimentos realizados, com 14 transplantes, tornando a elevar esse índice para 17 em 2006.

Constatou-se que dos 156 pacientes inscritos na Lista Única de Espera, 102 (65,4%) foram transplantados; 37 (23,7%) evoluíram para óbito antes do transplante; e 8 (5,1%) dos que entraram na lista foram excluídos por melhora ou piora do quadro clínico e 9 (5,8%) permanecem na fila.

Discussões

A análise da faixa etária foi realizada a partir das fases de desenvolvimento classificadas segundo a literatura pertinente⁷: lactação (do nascimento até 1 ano), primeira infância (1 a 3 anos), pré-escolar (3 a 6 anos), escolar (7 a 10 anos), pré-adolescente (10 a 12 anos), adolescente (12 a 19 anos), adulto jovem (20 a 40 anos), adulto de meia-idade (40 a 64 anos) e adulto de idade avançada (≥ 65 anos).

Os dados da faixa etária convergem com a literatura, a qual afirma que a faixa etária predominante na Lista Única de Espera para transplante cardíaco é entre 35 e 60 anos de idade⁸. A idade limite para a realização do transplante

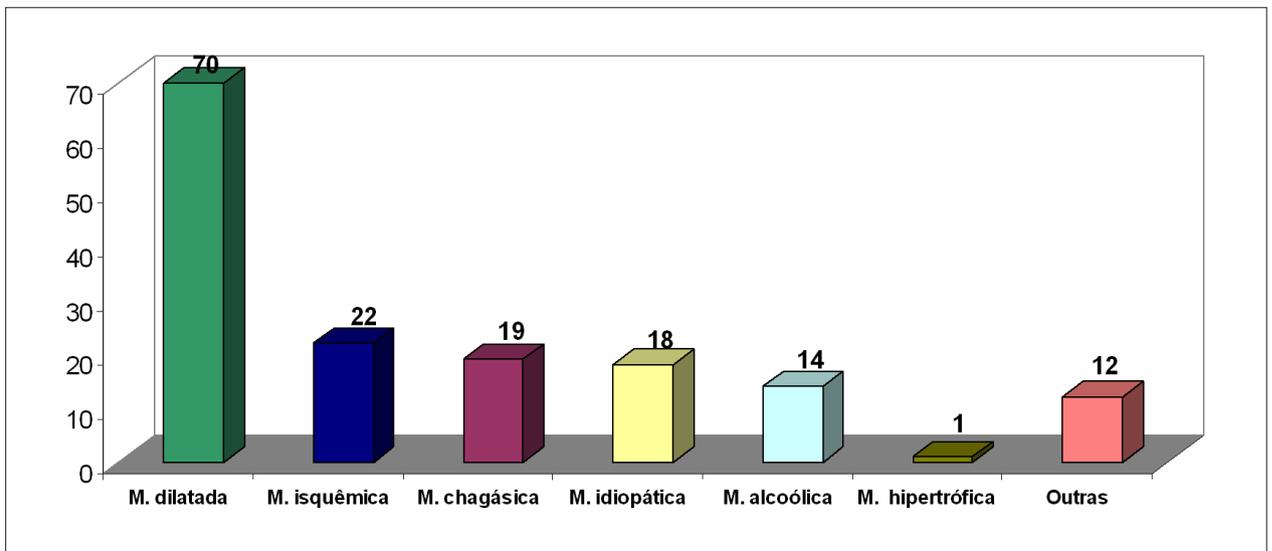


Fig. 4 - Caracterização dos pacientes da Lista Única de Espera para transplante cardíaco, segundo o diagnóstico relacionado com o transplante cardíaco. Ceará, 1999-2006.

