

ARTIGOS ORIGINAIS

- Expectativa da recidiva do álcool em pacientes portadores de cirrose hepática
- Os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido na fila única de Transplante
- Análise da Implementação de um programa de transplante intestinal e multisceral no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo - Sistema Único de Saúde, através da Metodologia Pmbok

ARTIGO DE REVISÃO

- Adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais: revisão de literatura

Apoio:



JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes

Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO
Avenida Paulista, 2001 – 17º andar – cj. 1704/1707 – CEP 01311-300 – São Paulo – SP – Brasil
Fone/Fax: (11) 3283-1753 / 3262-3353 / 3289-3169 – E-mail: abto@abto.org.br – www.abto.org.br

Periodicidade: trimestral

JBT – J Bras Transpl. São Paulo. V.15, n.3, p.1651-1688, jul/set 2012

Editor Chefe

Mário Abbud Filho – SP

Editores Assistentes

Ilka de Fátima Ferreira Boim – SP
Nicolas Panajatopoulos – SP

Editores Adjuntos

Ben-Hur Ferraz Neto
Henry de Holanda Campos
José Osmar Medina Pestana
Maria Cristina Ribeiro de Castro
Valter Duro Garcia
Walter Antonio Pereira

Conselho Editorial Nacional

Adriano Miziara Gonzalez – SP
Alexandre Bakonyi Neto – SP
André Ibrahim David – SP
Bartira de Aguiar Roza – SP
Cláudia Maria Costa de Oliveira – CE
David Saitovitch – RS
Elcio Hideo Sato – SP
Érika Bevilaqua Rangel – SP
Euler Pace Lasmar – MG
Huda Noujaim – SP
Irene Noronha – SP

João Eduardo Nicoluzzi – PR
Jorge Milton Neumann – RS
Karina Dal Sasso Mendes – SP
Marcelo Moura Linhares – SP
Marilda Mazzali – SP
Niels Olsen Saraiva Camara – SP
Paulo Celso Bosco Massarollo – SP
Paulo Sérgio da Silva Santos – SP
Rafael Fábio Maciel – PE
Renato Ferreira da Silva – SP
Roberto Ceratti Manfro – RS
Tércio Genzini – SP

Conselho Editorial Internacional

Domingos Machado (Lisboa-Portugal)
Presidente

B. D. Kahan (Houston-USA)
F. Delmonico (Boston-USA)
G. Opelz (Heidelberg – Alemanha)
H. Kreis (Paris-França)
J. M. Dibernard (Lyon-França)
J. Kupiec-Weglinski (Los Angeles-USA)
J. P. Soullou (Nantes-France)
N. L. Tilney (Boston-USA)
P.N.A Martins (Boston-USA)

*Representantes da Societé
Francophone de Transplantation*
D. Glotz (Paris-França)
Y. Lebranchu (Tours-França)

*Representandes da Organización
Catalana de Trasplantes*
J. Lloveras (Barcelona-Espanha)
M. Manyalich (Barcelona- Espanha)

Diretorias Anteriores

1987/1988 – Diretor Executivo – Jorge Kalil
1987/1990 – Presidente do Conselho Deliberativo – Emil Sabbaga
1989/1990 – Diretor Executivo – Ivo Nesralla
1991/1992 – Diretor Executivo – Mário Abbud Filho
1991/1992 – Presidente do Conselho Deliberativo – Silvano Raia
1993/1994 – Diretor Executivo – Luiz Estevan Ianhez
1995/1996 – Presidente – Elias David-Neto

1997/1998 – Presidente – Valter Duro Garcia
1999/2001 – Presidente – Henry de Holanda Campos
2002/2003 – Presidente – José Osmar Medina Pestana
2004/2005 – Presidente – Walter Antonio Pereira
2006/2007 – Presidente – Maria Cristina Ribeiro de Castro
2008/2009 – Presidente – Valter Duro Garcia
2010/2011 - Presidente - Ben-Hur Ferraz Neto

JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes

Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO

Periodicidade: trimestral

JBT – J Bras Transpl. São Paulo. V.15, n.3, p.1651-1688, jul/set 2012

Diretoria (Biênio 2012 - 2013)

Presidente	José O. Medina Pestana
Vice-Presidente	Lucio Pacheco
Secretário	Marilda Mazzali
2º Secretário	Eliana Régia Barbosa de Almeida
Tesoureiro	Alfredo Inácio Fiorelli
2º Tesoureiro	Roberto Ceratti Manfro

Conselho Consultivo:	Valter Duro Garcia
	Ben-Hur Ferraz Neto
	Maria Cristina Ribeiro de Castro
	Elias David-Neto
	Henry de Holanda Campos
	Jorge Milton Neumann

Redação e Administração

Avenida Paulista, 2001 - 17º andar - cj. 1704/1707 - CEP 01311-300 - São Paulo - SP

Secretária

Sueli F. Benko

Sede

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Avenida Paulista, 2001 - 17º andar - cj. 1704/1707 - CEP 01311-300 - São Paulo - SP

Fone/Fax: (11) 3283-1753 / 3262-3353 / 3289-3169 – E-mail: abto@abto.org.br – www.abto.org.br

Produção • Diagramação • Acabamento

Sueli F. Benko

Publicação Eletrônica constante do site oficial da ABTO - www.abto.org.br

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, é um jornal oficial, de periodicidade trimestral, da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.

Copyright 2004 by Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Todos os direitos em língua portuguesa são reservados à ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de partes do mesmo, sob quaisquer meios, sem autorização expressa desta associação.

SUMÁRIO

EDITORIAL	1655
------------------------	-------------

ARTIGOS ORIGINAIS

EXPECTATIVA DA RECIDIVA DO ÁLCOOL EM PACIENTES PORTADORES DE CIRROSE HEPÁTICA	1656
--	-------------

Alcohol relapse expectation in liver cirrhosis patients

Maria Isabel Warwar, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

OS SENTIMENTOS DAS PESSOAS QUE AGUARDAM POR UM ÓRGÃO OU TECIDO NA FILA ÚNICA DE TRANSPLANTE	1661
--	-------------

Feelings of people waiting for an organ or tissue transplant in single queue

Givânia Bezerra de Melo, Anne Karolyne Barros Aguiar, Givanisy Bezerra de Melo, Vivian Marcella dos Santos da Silva, Maria Cícera dos Santos Albuquerque, Mércia Zeviani Brêda.

