

ACESSO À LISTA DE ESPERA PARA O TRANSPLANTE RENAL

Resumo: Descrever os fatores que dificultam o acesso dos indivíduos em terapia de substituição renal à lista de espera para o transplante renal à nível mundial por meio da revisão bibliográfica sistemática. Atende as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. A qualidade metodológica dos artigos foi avaliada de acordo com o Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. A estratégia PICO foi utilizada para busca das evidências que foram analisadas de forma descritiva e apresentadas em categorias temáticas. Os dez artigos apontam fatores demográficos, clínicos, socioeconômicos, geográficos, motivos referidos e de características do serviço como fatores que dificultam o acesso à lista de espera para o transplante renal. A decisão do indivíduo e sua família deve ser respeitada, entretanto, os serviços de terapia de substituição renal necessitam promover a qualificação dos profissionais e investir na estrutura destes serviços.

Descritores: Transplante de Rim, Enfermagem, Listas de Espera, Acesso à Informação.

Access to the kidney transplant waiting list

Abstract: To describe the factors that make it difficult for individuals on renal replacement therapy to access the kidney transplantation waiting list worldwide through a systematic literature review. It attends the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. The methodological quality of the articles was assessed according to the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. The PICO strategy was used and the evidence was analyzed descriptively and presented in thematic categories. The ten papers point to demographic, clinical, socioeconomic, geographic factors, reasons mentioned and service characteristics as factors that hinder access to the waiting list for kidney transplantation. The decision of the individual and the family must be respected, however, renal replacement therapy services need to promote the qualification of professionals and invest in the structure of these services.

Descriptors: Kidney Transplantation, Nursing, Waiting Lists, Access to Information.

Acceso a la lista de espera de trasplante de riñón

Resumen: Describir los factores que dificultan el acceso de los individuos en tratamiento sustitutivo renal a la lista de espera para trasplante renal en todo el mundo mediante una revisión sistemática de la literatura. Cumple con los elementos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. La calidad metodológica de los artículos se evaluó de acuerdo con Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. Se utilizó la estrategia PICO para la búsqueda de evidencias que se analizaron descriptivamente y se presentaron en categorías temáticas. Los diez artículos apuntan a factores demográficos, clínicos, socioeconómicos, geográficos, razones mencionadas y características del servicio como factores que dificultan el acceso a la lista de espera para trasplante renal. Se debe respetar la decisión del individuo y su familia, sin embargo, los servicios de terapia sustitutiva renal deben promover la calificación de los profesionales e invertir en la estructura de estos servicios.

Descriptorios: Transplante de Riñón, Enfermería, Listas de Espera, Acceso a la Información.

Juliana Dall'Agnol

Enfermeira, Mestranda Programa de Pós
 Graduação em Enfermagem
 Universidade Federal de Pelotas.
 E-mail: dalljuliana@gmail.com

Eda Schwartz

Enfermeira, Doutora Programa de Pós
 Graduação em Enfermagem
 Universidade Federal de Pelotas.
 E-mail: edaschwa@gmail.com

Fernanda Lise

Enfermeira, Doutora Programa de Pós
 Graduação em Enfermagem
 Universidade Federal de Pelotas.
 E-mail: fernandalise@gmail.com

Submissão: 04/10/2020
Aprovação: 08/06/2021
Publicação: 12/09/2021

Como citar este artigo:

Dall'Agnol J, Schwartz E, Lise F. Acesso à lista de espera para o transplante renal. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):174-184.

Introdução

A doença renal crônica é considerada um problema de saúde pública mundial como uma das maiores taxas de prevalência estimada entre 11% e 13%, sendo, 13,4% a prevalência nos estágios 1 - 5 e 10,6% de prevalência nos estágios 3– 5¹.

As pessoas diagnosticadas com a doença renal crônica necessitam submeter-se ao tratamento conservador ou a uma das formas de terapia de substituição renal para sua sobrevivência². A terapia de substituição renal em estágio terminal mais eficaz é o transplante renal em termos de sobrevivência³, melhor qualidade de vida e melhor relação custo-benefício para os sistemas de saúde⁴⁻⁵ e melhores resultados⁶.