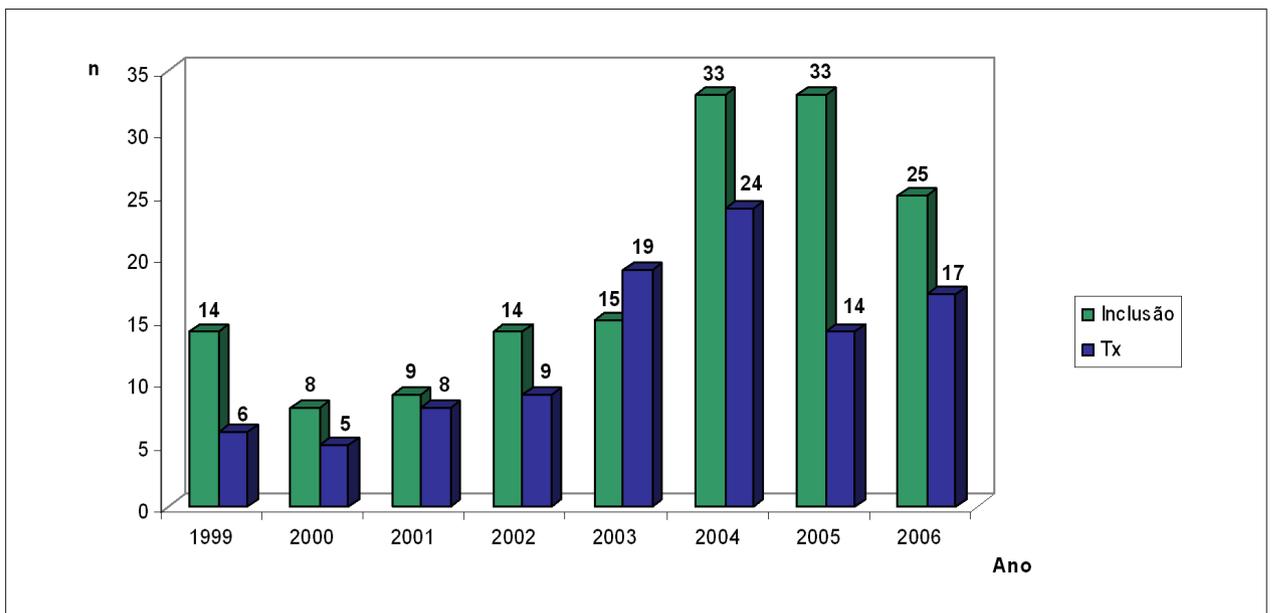


Fig. 5 - Caracterização dos pacientes quanto ao ano de inserção na Lista Única de Espera e ano de realização do transplante cardíaco. Ceará, 1999-2006.

cardíaco é relativa e de difícil decisão, os fatores biológicos exercem maior influência que a própria idade cronológica. O transplante cardíaco pode ser realizado em pacientes com idade variável, desde recém-nascidos até os com idade avançada, como foi encontrado na população inscrita⁹.

Quanto às miocardiopatias, observaram-se pontos de consonância com a literatura selecionada e o predomínio da miocardiopatia dilatada. Em um estudo, as principais etiologias do transplante cardíaco foram: dilatada em 47,4%, chagásica 24,7%, isquêmica 23,7%, valvar 2,1% e outras miocardiopatias em 2,1% dos pacientes¹⁰. Em outro estudo, desenvolvido em outro período, predominaram também miocardiopatia dilatada idiopática (37,5%), miocardiopatia

isquêmica (33,9%), miocardiopatia chagásica (17,5%)⁷. E outro mais recente constatou, ainda, similaridade nos achados, predominado cardiomiopatia dilatada idiopática (39%), chagásica (26,5%), isquêmica (24,2%) e outras etiologias (10,3%)¹¹.

A miocardiopatia dilatada é caracterizada por uma disfunção uni ou biventricular de caráter progressiva, com uma deficiência na contratilidade; a etiologia é variada e pode ser decorrente de múltiplos fatores, entre eles genéticos, imunológicos e até infecciosos que são determinantes para que ocorra lesão do miocárdio¹².

Cabe, portanto, aos profissionais de saúde desenvolver estratégias educativas, visando diminuir o índice das doenças

cardiovasculares, e conseqüentemente reduzir a necessidade de transplante cardíaco.