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TRANSPLANTE INTESTINAL E MULTIVISCERAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATRAVÉS DA METODOLOGIA PMBOK	1670
--	-------------

Analysis on implementation of an intestinal and multivisceral transplantation program at Hospital das Clínicas, School of Medicine, University of São Paulo - unique health system by using the PMBOK methodology

Andre Ibrahim David, Fabio Luis Alves, Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque

ARTIGO DE REVISÃO

ADESÃO AO TRATAMENTO IMUNOSSUPRESSOR EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAI: REVISÃO DE LITERATURA	1677
--	-------------

Immunosuppressive treatment adherence in kidney transplanted patients: a literature review

Helen Kris Zanetti, Diego Gnatta, Mariana Ferraz Rodrigues, Luciana Mello de Oliveira, Isabela Heineck, Elizete Keitel, Valter Duro Garcia

NORMAS DE PUBLICAÇÃO	1687
-----------------------------------	-------------

EDITORIAL

TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, MULTITAREFA PARA MULTIPROFISSIONAIS

Celebramos nesta edição do Jornal Brasileiro de Transplantes, três importantes visões dos nossos complexos doentes: a biopsicosocial, a multidisciplinar e a qualidade da Gestão na condução dos Programas modernos atuais.

O artigo da Equipe de Transplante de Fígado da Unicamp esclarece-nos a abordagem pré-operatória dos candidatos a transplante hepático e sua relação com o etilismo, pesquisa biopsicosocial de relevância, preocupação e motivo de estudos deste Grupo, desde o seu início, com artigos do Professor Leonardi e da Professora Ilka.

A abordagem multidisciplinar do Programa de Transplante de Rim e de Córnea de Maceió, Universidade Federal de Alagoas, em relação aos sentimentos dos doentes em lista, demonstra também que, muito mais que Nefropatas ou deficientes visuais, a “Dona Maria Aparecida” e o “Sr. José Silva” têm muitas outras questões além da doença, que os levaram a nos procurar. A considerar o papel da Enfermagem no acolhimento e cuidado dos candidatos a transplante, a psicologia, a assistência social, a nutrologia e a fisioterapia complementam a abordagem multidisciplinar.

Neste momento em que nos esforçamos para melhorar a sobrevida dos transplantados no médio e longo prazo, a Equipe de Transplante de Rim de Porto Alegre, estudou os dados da Literatura sobre a adesão do tratamento com os imunossuppressores dos transplantados de rim, e identificou relevantes fatores preditivos a serem considerados no acompanhamento pós-transplante.

Por fim, relatamos nesta edição um artigo que demonstra uma ferramenta de Gestão, chamada Project Management Body of Knowledge (PMBOK) que utilizamos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com esta ferramenta avaliamos a elaboração, implantação, monitorização e um futuro controle de qualidade do Programa de Transplante de Intestino e Multivisceral a ser iniciado em breve.

A Medicina contemporânea e os transplantes de órgãos e tecidos são baseados nas células, nas organelas, nas membranas, nos cromossomos e nas moléculas, porém, o nosso paciente sempre será um ser biopsicosocial. Além da medicina, temos que aprender a utilizar os recursos disponíveis, cada vez mais escassos frente ao constante aumento das demandas.

Boa leitura!!

Dr. André Ibrahim David

*Coordenador do Serviço de Transplante de Fígado do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo
Cirurgião do Programa de Transplante de Órgãos Abdominais do HC-FMUSP
Membro do Departamento de Ética da ABTO*

EXPECTATIVA DA RECIDIVA DO ÁLCOOL EM PACIENTES PORTADORES DE CIRROSE HEPÁTICA

Alcohol relapse expectation in liver cirrhosis patients

Maria Isabel Warwar, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

RESUMO

As equipes de cirurgia de transplante hepático têm certo pessimismo em relação ao procedimento de transplante em cirróticos alcoólicos, pois temem a recidiva do consumo de álcool após a cirurgia. **Objetivo:** verificar qual a probabilidade de recidiva alcoólica em doentes alcoolistas hepatopatas que estão em avaliação para serem inseridos em um programa de transplante hepático. **Método:** Para que fosse verificada a probabilidade de recidiva de álcool, foi aplicado em 47 pacientes candidatos a transplante de fígado da Unidade de Transplante Hepático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas o Inventário de Expectativa e Crença Pessoais Acerca do Álcool (IECPA). Somaram-se os escores dos itens individuais de cada página, calculando-se os subtotais, que somados, resultaram no escore total. Dentro da população geral, o ponto de corte é de 122, ou seja, os sujeitos que apresentarem escore total de 122 ou mais têm probabilidade de ser ou vir a ser dependentes do álcool. **Resultado:** A idade média dos pacientes avaliados foi de $47,97 \pm 7,65$ anos. O tempo de abstinência teve uma média de 21,07 meses. Em relação à pontuação do teste aplicado, observou-se que 25,53% obtiveram escores maiores que 136, com o tempo de abstinência maior que um ano e 38,29% obtiveram pontuação maior que 136, porém esses com tempo de abstinência menor que um ano, o que mostra que esses últimos têm probabilidade maior de voltar a beber em comparação com o grupo anterior, e 36,18% mostraram-se sem probabilidade de voltar a ingerir bebida alcoólica. **Conclusão:** Segundo o teste padronizado, 63,82% dos pacientes estudados apresentaram probabilidade de voltar a ingerir bebida alcoólica em maior ou menor intensidade.

Descritores: Alcoolismo; Recorrência; Transplante de Fígado.