O número de pessoas recebendo terapia de substituição renal excede 2,5 milhões de pessoas e a projeção é que esse número dobrará para 5,4 milhões até 2030. Entretanto, em muitos países os serviços de terapia de substituição são escassos o que resulta em morte prematura por falta de acesso a esses serviços⁷.

Embora todos os países possuam serviços de terapia de substituição renal a distribuição das terapias de substituição renal é altamente desigual. Essa disparidade é ainda mais prevalente no acesso ao transplante renal em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento⁸⁻⁹. Logo, se faz necessário avançar em estudos que identifiquem os fatores que dificultam o acesso à lista de espera para o transplante renal. Estudos de revisão podem identificar esses fatores auxiliando na tomada de decisão.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever os fatores que dificultam o acesso dos indivíduos em terapia de substituição renal à lista de espera para o

transplante renal à nível mundial por meio da revisão bibliográfica sistemática.

Material e Método

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática de estudos publicados a nível mundial. Esta revisão bibliográfica sistemática foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*¹⁰. A escolha deve-se ao poder de síntese de investigações utilizada na prática baseada em evidências¹¹.

A pergunta da revisão foi construída com apoio dos acrônimos PICO¹². Neste estudo, P- pessoas com doença renal crônica, em alguma forma de terapia renal de substituição (hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial, diálise peritoneal ambulatorial contínua), I – estudos observacionais para conhecer quais fatores que interferem no acesso à lista de espera para o transplante renal, C- contexto mundial, O – resultados da relação de fatores que dificultam o acesso a lista de espera para o transplante renal. Logo, a pergunta da revisão sistemática expressa por: Quais fatores que dificultam o acesso das pessoas com doença renal crônica em terapia de substituição renal à lista de espera para o transplante renal?

Os Descritores em Ciência da Saúde e os MeSH Terms que melhor se relacionam com a pergunta de estudo foram determinados pelo uso de combinações das palavras (*kidney transplantation OR renal replacement therapy*) AND (*waiting list*) OR (*socioeconomic factors OR health status disparities*) AND (*chronic kidney failure OR chronic kidney insufficiency OR dialysis*). E os termos não controlados foram determinados por derivações dessas palavras (plural ou sufixos). A revisão foi realizada nas bases PubMed, Web of Science e Scielo.org. Essa revisão

sistemática atende as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*¹⁰.

Os critérios de inclusão foram os estudos publicados em periódicos científicos nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol, ser artigo original, ser conduzido em humanos, publicados a partir de janeiro de 2016 os participantes dos estudos devem estar em uma das terapias de substituição renal. Foram excluídos os estudos que abordaram revisões, editoriais, teses, dissertações, cartas ao editor, livros, resumos e estudos que não responderam a questão do estudo e artigos repetidos nas bases de dados e entre as bases de dados. E ainda excluídos os artigos que destacarem experimentos bioquímicos, estudos clínicos e com enfoque em técnicas cirúrgicas.

O tratamento dos dados bibliográficos foi realizado com justiça, integridade, imparcialidade e respeito aos autores originais das publicações que fazem parte deste estudo, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 564/2017¹³⁻¹⁴.

Para o procedimento de coleta de dados foram selecionados e categorizados os artigos que atenderam aos critérios de inclusão na sequência do fluxograma proposto na Figura 1. Nesta fase foram utilizados filtros de inclusão e exclusão, leitura do título, resumo e artigo na íntegra. A avaliação da qualidade metodológica dos artigos está de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)* e análise dos dados. Foram listadas as justificativas dos artigos excluídos.