Ao comparar a inclusão na Lista Única de Espera com a realização do transplante, constata-se que, exceto em 2003, em todos os anos a partir de 1999 até 2006 há um maior número de pessoas que são inseridas na lista do que aquelas que são transplantadas. Esse achado condiz com o estudo realizado no Instituto do Coração, na cidade de São Paulo, com 141 clientes com prioridade para o transplante cardíaco, no qual foi constatado que 10% a 40% dos pacientes selecionados para transplante não conseguem esperar a doação e falecem na fila¹¹.

Dados fornecidos pela Central de Transplante do Estado do Ceará afirmam que os anos de 2004, 2005 e 2006 foram marcados pelo aumento do número de pacientes que compunham a lista de espera, com 928, 1.065 e 1.241, respectivamente.

Tal achado revela a necessidade de promover campanhas educativas, visando incentivar as pessoas a autorizarem a doação de seus órgãos em caso de morte encefálica, bem como de seus familiares. A literatura¹³ enfatiza que a família deve ser orientada, mesmo no momento de sofrimento, de que os órgãos de seu ente querido poderão salvar a vida de outras pessoas, ou pelo menos melhorar a qualidade de vida.

No decorrer dos anos de 1999 a 2006, 31% dos pacientes da Lista Única de Espera candidatos ao transplante cardíaco foram excluídos da lista; desses, 25% morreram e 6% foram retirados. Esse percentual é superior ao encontrado nos estudos da *United Network for Organ Sharing* (UNOS), que mostram que 28% dos pacientes candidatos ao transplante morrem ou são retirados da lista de espera⁹.

Muitas são as tentativas para resolver o problema da carência de órgãos, incluindo a produção de animais transgênicos e o uso de dispositivos de assistência circulatória mecânica, que possibilitam ao paciente com falência do sistema circulatório ter a capacidade de esperar mais tempo por um transplante⁸.

Pode-se notar que, apesar dos avanços no desenvolvimento de técnicas destinadas à realização desse procedimento e do desenvolvimento de medicações que contribuíram para o aumento da sobrevida, da legalização de transplantes e ampliação no número de leis que regulamentam essa prática, ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas. A principal delas é a falta de doadores, um problema de ordem mundial. A escassez de doadores só prolonga o sofrimento dessas pessoas que necessitam de um enxerto, especialmente nos pacientes que estão na lista de prioridade, por estarem hospitalizados em condições críticas, cuja incapacidade torna-se evidente¹⁴.

Além do problema da falta de doadores, existe a dificuldade da abordagem correta, por parte do profissional da saúde, à família de um potencial doador, por ser uma etapa delicada e determinante. Esses familiares devem ser abordados de maneira que possam entender o que significa o diagnóstico de morte encefálica, devendo ser esclarecidos suas dúvidas, seus sentimentos e inseguranças. Esse acompanhamento facilitará a tomada da decisão dos familiares, tornando o paciente um potencial doador¹⁵.

A falta de infraestrutura nos centros de saúde para manter um paciente com morte encefálica, envolvendo também a escassez de leito, é problema que interfere na realização de transplantes. Porém, também é fato que muitos profissionais ainda não se sensibilizaram para a necessidade de manutenção desses potenciais doadores, podendo haver até mesmo falha no diagnóstico de morte encefálica, demora para notificar a Central, e as poucas campanhas sobre doação de órgãos são barreiras ainda existentes⁸.

Conclusões

O desenvolvimento deste estudo possibilitou caracterizar os 156 pacientes inseridos na Lista Única de Espera para transplante cardíaco, no período de 1999 a 2006. As conclusões foram: 81% dos pacientes eram do sexo masculino, com faixa etária variando de 1 a 71 anos, com uma média de 36 anos. A cardiopatia predominante que levou os pacientes do Ceará ao transplante cardíaco foi a miocardiopatia dilatada (53,4%). E o tempo médio de permanência do paciente na Lista Única de Espera até a realização da cirurgia foi de 136 dias. Constatou-se um crescimento de pacientes inscritos na lista de espera para transplante até o ano de 2004.

Ao comparar a inclusão na Lista Única de Espera com a realização do transplante, constata-se que, exceto em 2003, todos os anos a partir de 1999 até 2006 há um maior número de pessoas que são inseridas na lista, em relação àquelas que são transplantadas.