INTRODUÇÃO

Segundo o CID-10 (Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento – 2012) ¹ o alcoolismo é uma Síndrome de Dependência ao Álcool, conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de substância psicoativa (álcool), tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo e à utilização persistente, apesar das consequências negativas.²⁻³

Há oito características apresentadas pelo dependente de álcool: empobrecimento do repertório, padrão repetitivo de consumo do álcool, relevância da bebida, aumento da tolerância ao álcool diminuindo nas fases terminais do alcoolismo, sintomas repetitivos de abstinência - o indivíduo necessita beber logo pela manhã para aliviar o sintomas de abstinência, compulsão para beber, assumindo o sintoma de perda de controle; reinstalação mais rápida da tolerância após período de abstinência, podendo reiniciar após alguns meses com maior rapidez, negação - muito embora o alcoolista crônico já se apresente gravemente comprometido, ele nega

Instituição:

Unidade de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas/SP

Correspondência:

Ilka FSF Boin
Rua Aldo Oliveira Barbosa, 184 - CEP 13086-030 – Campinas/SP
Fone: (19) 3521 8581
e-mail: ilkaboim@gmail.com

Recebido em: 25/09/2012

Aceito em: 12/10/2012

que o álcool seja um problema em sua vida, que é dependente do mesmo e que perde o controle do desejo de beber.³

É possível perceber alguns traços de personalidade vinculados ao alcoolismo, como imaturidade, ansiedade, insegurança e regressão emocional. Outra característica bem marcante é a incapacidade de assumir responsabilidades em geral, havendo um prejuízo na compreensão da visão do mundo e se percebe que essas características também estão presentes em pacientes portadores de doença hepática.⁴⁻⁶

O alcoolismo pode induzir uma conduta desviante, tornando as pessoas desorganizadas, vazias, angustiadas, compulsivamente dependentes e que desconhecem toda a autoridade. Porém, é importante ressaltar que, além de toda a conduta do indivíduo, há também a influência do ambiente em que vive, como pressões do círculo social, indução, falta de reconhecimento e de respeito do meio familiar e interligações com o desemprego.⁷

Segundo Paiva, o álcool entra na vida do indivíduo para dar sentido à sua existência, de modo que a fantasia tome conta do seu cotidiano, protegendo-o de lidar com a realidade. À medida que ocorre o avanço da dependência, o indivíduo começa a priorizar a ingestão alcoólica, seu comportamento passa a girar em torno da procura do consumo e recuperação dos efeitos do álcool, abandonando progressivamente outros prazeres e interesses, apesar das consequências nocivas, como os problemas orgânicos, psicossociais e a dificuldade em controlar o início e o fim do consumo.²

O excesso de ingestão alcoólica além de trazer prejuízo nas relações interpessoais o traz também à saúde orgânica, podendo desenvolver doenças no fígado, como a cirrose alcoólica, que no Brasil é um problema de saúde pública. A cirrose alcoólica é crônica e irreversível e o único meio eficaz de tratamento é o transplante hepático.⁸⁻¹⁴

As equipes de cirurgia de transplante hepático têm certo pessimismo em relação ao procedimento de transplante em cirróticos alcoólicos, pois temem a recidiva do consumo de álcool após a cirurgia; observamos, no entanto que essa recaída é variável, dependendo dos métodos empregados na avaliação e seleção dos candidatos ao transplante hepático.⁹⁻¹² É observado que os pacientes transplantados por outros diagnósticos que não seja a doença alcoólica têm um prognóstico mais complicado do que o paciente alcoolista.

Há quatro variáveis importantes para se observar na avaliação do paciente com cirrose alcoólica: o diagnóstico da dependência alcoólica no período pré-transplante, uma tentativa de reabilitação no pré-transplante, história de alcoolismo familiar e uso de outras substâncias psicoativas no período pré-transplante. Um fator observado na literatura é que a história de desordem depressiva está associada a um grande risco de voltar a consumir álcool no período pós-transplante, assim como o indivíduo que não tem um companheiro também apresenta grande possibilidade de voltar a ingerir bebida alcoólica após a cirurgia.⁸

Os médicos, em geral, não fazem o diagnóstico nem tratam o uso nocivo e a dependência de álcool com a mesma frequência e precisão que o fazem com outras doenças crônicas. O período

médio entre o primeiro problema decorrente do consumo de álcool e a primeira intervenção profissional é de cinco anos, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS).^{4,12}

Assim, observamos que o alcoolismo é descrito como um transtorno mental e comportamental, manifestado pelo excesso de ingestão alcoólica que excede o uso social da comunidade e que interfere na saúde do indivíduo e também pode alterar os resultados de sobrevivência e qualidade de vida nos pacientes transplantados de fígado, devido a possível recidiva alcoólica.¹⁰⁻¹⁵

Devido a esses estudos acima descritos, buscamos observar a possibilidade de recidiva alcoólica pós-transplante, baseados em algumas ferramentas aplicadas nos pacientes antes da colocação em lista de espera.

O objetivo deste trabalho foi verificar qual a probabilidade de recidiva alcoólica em doentes alcoolistas hepatopatas que estão em avaliação para serem inseridos em um programa de transplante hepático.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, aleatório, longitudinal, e sua primeira parte será descritiva visando a obtenção da prevalência de doentes consumidores de álcool com alta probabilidade de recidiva alcoólica.

Para se verificar a probabilidade de recidiva de álcool, foi aplicado em 47 pacientes candidatos a Transplante de Fígado da Unidade de Transplante Hepático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas o Inventário de Expectativa e Crença Pessoais Acerca do Alcool (IECPA).

O período de aplicação foi de janeiro a junho de 2006. A aplicação foi realizada aleatoriamente, em função da demanda da avaliação psicológica solicitada pela equipe médica, para que o mesmo possa ser inserido em uma lista de transplante hepático, instrumento esse de auto-relato, de fácil aplicação, composto de uma medida escalar de 61 itens, cada item consistindo numa afirmação que envolve expectativas e crenças a respeito dos efeitos do álcool em oito áreas diversas: efeitos positivos globais, redução de estados emocionais negativos, ativação e agressão, ativação e prazer sexual, relaxamento e redução da tensão, redução da ansiedade social, diminuição da solidão e aborrecimento, além de envolver alguns itens de expectativas típicas da cultura portuguesa (o fato de álcool ser digestivo, aumentar a força física e poder de aquecimento corporal).