As evidências foram analisadas de forma descritiva e apresentadas em categorias

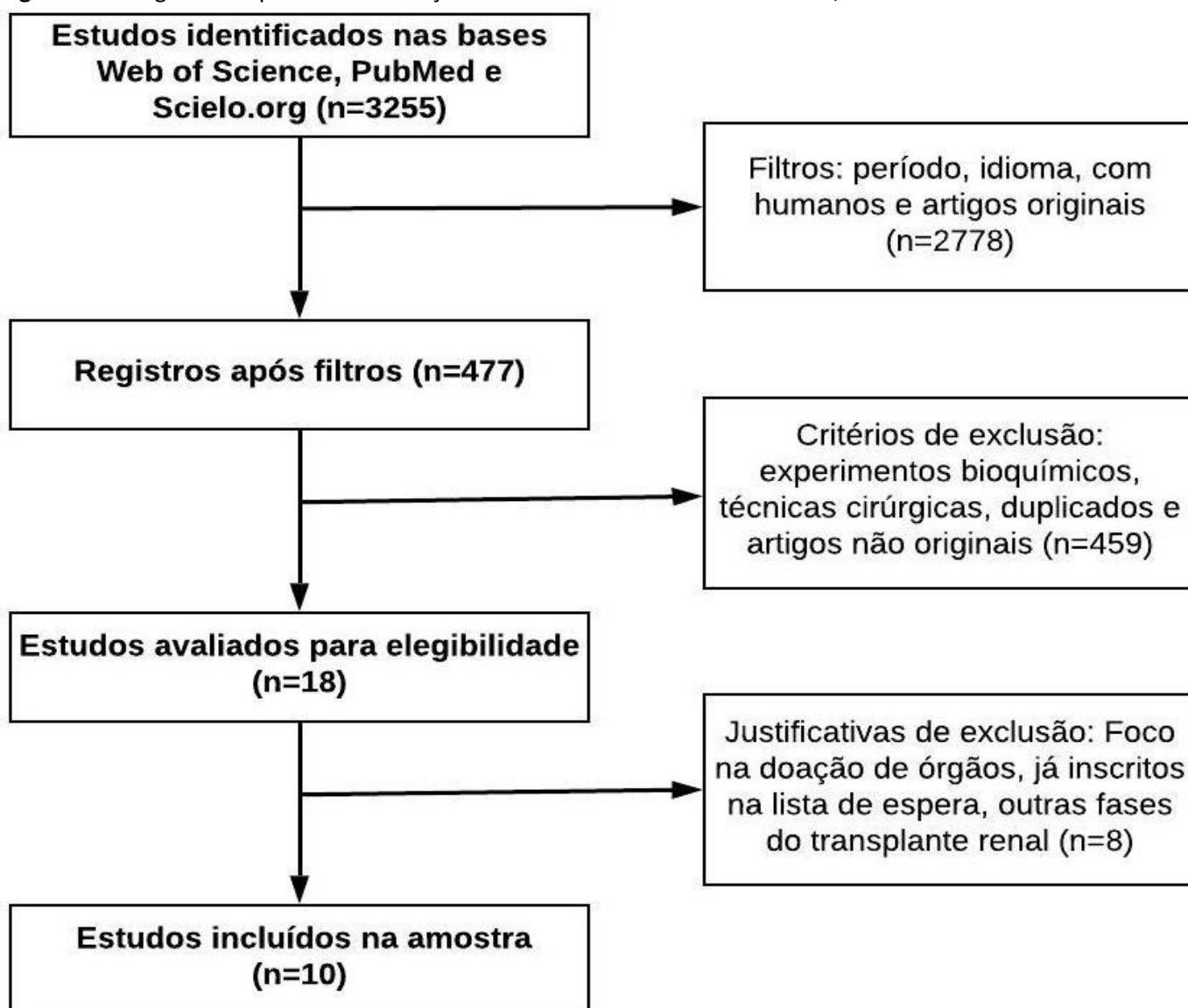
temáticas. Com a finalidade de organizar a análise dos dados, estes foram armazenados no gerenciador *Mendeley* e no *Software Excel* juntamente com o resultado de cada um dos 22 itens do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. No software Excel foram registradas as informações que fazem referência ao ano de publicação, o continente onde foi desenvolvido, delineamento do estudo título e o resultado de cada um dos 22 itens do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*.

A qualidade metodológica dos artigos foi avaliada de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, cada um dos 22 itens recebeu a pontuação de 0 e 1 ao considerar se “não atende” ou “atende” cada critério, respectivamente. Com base na soma dessa pontuação foram estabelecidas três categorias para avaliação da qualidade A, B e C. (A) para os estudos que preencheram mais de 90% dos critérios, (B) quando foram 89-70% dos critérios contemplados e (C) quando menos de 69% dos critérios foram preenchidos¹⁵.