Implicações para a prática

Foi observada a importância da assistência à saúde do paciente na Lista Única de Espera, visto que o tempo de permanência é muito variável, podendo durar apenas um dia ou até anos. Para isso, torna-se primordial a capacitação das comissões intra-hospitalares de transplante de órgãos, para que esses profissionais estejam aptos a cuidar dos pacientes e de seus familiares de forma holística e individualizada.

Cabe, cada vez mais, aos profissionais de saúde que atuam no Sistema Nacional de Transplantes divulgar os procedimentos realizados, assim como a quantidade de pessoas que estão na Lista Única de Espera, óbitos que acontecem durante a permanência na lista, bem como a diferença entre a quantidade de morte encefálica que são notificadas e as doações autorizadas. Essa divulgação poderá sensibilizar e orientar a população quanto às etapas do transplante cardíaco, desmistificando-o.

Sugere-se, portanto, realizar campanhas com incentivo à doação de órgãos, visando aumentar o número de doações efetivadas; desenvolver mecanismos que avaliem a qualidade dos serviços prestados, divulgando os resultados; acompanhar a sobrevida dos pacientes que realizaram o transplante cardíaco no Estado do Ceará; e estimular o desenvolvimento de estudos sobre a temática.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Saúde nega problemas em fila de transplantes. Folha de São Paulo, São Paulo. 2006 abr 25. [Acessado em 2009 abr 13]. Disponível em: http://www.fbh.com.br/index.php?a=principal_temp.php&ID_MATERIA=4251.
2. Marinho A. Estudo sobre as filas para transplante no Sistema Único de Saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (10): 2229-39.
3. Bruno M. Aumentam as doações de órgãos no Ceará. Diário do Nordeste: Ceará. [Acessado em 2009 abr 11]. Disponível em: <http://www.adote.org.br/noticias/htm>.
4. Avezum A, Guimarães HP, Piegas LS. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: Nobre F, Serrano Jr CV. Tratado de Cardiologia SOCESP. Barueri (SP): Manole; 2005. p. 22-33.
5. 100º transplante cardíaco no Ceará. O Povo. Ceará. 2009 abr 11. [Acessado em 2009 abr 11]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/clipping/modules.php?name=News&file=article&sid=6260>.
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 196/96. Decreto Nº. 93.933 de janeiro de 1987: estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4 (2): 15-25.
7. Jarvis C. Exame físico e avaliação em saúde. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
8. Assef MAS, Valbuena PFMF, Neves Jr MT, Correia EB, Vasconcelos M, Magalhães HM, et al. Transplante cardíaco no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: análise da sobrevida. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2001; 16 (4): 289-304.
9. Garcia VD. Transplante de órgãos e tecidos. 2ª. ed. São Paulo: Segmento Farma; 2006.
10. Couto WJ, Branco JNR, Almeida D, Carvalho AC, Vick R, Teles CA, et al. Transplante cardíaco e infecção. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2001; 16 (2): 141-51.
11. Moreira LFP, Galantier J, Benício A, Leirner AA, Fiorelli AI, Stolf NAG, et al. Perspectivas da evolução clínica de pacientes com cardiomiopatia chagásica listados em prioridade para o transplante cardíaco. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2005; 20 (3): 261-9.
12. Mattos BP. Mecanismos patogênicos, função ventricular e biópsia endomiocárdica na miocardiopatia dilatada. Rev HCPA. 2005; 25 (3): 60-4.
13. Quase 70 mil brasileiros aguardam doação de órgãos para transplante. O Globo. Rio de Janeiro 2006 set 25. [Acessado em 2009 mar 9]. Disponível em: <http://www.adote.org.br>
14. Vita WLS, Boemer T, Boemer MR. A questão dos transplantes e suas interfaces. O Mundo da Saúde. 2002; 26 (1): 158-66.
15. Püschel VAA, Rodrigues AS, Moraes MW. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. O Mundo da Saúde. 2002; 26 (1): 167-73.