Para cada item são apresentadas cinco alternativas de resposta possíveis: não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo, que recebem escore de 1 a 5, respectivamente. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais.

A cada sujeito foi fornecida uma cópia do inventário; os pacientes foram informados que o questionário é confidencial, e como se tratou de uma pesquisa, foi salientado e assegurado que os dados não serão fornecidos a qualquer tipo de entidade

relacionada com seus empregadores e que ela está sendo realizada.

Somaram-se os escores dos itens individuais de cada página, calculando-se os subtotais que resultaram no escore total. Dentro da população geral, o ponto de corte foi de 122, ou seja, os sujeitos que apresentaram escore total de 122 ou mais tinham probabilidade de ser ou vir a ser dependentes do álcool.

Entretanto, no desenvolvimento do instrumento, a amostra incluiu não só casos da população geral, mas também de pacientes onde a prevalência de alcoolismo é maior; nesse caso, o ponto de corte se eleva para 136; portanto, se o sujeito ao beber, parece fazê-lo excessivamente ou está abstinente há menos de 12 meses, um escore de 136 ou mais pode aumentar a probabilidade de que ele seja ou possa se tornar dependente do álcool, ou, se abstinente, de vir a ter uma recaída.

RESULTADO

A idade média dos pacientes avaliados foi de $47,97 \pm 7,65$ anos, sendo que 73% tinham até 53 anos de idade. O tempo de abstinência teve uma média de 21,07 meses. Em relação ao diagnóstico, nove desses pacientes tinham o diagnóstico de cirrose alcoólica associada ao vírus da hepatite C. Em relação à escolaridade, 48,9% concluíram o ensino fundamental I; em relação ao estado civil 55,1% eram casados, 14,3% eram solteiros, 12,2% separados, 8,2% amasiados e 4,08% não tiveram esse dado colhido. Em relação à profissão, 20,4% estavam desempregados, 18,3% estavam afastados pela seguridade social, 38,7% exerciam a atividade diária, 8,1% eram autônomos e 6,1%, aposentados por tempo de serviço. Os dados sócio-demográficos, de acordo com o escore >136 constam das tabelas 1 e 2. Observou-se também que os pacientes com escore >136 apresentaram maior mortalidade em lista de espera para a realização do transplante.

Tabela 1 - Dados sócio demográficos de acordo com escore do Inventário de Expectativa e Crença Pessoais Acerca do Álcool (IECPA) neste estudo

	Escore < 136 (n=18)	Escore > 136 (n=29)
Idade (anos)	47,6 ± 12,4	46,6 ± 11,7
Gênero: Feminino	5,6%	0%
Masculino	94,4%	100%
Estado civil: Casado	12 (25,2%)	19 (41,1%)
Solteiro	2 (4,2%)	5 (10,5%)
Separado	2 (4,2%)	4 (8,4%)
Viúvo	2 (4,2%)	1 (2,1%)
Filhos (n)	13 (27,6%)	22 (46,8%)
Abstinência (meses)	17,8 ± 13,1	18,0 ± 4,1
Recidiva do alcoolismo	2/18 (11,1%)	7/29 = 24,1%
Óbito em lista*	1 (2,1%)	8 (16,8%)

n= número; * = p = 0,058; X² = 2,58

Em relação à pontuação do teste aplicado, observou-se que 25,53% obtiveram escores maiores que 136, com tempo de abstinência maior do que um ano, e que 38,29% obtiveram pontuação maior que 136, porém, esses com tempo de abstinência

menor do que um ano, mostrando que têm uma probabilidade maior de voltar a beber em comparação com o grupo anterior, e 36,18% mostraram-se sem probabilidade de voltar a ingerir bebida alcoólica. No entanto, 63,82% dos pacientes estudados apresentam probabilidade de voltar a ingerir bebida alcoólica em maior ou menor intensidade, segundo o teste padronizado.

Tabela 2 - Distribuição dos dados sócio-demográficos dos pacientes de acordo com recidiva do alcoolismo

	Recidiva (n =9)	Sem Recidiva (n = 42)
Idade (anos)	47,9 ± 11,5	49,5 ± 8,5
Abstinência (meses)	21,1 ± 8,5	18,1 ± 7,9
Estado civil	55% casados	45% casados
Estado profissional	38% seguro social 20% desempregados 42% trabalhando	25% seguro social 33% desempregados 42% trabalhando
Probabilidade de recidiva	61,7% (alta)	32% (baixa)
Pontuação média	182,2 ± 23,9	121,1 ± 25,4

DISCUSSÃO

É notável que o alcoolismo tem sido uma das maiores preocupações da saúde pública. Podemos observar que em relação às causas biológicas, os fatores hereditários e a predisposição ambiental são frequentemente mencionados. Neste trabalho, observou-se que não só a doença é fator importante para que o indivíduo pare de consumir álcool de forma abusiva, como também o lugar que ele ocupa em um determinado ambiente cultural poderá propiciar a recaída para o uso abusivo do álcool.

A alta probabilidade constatada para voltar a beber pode ser explicada no caso deste estudo em relação a pouca perspectiva de futuro, à família e ao emprego. São pacientes que dificilmente vão conseguir trabalho com vínculo empregatício e, sem ele, não há seguridade social ou possibilidade de auto-sustentação. O tempo ocioso ligado à falta de projeção e perspectiva de um futuro melhor acabam sendo pontos significantes para que a recaída do álcool aconteça.

A relação do alcoolismo e falta de emprego é muito relatada, e constata que: “um dos motivos marcantes em toda a trajetória desses indivíduos foi o desemprego...”⁷

Em nosso estudo, 44,8% de nossos pacientes não exerciam atividade laborativa, o que confirma a hipótese mencionada acima. Outro fator importante é a motivação que o indivíduo tem em relação ao parar de ingerir a bebida alcoólica, pois como não há perspectiva de vida, não há visão de um futuro melhor e nesse momento, o álcool acaba sendo a alternativa compensadora.