Resultados

Foram identificados 10 estudos^{9;16-24}(Figura 1). Os 3245 estudos excluídos possuíam enfoque em experimentos bioquímicos, técnicas cirúrgicas, pós transplante, doação de órgãos, participantes já incluídos na lista de espera, *preemptive* (diagnóstico seguido de transplante imediato) e/ou outras fases do transplante, comparação entre as terapias de substituição renal, editoriais, duplicados e outros idiomas.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos da revisão sistemática, 2020.



A figura 2 apresenta os resultados baseado na estratégia PICO, considerando, “P” população do estudo em tratamento renal substitutivo, “I” o delineamento dos estudos observacionais para conhecer quais fatores que interferem no acesso à lista de espera para o transplante renal, “C” o contexto, mundial, “O” os resultados obtidos em relação aos fatores que dificultam o acesso à lista de espera para o transplante renal.

Figura2. Estudos primários incluídos de acordo com a estratégia PICO fatores que dificultam o acesso à lista de espera para o transplante renal e avaliação da qualidade metodológica, 2020.

	P	I	C	O	
Estudo/ano	População	Fonte (delineamento)	Continente (Idioma)	Fatores intervenientes	STROBE
Nogueira et al. (2016)	crianças	Institucional (coorte)	Americano (Inglês)	Socioeconômicos e geográficos	A
Platinga et al. (2017)	adultos	Institucional (coorte)	Americano (Inglês)	Socioeconômicos geográficos e características dos serviços de saúde	A
Tjaden et al. (2016)	crianças	Institucional (coorte)	Europeu (Inglês)	Demográficos socioeconômicos e clínicos	A
Naylor et al. (2017)	adultos	Institucional (coorte)	Americano (Inglês)	Clínicos, socioeconômicos geográficos e características dos serviços de saúde	A
Zhang et al. (2018)	adultos	Institucional (coorte)	Europeu (Inglês)	Socioeconômicos e clínicos	A
Toapanta et al. (2018)	adultos	Institucional (transversal)	Europeu (Inglês)	Socioeconômicos e clínicos	C
Baudelot et al. (2018)	adultos	Questionário (transversal)	Europeu (Inglês)	Clínicos, socioeconômicos geográficos e referidos	B
Pladys et al. (2019)	adultos	Institucional (coorte)	Europeu (Inglês)	Geográficos, socioeconômicos e clínicos	A
Farah et al. (2018)	adultos	Questionário (transversal)	Asiático (Inglês)	Clínicos, demográficos, socioeconômicos e referidos	B
Zhang et al. (2017)	adultos	Institucional (coorte)	Europeu (Inglês)	Clínicos, demográficos e socioeconômicos	A

Fonte: as autoras, 2020.

Dos 10 estudos incluídos nesse estudo, 100% foram publicados no idioma Inglês, sendo, 20% estudos publicados em 2016, 30% em 2017, 40% em 2018, 10% em 2019. Quanto a população 80% estudos foram realizados com adultos e 20% estudos com crianças e adolescentes. A coleta de dados de 70% estudos deu-se por meio de banco de dados institucionais. Quanto ao delineamento foram estudos observacionais, sendo 70% de coorte e 30% transversais. Sendo que 60% foram desenvolvidos no continente Europeu, 30% no continente Americano e 1% no continente Asiático.

A qualidade metodológica de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, aponta que 70% dos estudos foram qualificados com conceito A; 20% com conceito B e 1% com conceito C. Os itens que apresentaram menor pontuação foram os itens 7,8,9,10,11 referentes ao método como fonte de dados, viés, variáveis e tamanho do estudo.