O desenvolvimento de expectativas de resultado de um comportamento específico resulta da associação aprendida entre estímulos para ação e reforçadores do comportamento e, nessa direção, as expectativas (ou cognições antecipatórias)

possuem propriedades motivacionais. Desta forma, a apresentação do álcool pode gerar a expectativa de estados afetivos aprendidos associados ao comportamento de beber (ex.: alegria, prazer) e o desejo de vivenciar tais emoções.¹⁶ As expectativas em relação aos efeitos do álcool são consideradas informações da memória de longo-prazo, que derivam de experiências vicárias e diretas que um indivíduo teve com o álcool, como consequência de suas características biológicas e do ambiente. Dessa maneira, expectativas bem definidas a respeito dos efeitos do álcool podem formar-se antes mesmo de um indivíduo beber pela primeira vez na vida, em função dos modelos familiares e do grupo de amigos, experiências diretas e indiretas com o álcool e exposição à mídia.¹⁷

As expectativas configuram-se como proposições da relação entre esses eventos e suas consequências. Dessa forma, as expectativas de consequências podem contribuir para a decisão de beber. Entre as expectativas que podem motivar um indivíduo a beber estão aquelas de maior

sociabilidade, aumento e/ou ativação do desejo sexual, redução da tensão e outras.¹⁶⁻¹⁸ Tais expectativas de efeitos positivos podem ser confirmadas pela experiência direta com a droga sendo, então, fortalecidas. A partir daí, as expectativas passam a influenciar a atenção, de modo que eventos consistentes com as expectativas são selecionados e registrados e isso pode acontecer desde a adolescência.¹⁸

Há necessidade de atendimento estruturado na área psicossocial nos períodos pré- e pós-transplante, para que haja um suporte ao paciente alcoolista e seus familiares, e o mesmo não volte a ingerir bebida alcoólica, não esquecendo que o alcoolismo é uma doença crônica, e, portanto, necessita de atenção multiprofissional continua antes e após o transplante.

CONCLUSÃO

Houve uma probabilidade significativa do paciente voltar a fazer uso de bebida alcoólica após o transplante.

ABSTRACT

Liver transplant surgery teams have a certain pessimism as to the transplantation procedure in cirrhotic alcoholic patients because they fear the after surgery alcohol consumption relapse. **Purpose:** to verify the likelihood of relapse in patients who were being considered to be inserted in a liver transplantation program. **Method:** in order to verify the likelihood of relapse, 47 patients were evaluated at the Liver Transplant Unit, Hospital de Clinicas, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas after submitting a Personal Belief and Expectation About Alcohol Inventory (IECPA). Scores for individual items of each page, including subtotals were totaled and added together, resulting in the final score. Among the general population, the cutoff is 122, i.e., subjects attaining a total score of 122 or more are likely to be or will be alcohol-dependent. **Results:** The mean age of patients was 47.97 ± 7.65 years. The average withdrawal time was of 21.07 months. Related to the score of the test applied, it was observed that 25.53% had higher than 136 scores with a higher than one year abstinence time, and 38.29% with a higher than 136 score, but with a lower than one year abstinence time. This showed that the later are more likely to return his drinking habits in comparison to the others, while 36.18% showed no likelihood of relapse. **Conclusion:** According to the standardized test, 63.82% of patients studied were likely of returning to alcoholism in greater or lesser intensity.

Keywords: Alcoholism; Recurrence; Liver Transplantation

REFERÊNCIAS:

1. Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10 [acesso em 2012 set 10]. Disponível em: <http://www.cid10.com.br/>
2. Bandeira M, Dias H, Paiva WC, Lara LC, Stefani LM, Moreira MF et al. Perfil dos pacientes alcoolistas do Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre alcoolismo (NEPA-FHEMIG). *J Bras Psiquiatr.* 1997;46(3):133-40.
3. Dalgalarrodo P. Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas (abuso e dependência). In: Dalgalarrodo, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2008.p.344-352
4. Parolin MB, Coelho JCU, Igreja M, Pedrosa ML, Groth AK, Gonçalves CG. Resultados do Transplante de Fígado na Doença Hepática Alcolólica. *Arq Gastroenterol.* 2002,39(3):147-152.
5. Godinho RE, Mameri CP. O comportamento social pode levar a doenças hepáticas. Apresentado em VII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais Coimbra. A questão social no novo milênio, 2004;09:01-08.
6. Beresford TP. Probabilities of relapse and abstinence among liver transplant recipients. *Liver Transpl.* 2006;12:705-6.
7. Nascimento EC, Justo JS. Vidas errantes e alcoolismo: Uma questão social. *Psicologia Reflexão e Crítica.* 2000;13(3):529-38.
8. Di Martini A, Day N, Dew M, Lane T. A alcohol use following liver transplantation: a comparison of follow up methods. *Psychosomatics.* 2001;42:55-62.
9. Lucey MR. Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Clin Liver Dis.* 2007;(11);283-9.
10. Wijdicks EFM. Alcohol and the brain: A love and hate relationship. *Liver Transpl.* 2000;6(3):372-3.
11. Nussler NC, Neuhaus R, Seehofer D, Rayes N, Schwenzer J, Pfitzmann R. Long term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic disease. *Liver Transpl.* 2007;13:197-205.
12. Cruz MS, Mathias CR. Benefícios de técnicas cognitivo-comportamentais em terapia de grupo para o uso indevido de álcool e drogas. *J Bras Psiquiat* 2007;56(2):140-2.
13. Gurprataap SS, Muhammad K, Woodward RS, Hanto DW, Pavalakis M, Dimitri N et al. Impact of substance abuse on access to renal transplantation. *Transplantation.* 2011;91(1):86-93.
14. Telles-Correa D. Candidatos a transplante hepático com doença hepática alcoólica Aspectos psicossociais – *Acta Med Port.* 2011;24:835-44.
15. Keeffe EB, Lim JK. Liver transplantation for alcoholic disease: current concepts and lengths of sobriety. *Liver Transpl.* 2004;10(suppl 2):S31-S38.
16. Oliveira M, Soibelman M, Rigoni M. Estudo de crenças e expectativas acerca do álcool em estudantes universitários. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2007;7(2),421-33.
17. Araujo LB, Gomes WB. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 1998;11(1),05-33.
18. Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2006;22(2):193-200.