Existem duas etapas para o acesso ao transplante renal: o acesso à lista de espera e acesso ao transplante. Há disparidade no acesso à lista de espera devido ao fator possuir informação sobre a possibilidade de transplante, mas uma vez ultrapassado esse limite, essa disparidade não é encontrada para o acesso ao transplante¹⁶. A decisão de inserir um indivíduo em diálise na lista de espera provavelmente está mais associada aos fatores subjetivos pois, implica em relacionamento mais próximo entre indivíduo em diálise e profissionais de saúde. Por outro lado, uma vez que o indivíduo está na lista de espera a decisão pelo transplante é mais objetiva, pois eles não necessitam mais de decisão de

profissionais da saúde para receber ou não o transplante renal, mas uma pontuação calculada por um algoritmo²³⁻²⁴.

As evidências foram agrupadas, por semelhança temática, categorizadas por fatores demográficos e socioeconômicos, fatores clínicos, características dos serviços e fatores geográficos e motivos referidos.

Discussão

Fatores socioeconômicos e demográficos

Os fatores sociais, econômicos e demográficos dizem respeito a descrição das características da população. Estes dados se referem a idade, sexo, escolaridade, trabalho, renda, local de residência, estado civil e aspectos étnico-culturais.

Os indivíduos jovens, homens, casados que estavam trabalhando apresentaram maiores chances de estar na lista de espera^{19-20;23-24}. Indivíduos empregados e em diálise por mais que 5 anos estavam mais informados sobre o local do transplante do que os desempregados e com mais que cinco anos em diálise. Indivíduos mais jovens, com menos de cinco anos em diálise e com nível de escolaridade mais alto estavam mais aptos a considerar o transplante¹⁷.

Os fatores socioeconômicos estão mais fortemente associados ao acesso à lista de espera do que quando comparados para receber o transplante. Fatores socioeconômicos como renda e educação mostram uma clara associação com o acesso a lista de espera para o transplante renal²³⁻²⁴.

Mais de 88% dos indivíduos acreditam que o transplante renal melhora a qualidade de vida e mais de 78% que o transplante aumenta a expectativa de vida. Sendo que 73,9% estão informados sobre a possibilidade do transplante e 42,5% consideram a

comercialização de órgão. Indivíduos mais jovens, com nível de escolaridade mais elevado e empregados estavam mais disponíveis para comercialização do órgão¹⁷.

Qualquer que seja o tempo gasto em diálise, indivíduos com mais de três anos de ensino superior têm 1,6 vezes mais chances de interromper a diálise devido a um transplante renal do que indivíduos com o ensino fundamental^{16;23-24}. Indivíduos com ensino superior possuem no mínimo cinco vezes mais chances de transplante quando comparados ao indivíduos com educação básica²³⁻²⁴.

Os indivíduos com renda familiar maior possuem duas vezes mais chances de acesso ao transplante renal quando comparados com os indivíduos com a menor renda. Possivelmente, fatores não biológicos estão mais associados aos indivíduos com doença renal de origem primária. Indivíduos com acesso ao transplante renal são mais jovens, mais saudáveis, com maior nível de educação, moram mais próximos do serviço de transplante e possuem maior renda familiar²³⁻²⁴.

Evidenciou-se que o acesso a informação é maior em indivíduos com nível de escolaridade mais elevado inclusive sobre as duas categorias de transplante (doador vivo ou falecido). Além disso, os indivíduos estão mais propensos a procurar informações sobre suas doenças e terapias de substituição renal disponíveis, e eles aprendem, com maior facilidade, com os profissionais de saúde. Os indivíduos mais instruídos também são conhecidos por acessar os serviços de saúde com mais frequência do que a população em vulnerabilidade socioeconômica^{16;23-24}.

Nesse contexto, indivíduos com condições socioeconômicas mais favorecidas, como educação e

renda, buscam por doadores vivos, enquanto, indivíduos mais vulneráveis podem ser impedidos por falta de conhecimento sobre essa possibilidade. A rede social dos indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica pode estar sendo afetada por comportamento de risco e pior condição de saúde, o que pode impedir adoção em vivo relacionado. O baixo nível de escolaridade está associado com comportamento de risco como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso. Estes fatores de risco comportamentais são mais comuns na população de baixa renda e baixa escolaridade por possuir rede de suporte social mais fragilizada²³⁻²⁴.