OS SENTIMENTOS DAS PESSOAS QUE AGUARDAM POR UM ÓRGÃO OU TECIDO NA FILA ÚNICA DE TRANSPLANTE

Feelings of people waiting for an organ or tissue transplant in single queue

Givânia Bezerra de Melo, Anne Karolyne Barros Aguiar, Givanisy Bezerra de Melo, Vivian Marcella dos Santos Silva, Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, Mércia Zeviani Brêda

RESUMO

Objetivo: identificar os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido em lista única de transplante. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada junto a sete pessoas aguardando por transplante. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade análise temática ou categorial. **Resultados:** da caracterização dos sujeitos, 57% são do sexo feminino, faixa etária entre 22 e 62 anos, média de espera por córnea, 2,1 anos e de rim, 3,8 anos. Foram identificados cinco núcleos de sentido no início da espera: prevaleceram sentimentos negativos como tristeza e incertezas diante do diagnóstico e a necessidade do transplante; as mudanças na vida despertaram sentimentos negativos de inutilidade, passividade e culpa relacionados às mudanças financeiras, lazer, liberdade, perspectiva de vida, bem como sentimentos positivos como esperança e superação pela valorização da família e da vida; no enfrentamento, a família foi o recurso mais acessado pelos sujeitos, emergindo sentimentos positivos de confiança e segurança; a assistência à saúde durante a espera foi tomada por sentimentos positivos para os que aguardam por rim e negativos para os que aguardam córnea, por não obtê-la; na ambivalência, revelaram-se sentimentos positivos que aproximam o desejo pela realização do transplante, e negativos que afastam motivados pela dualidade vida/morte, compaixão ao doador vivo; no apelo à vida foram revelados sentimentos positivos de esperança diante das mensagens de sensibilização para incentivo à doação de órgãos. **Conclusão:** independente do órgão, a espera pelo transplante é um momento estressante na vida dos sujeitos, desencadeando sentimentos múltiplos que precisam ser valorizados. Os resultados remetem a fomentar discussões na formação do enfermeiro e na prática assistencial sobre a importância da valorização da subjetividade das pessoas que aguardam por um transplante, a necessidade de educação em saúde durante a espera, bem como o aperfeiçoamento do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos.

Descritores: Enfermagem; Sentimentos; Transplante de Órgãos; Listas de Espera.

INTRODUÇÃO

A realização de transplantes consiste em um avanço significativo da ciência, do Sistema de Saúde e de toda sociedade brasileira.¹ Embora haja crescimento na taxa efetiva do número de transplantes, o número de órgãos disponíveis não é capaz de suprir a demanda. Ressalta-se que até dezembro de 2011 haviam 21.409 pessoas ativas na lista de espera para transplante de órgãos sólidos; paradoxalmente, durante o mesmo período, concretizaram-se apenas 6.827 transplantes no País.²

A realidade brasileira corrobora o contexto mundial. Países como Hong Kong, Estados Unidos e Espanha também apresentam uma desproporção significativa entre o número de órgãos disponíveis para transplante e a demanda emergente. No âmbito mundial, o rim permanece sendo o órgão com maior número de pessoas em lista de espera, porém, com uma disponibilidade que atende apenas 10% desse total.³

Instituições:

¹ Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

² Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

Correspondência:

Givânia Bezerra de Melo
Av. Maceió nº 88, Tabuleiro dos Martins, CEP 57061-110 - Maceió/AL
Fone: (82) 8814-4927 / 3353-8301
E-mail: givanya@hotmail.com

Recebido em: 30/05/2012

Aceito em: 28/06/2012

No Brasil, existe o sistema de lista única, popularmente conhecido como fila única de transplantes, regulamentado pelo Decreto n.º 2.268, de 1997. Consiste em um regime de espera em que os órgãos ou tecidos obtidos de um doador falecido, deverão ser distribuídos aos potenciais receptores que se encontram cadastrados na fila, conforme critérios específicos.⁴

Obedecendo a critérios de inclusão específicos para cada tipo de órgão, a equipe de saúde, ao identificar um potencial receptor, deve efetuar seu cadastro na CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos) da área de residência do usuário. Mediante inscrição na fila única, a CNCDO deverá fornecer ao usuário um comprovante de inclusão, bem como dispor dos critérios de distribuição do órgão ou tecido dos quais que necessitará.⁵

É importante salientar que podem ser utilizados para transplante os órgãos de dois tipos de doadores: o doador vivo e o doador falecido. No que diz respeito ao doador vivo, esse pode dispor de um de seus órgãos duplos ou parte de órgão, desde que não cause mutilação ou prejuízo à saúde. O doador falecido é classificado em dois tipos: doador com o coração parado, do qual podem ser retirados apenas tecidos, como: válvula cardíaca, osso, pele, cartilagens e córneas, e doador com morte encefálica, mas com o batimento do coração mantido através de aparelhos, do qual poderão ser retirados órgãos, como: coração, fígado, pâncreas, rins e pulmão, além dos tecidos já citados, que podem ser retirados do doador também com o coração parado.⁶

No tocante à doação de órgãos entre vivos, há possibilidade de realização de transplantes entre doadores aparentados e não aparentados, desde que haja compatibilidade. As doações entre vivos não aparentados só podem ser efetivadas em casos especiais, devidamente autorizadas pela Justiça, tendo em vista que, no Brasil, qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos é crime passível das penalidades determinadas em Lei.⁷ O centro transplantador é responsável por investigar possíveis doadores junto à família do receptor; o receptor deve ser informado da possibilidade desse tipo de transplante, bem como dos seus riscos e benefícios, cabendo a decisão ao receptor e à sua família. A CNCDO só será responsável pelo procedimento cirúrgico através do atendimento dos critérios técnicos estabelecidos.⁸

Estudos referem que as maiores dificuldades para a doação de órgãos e realização de transplantes são de natureza clínico-biológicas, logístico-administrativas, geográficas e culturais,⁹ o que resulta em prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e maior tempo de permanência na fila de espera.