A renda e a escolaridade foram apontadas como aspectos que podem interferir, também, na comunicação entre indivíduo em diálise, família e profissionais de saúde. Uma possível explicação pode ser atribuída a estes fatores socioeconômicos (renda e educação), pois os indivíduos com melhor condição socioeconômica estão mais bem preparados para a possibilidade do transplante e adesão ao tratamento medicamentoso. Visto que, a decisão para estar na lista de espera para o transplante é de característica mais subjetiva quando comparado ao transplante renal podendo ser explicado pelos fatores acesso à informação e educação, o que pode facilitar a comunicação e o desfecho favorável. Pois, estes fatores estão associados a o conhecimento sobre a doença renal crônica e as diferentes terapias de substituição renal²³⁻²⁴.

Indivíduos em vulnerabilidade esperam mais quando comparados com população com melhor condição socioeconômica e clínica para serem registrados na lista de espera. E geralmente, a população em vulnerabilidade está qualificada apenas

para realizar tarefas que exigem níveis de energia física difíceis de conciliar com seu estado de saúde¹⁶. Indivíduos em vulnerabilidade socioeconômica possuem maiores chances de possuir multimorbidade, bem como, as piores aderências ao tratamento quando comparados aos indivíduos com melhores condições. Constatou-se que a população em vulnerabilidade possui menores chances de transplante de vivo relacionado, visto que, essa população possui risco aumentado de prevalência de doenças como obesidade, diabetes e hipertensãosocioeconômicas²².

O tempo médio desde o início da terapia de substituição renal até receber o transplante de rim foi significativamente maior em negros, asiáticos em comparação com o branco. O desconhecimento tanto dos indivíduos em diálise como de suas famílias sobre as possibilidades de transplante, como consequência, esses indivíduos permanecem mais tempo em diálise²¹. Salienta-se que indivíduos em diálise informados sobre a possibilidade de transplante e avaliados nos serviços de terapia de substituição renal nos primeiros dias de início da diálise tiveram mais chances de acesso ao transplante renal. E a avaliação, quando iniciada dentro de um ano no centro de transplante, está associada aos mais altos níveis de acesso a lista de espera e ao transplante²⁰.

Os fatores socioeconômicos e demográficos denotam a importância de investimentos em educação e geração de renda com o objetivo de promover o acesso à lista de espera para o transplante renal.

Fatores clínicos

Os fatores clínicos dizem respeito ao resultado análises clínicas, uso de medicamentos, histórico de

doenças dos indivíduos com doença renal crônica, agravamento das doenças cardiovasculares e ao acesso aos serviços de saúde.

Os indivíduos com multimorbidades (cardiovascular, doenças hepáticas, câncer, deficiência física e todas as doenças renais primárias) possuem menor chance de estar em lista de espera para o transplante renal. Apresentar multimorbidades, nefropatias, fazer uso de cateter e ter iniciado a diálise em situação de emergência, diminuem as oportunidades de acesso à lista de espera para o transplante renal^{18-19;23-24}.

Outros fatores que influenciam no acesso à lista de espera para o transplante renal dizem respeito às pendências em avaliação cardiológica, urológica, com multimorbidade (câncer, obesidade, infecção, diabetes). E ademais, os fatores que são contra indicação para transplante como baixa aderência ao tratamento medicamentoso ou diálise²².

Famílias em vulnerabilidade socioeconômica e de grupos minoritários podem ter menor probabilidade de ser clinicamente adequado como doadores (vivo relacionado) devido a uma maior prevalência de multimorbidade como obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial. O indivíduo acometido por nefropatia possui quatro vezes mais chances de receber um transplante do que um indivíduo com diabetes ou doença vascular²¹.

A população em terapia renal substitutiva em vulnerabilidade socioeconômica é menos instruída sendo afetada por desvantagem acumulativa. Os indivíduos com baixo nível de escolaridade são mais acometidos por multimorbidades que são contra indicações para transplante renal ou que

complicam o procedimento do transplante e tornam o resultado mais incerto.

Características dos serviços e fatores geográficos

A equipe multiprofissional do serviço de terapia de substituição renal é composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, técnicos em enfermagem e outros. Esses profissionais desenvolvem cuidados diretos, bem como, prevenção e promoção em saúde.