O tempo de espera para receber o transplante pode ultrapassar um ano e atingir até nove anos para fígado, e mais de onze para o rim. Os efeitos negativos dessa realidade refletem-se no aumento da espera e sofrimento psíquico para o paciente na fila e sua família, no aproveitamento de órgãos de qualidade inferior e na consequente duração dos enxertos, necessidade de retransplantes e provável elevação nos índices de mortalidade pós-transplante.¹⁰

Um estudo transversal realizado em Hong Kong em 2011,

no qual foram entrevistadas 442 pessoas em lista de espera de transplante, revelou que 23,6% das pessoas descreveram o período de espera como infeliz ou muito infeliz, 18,8% apresentam sensação de morte iminente, 14,9% referiram isolamento social e 6,8%, ideiação suicida.¹¹

A experiência da espera em todos os casos e tipos de transplantes é vivida sem muita expectativa, causando sofrimento e incerteza, seguida de sentimentos complexos, imprecisos e contraditórios.¹ Há o temor de não conseguir um órgão a tempo devido às condições de saúde, como também há um anseio de que esse novo órgão não demore a aparecer, acompanhado pelo medo de não suportar o procedimento cirúrgico, além do temor da rejeição e da morte.¹

O período de espera possui uma qualidade especial: a vida está suspensa, as condições corporais limitam a vida das pessoas. A pessoa permanece acuada a um raio geográfico muito limitado, pois, caso o hospital o chame, deve chegar ao menor tempo possível, em geral, antes de duas horas,¹ ficando assim, impossibilitada de passear, visitar amigos ou viajar.

Esse contexto limitante e traumático desestabiliza o indivíduo em todas as esferas da sua vida. A subjetividade do sujeito deve ser o foco central de atuação da equipe multiprofissional em saúde; o apoio emocional em todas as fases do transplante é fundamental para minimizar o sofrimento e a tristeza que se fazem presentes de maneira tão intensa na vida desses sujeitos.

O enfermeiro encontra-se inserido em todo processo de transplante, desde a avaliação inicial do paciente para ser aceito como receptor, até o período pós-transplante.

Nesse ínterim, o cuidado de enfermagem torna-se fundamental para o paciente. O estabelecimento do vínculo, a comunicação terapêutica, a oferta de informações e a responsabilização pelo sujeito são aspectos que devem nortear a prática desses profissionais, tendo como importante ferramenta para sua eficácia a elaboração do plano de cuidado de enfermagem, que deve incluir, além dos aspectos físicos, a consideração pelos sentimentos e emoções, ou seja, a subjetividade do sujeito, objetivando ajudá-lo a enfrentar os desafios e dar sentido a essa fase de sua vida.

Diante das diversas repercussões causadas na vida do indivíduo que aguarda por um órgão na fila única de transplantes e ainda a pouca produção científica relacionada à vivência subjetiva dessas pessoas durante o processo de espera, buscou-se através deste estudo identificar os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido na fila única de transplante.

O objetivo do estudo justifica-se em face dos significados dos sentimentos, visto que estes atuam de modo a descrever o que se sente, e imprimem à mente o que é percebido através do contato do corpo físico com a realidade, configurando uma interpretação daquilo que está sendo vivido.¹² Vislumbrando sua complexidade e profundidade, os sentimentos são considerados por Viscott¹² como o sexto sentido responsável por organizar, dirigir e resumir os outros cinco.

MÉTODOS

Considerando as peculiaridades do estudo, optou-se pela metodologia qualitativa descritiva, pois os sujeitos descreveram fenômenos com alto grau de complexidade interna que só poderiam ser captados através da esfera da subjetividade e da significação. A abordagem qualitativa “[...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, de um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas, ou seja, o significado que as pessoas dão às coisas e à vida.”¹³

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas mediante o parecer nº 000687/2011. A coleta de dados deu-se no período de agosto a outubro de 2011.

Participaram do estudo sete pessoas cadastradas na fila de transplante, acompanhadas pela CNCDO de Alagoas. Destas, quatro aguardavam transplante renal e três, de córnea. O número de sujeitos do estudo foi definido a partir da saturação das respostas. Esse método, amostra por saturação, trata da suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador certa redundância ou repetição,¹⁴ “não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”.¹⁴

Os sujeitos foram selecionados mediante sorteio realizado na CNCDO, utilizando o banco de dados. Após contato telefônico prévio, foi agendado com as pessoas que aceitaram participar do estudo um encontro para realização da entrevista. Todos foram esclarecidos sobre o estudo e fizeram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os cenários foram a residência dos sujeitos, CNCDO de Alagoas, além de dois Centros de Hemodiálise localizados na cidade de Maceió, Alagoas.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, por meio de formulário semiestruturado. As falas dos sujeitos foram gravadas, o que permitiu maior fidedignidade e subsídios para uma análise subsequente mais aprofundada. A linguagem não verbal do sujeito durante a entrevista também foi registrada no instrumento. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo na modalidade técnica, análise temática ou categorial.

RESULTADOS

Através da análise dos dados, obteve-se que, quatro (57%) eram do sexo feminino e três (43%) do sexo masculino; a idade variou entre 22 e 62 anos, com média de 36,86 anos. O tempo de espera pelo transplante a partir da data de inscrição na fila até a realização da entrevista variou entre 1,5 e três anos para córnea, com média de 2,1 anos; e de quatro a cinco anos para rim, com média de 3,8 anos. As características dos sujeitos são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo – Maceió - 2011