O serviço de terapia de substituição renal com melhor desempenho de recursos humanos e estrutura física possui maior número de indivíduos cadastrados na lista de espera para o transplante renal. A diferença está na capacitação e formação/educação dos profissionais de saúde sobre o acesso à lista de espera para o transplante renal^{18;23-24}.

Os serviços de terapia renal substitutiva estão localizados em municípios de médio a grande porte. Desta forma, as pessoas que residem na zona rural ou municípios menores precisam se deslocar para os serviços para seu tratamento. As diferenças regionais que incluem a distância dos serviços de terapia renal substitutiva, afetam o acesso ao serviço de transplante renal¹⁸. Bem como, indivíduos em diálise em serviços privados possuem 21% mais chances de acesso a lista de espera para o transplante renal quando comparados aos indivíduos em serviço de terapia renal público¹⁹.

No Brasil, os fatores geográficos e macroeconômicos apontam que a população das regiões Norte e Centro Oeste possui menores chances de acesso ao transplante renal. Esses fatores evidenciam que contribuem para essa distribuição desigual, logo, a região do serviço de terapia de substituição renal que

o indivíduo está sob tratamento é o fator chave e é determinante para o acesso ao transplante⁹.

Indivíduos em tratamento nos mais bem avaliados serviços de terapia de substituição renal possuem 50% a mais de chance de estar em lista de espera para o transplante renal e 30% mais de chance de ser transplantando, quando comparado aos indivíduos em tratamento nos serviços de terapia de substituição renal com pior avaliação²⁰.

Verificou-se que no serviço de saúde com número adequado de trabalhadores sociais e profissionais de saúde capacitados o indivíduo possui maior acesso ao transplante renal. Assim, ressalta-se a importância de investir na infraestrutura dos serviços, formação dos profissionais de saúde e na educação permanente nos serviços de terapia de substituição renal. Esses investimentos possibilitam a melhora do acolhimento, comunicação com os indivíduos e suas famílias sobre a possibilidade de realizar o transplante renal, cuidados pré e pós transplante, bem como, contribuir para a tomada de decisão dos indivíduos na escolha da terapia de substituição renal.

Motivos referidos

Entre os motivos referidos pelos indivíduos por não estar na lista de espera para o transplante foram citados a falta de doador, sentir-se feliz com a diálise, ter recebido informações inadequadas, não querer correr o risco de sofrer com as complicações relacionadas ao transplante renal e problemas financeiros. Os três motivos mais citados para excluir indivíduos da lista de espera para o transplante renal foram apoio social inadequado (70%), entendimento limitado do processo de transplante devido à educação inadequada (56%) e idade acima de 65 anos (53%)¹⁶⁻¹⁷.

Não desejar o transplante (preferência de permanecer em diálise) e problemas de ordem social foram também os motivos apontados pelos indivíduos para não estarem inscritos na lista de espera para o transplante. Ressalta-se que a preferência pela terapia dialítica foi confirmada após os indivíduos serem informados pelos profissionais de saúde sobre a possibilidade do transplante²².

Mesmo em países com sistema universal de saúde, os fatores socioeconômicos, principalmente educação e renda são determinantes importantes, que influenciam o acesso à lista de espera para o transplante renal. Além desses, também estão presentes os fatores geográficos, clínicos, organização dos serviços e não possuir conhecimento sobre o processo e a possibilidade de transplante renal.

A qualidade da formação profissionais no cuidado dos indivíduos em terapia de substituição renal mostraram-se determinantes para o acesso à lista do transplante renal. Desse modo, recomenda-se que os serviços de terapia renal substitutiva promovam a qualificação da equipe multiprofissional como objetivo de orientar aos indivíduos e suas famílias para que esses conheçam as possibilidades relacionadas ao transplante a fim de tomar decisões apoiadas na informação.

As limitações desse estudo estão relacionadas as fontes consultadas que podem ter limitado os resultados apresentados, o que não diminui a qualidade ou fidedignidade.

Conclusão

As evidências científicas denotam que o acesso à lista de espera para o transplante renal é influenciado por fatores socioeconômicos (educação, renda) demográficos (raça, gênero, idade, estado civil, sexo),

clínicos (multimorbidade, tempo em diálise), características dos serviços (qualidade dos recursos humanos e estrutura física), geográficos (distância e distribuição dos serviços) e por motivos referidos pelos indivíduos em terapia de substituição renal.

Com base nas evidências apresentadas nesta revisão, sugere-se os gestores dos serviços incluir intervenções que promovam o acesso à lista de espera para o transplante renal baseados no perfil dos indivíduos em terapia de substituição renal. A decisão do indivíduo e sua família deve ser respeitada, entretanto, os serviços de terapia de substituição renal necessitam promover a qualificação dos profissionais e investir na estrutura destes serviços.

Referências

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FD. Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016; 11:e0158765.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease – Mineral and Bone Disorder (KDIGO). *Kidney Int Suppl*. 2017; 71:1-59.
3. Garcia-Garcia G, Jha V. Chronic kidney disease in disadvantaged populations. *Indian J Nephrol*. 2015; 25(2):65-69.
4. Van Holder R, Van Biesen W, Lameire N. Renal replacement therapy: how can we contain the costs? *The Lancet*. 2014; 383:1783-1785.
5. Von Der Lippe N, et al. From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC Nephrology* 2014; 15:191-99.
6. Garcia GG, Harden P, Chapman J. World Kidney Day Steering Committee 2012. The global role of kidney transplantation. *Lancet*. 2012; 379:e36-8
7. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet* 2015; 385:1975-82.

8. Harambat J, Ekulu PM. Inequalities in access to pediatric ESRD care: a global health challenge. *Pediatric Nephrology*. 2016; 31(3):353-35.
9. Nogueira PCK, et al. Inequality in pediatric kidney transplantation in Brazil of Chronic Kidney Disease and End- Stage Renal Disease. *Semin Nephrol*. 2016; 36(4):319-330.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA group preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7):e1000097.
11. Young SK. Evidence-based management: a literature review. *J Nurs Manag*. 2002; 10(3):145-51.
12. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre RC. The pico strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino Am Enferm*. 2007; 15(3):508-11.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564 de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
15. Malta M, et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3):559-565.
16. Baudelot C, et al. Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France. *Population*. 2016; 71:23-51.
17. Farah SS, et al. Barriers to kidney transplantation as a choice of renal replacement therapy. *Transplantation Proceedings*. 2018; 50(10):3165-3171.
18. Naylor KL, et al. Variation in Access to Kidney Transplantation Across Renal Programs in Ontario, Canada. *American Journal of Transplantation*. 2017; 17(6): 1585-1593.
19. Pladys A, et al. Outcome-dependent geographic and individual variations in the access to renal transplantation in incident dialysed patients: a French nation wide cohort study. *Transplant International*. 2019; 32(2):369-386.
20. Plantinga LC, Pastan SO, Wilk AS, et al. Referral for Kidney Transplantation and Indicators of Quality of Dialysis Care: A Cross-sectional Study. *Am J Kidney Dis*. 2017; 69(2):257-265.
21. Tjaden LA, Noordzij M, van Stralen KJ, Kuehni CE, Raes A, Cornelissen EA, O'Brien C, Papachristou F, Schaefer F, Groothoff JW, Jager KJ; ESPN/ERA-EDTA Registry Study Group. Racial Disparities in Access to and Outcomes of Kidney Transplantation in Children, Adolescents, and Young Adults: Results From the ESPN/ERA Registry. *Am J Kidney Dis*. 2016; 67(2):293-301.
22. Toapanta GNG, et al. Reasons for no inclusion on the kidney transplant waiting list: analysis in a set of hemodialysis centers. *Transplantation Proceedings*. 2018; 50(2):553-554
23. Zhang Y, et al. Socioeconomic inequalities in the kidney transplantation process: a registry-based study in Sweden. *Transplantation Direct*. 2018; 4(2):1-9.
24. Zhang Y, Jarl J, Gerdtham UG. Are there inequities in treatment of end-stage renal disease in Sweden? A longitudinal register-based study on socioeconomic status-related access to kidney transplantation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14(2):1-18.