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	04	57
Masculino	03	43
Faixa etária		
Até 35 anos	05	71
Mais de 35 anos	02	29
Nível de escolaridade		
Não alfabetizado	01	14,29
Ensino fundamental	02	28,57
Ensino médio	02	28,57
Ensino superior	02	28,57
Estado Civil		
Casado	04	57,14
União estável	01	14,29
Solteiro	02	28,57
Atividade profissional		
Aposentados	04	57,10
Camareiro	01	14,30
Educador físico	01	14,30
Técnico em enfermagem	01	14,30
Procedência		
Arapiraca	01	14,30
Batalha	01	57,10
Maceió	04	14,30
Messias	01	14,30
Órgão ou tecido que aguarda		
Rim	04	57,14
Córnea	03	42,86
Causa da Indicação p/transplante de Córnea		
Ceratocone	02	66,66
Outra	01	33,34
Causa da Indicação para transplante de rim		
Esquistossomose	01	25
Lúpus eritematoso sistêmico	01	25
Infecção urinária	01	25
Diabetes	01	25
Total	07	100

Na abordagem, das pessoas que aguardavam pelo transplante, emergiram cinco categorias que traduziram seus sentimentos durante a espera: os sentimentos revelados no momento do diagnóstico: o início da espera; sentimentos que emergiram pelas mudanças na vida: novas necessidades e rotinas; os sentimentos desvelados durante o processo de enfrentamento; sentimentos que afastam ou aproximam o desejo pela realização do transplante e significando a espera pelo transplante.

1- Os Sentimentos revelados no momento do diagnóstico: o início da espera

Buscou-se identificar os sentimentos diante do diagnóstico da doença crônica, revelação da necessidade do transplante e realização de hemodiálise, desvelados nos relatos transcritos abaixo. Os nomes usados para as transcrições verbais são fictícios.

“Bem..., me deu tristeza. Tristeza por que eu sou um cara esclarecido e sabia que não era fácil. Sabia que não era uma coisa imediata, eu sabia que eu ia sofrer muito tempo né?” (Ônix).

Com essa fala, o paciente indica o sentimento que mais o incomoda, no caso, a tristeza pela doença. Da mesma forma, em todas prevaleceram sentimentos negativos tais como: sofrimento, revolta, tristeza, sentimentos de fragilidade e ansiedade, o sentimento positivo e a confiança apareceram em apenas uma das falas.

“..Eu procuro não pensar muito naquele dia que recebi a notícia que era renal crônica, entendeu, porque, pra mim, foi o pior dia da minha vida” (Pérola)

“..Eu, com quinze anos, nova, meu medo era mais de eu não conseguir o transplante e ficar cega.” (Rubi).

“Fiquei assustada, por que uma notícia dessas né?...” (Esmeralda)

“..Você pensa que é uma coisa que vai passar. Depois de anos que a ficha caiu. Normal. No começo tudo é bom eu ainda passei quase dois anos urinando” (Diamante)

2-Sentimentos que emergem pelas mudanças na vida: novas necessidades e rotinas.

Ao explorar as mudanças na vida, surgiu mais uma unidade de sentido de importância peculiar condizente com as falas:

... A minha adolescência todinha foi mais dentro de casa, porque quando saía, a vista coisava logo, embaçava era tão ruim” (Rubi)

“A expectativa de vida é outra, e a saúde é a única riqueza que a gente tem. Nunca pensei em sustentar uma família com um salário...” (Diamante)

“Antes trabalhava, jogava, brincava fazia tudo. Quando eu entrei em tratamento, aí foi que a dificuldade aumentou, que eu deixei de jogar, que eu deixei de fazer muita coisa que hoje eu não faço mais...” (Diamante)

“...Perdi um pouco da vontade de estudar. Nunca fui de sair e agora não saio mesmo, tenho medo de passar mal na rua...” (Safira)

“...A partir do momento que você tá aqui, sente mal é como se fosse o fim, você pensa que você vai morrer...” (Diamante)

“...Principalmente eu, que nunca dependi de ninguém para fazer nada, precisava de alguém para dirigir pra mim, tinha alguém para me levar (para diálise), alguém para me pegar, termina que envolve as pessoas, a família de um modo geral...” (Pérola)

“... Eu perco quatro horas da minha vida em uma máquina, por esse motivo a rotina mudou (a fala se torna mais pausada)... Eu me adaptei porque foi necessário. (voz embargada e olhos lacrimejando)... eu não aceito... Eu aprendi a conviver porque eu sei que eu preciso da máquina para viver...” (Pérola)

“Eu não tenho uma vida melhor por causa desse problema... É muita dor de cabeça... muitas dores nos olhos.” (Esmeralda)

“[... Uma coisa que eu aprendi é a ter paciência, a paciência foi o que eu tirei de lição de vida. Você tem que ter paciência para tudo, tudo tem seu tempo....]” (Ônix)

“A minha vida não mudou muito, eu dirijo, eu vou às festas, eu vou para casamento, aniversário, todo canto, procuro não ficar só em casa... Resolvo meus problemas, trabalho. Melhor do que ficar em casa aposentado, e isso eu não quero não. Viver só em casa assistindo televisão, presta não, aí eu vou morrer mais rápido.” (Onix)

“Aí vou levando a minha vida, tem dia que você tá bem, tem dia que você tá ruim, tem dia que você tá com a autoestima, tem esperança de muita coisa, tem dia que você não quer nem falar com seu amigo. Só dentro de casa trancado, mais nada.” (Diamante)

“Nunca fui de sair e agora não saio mesmo, tenho medo de passar mal na rua, sempre alguém precisa ir comigo porque de repente eu posso passar mal, e aí?” (Safira)

“Tenho uma vida normal com minha esposa e filhos, trabalho e ainda faço outra faculdade, estou cursando Direito. Nada mudou em relação a isso, acredito que seja pelo fato mesmo de eu não sentir tanta dificuldade e também pelo fato de ter acompanhamento médico sempre que preciso.” (Ametista)

“A gente sempre muda, me tornei uma pessoa mais simples, mais calma que não pede muito da vida.” (Safira)

Essas falas revelaram uma amplitude de sentimentos negativos relacionados às múltiplas mudanças ocorridas na vida, tais como: revolta, inutilidade, impotência, desconforto, perda, desilusão, vergonha, insatisfação e labilidade emocional, e ainda sentimentos positivos como: superação, amor e satisfação, direcionados aos vínculos familiares.

3- Sentimentos desvelados durante o processo de enfrentamento

À utilização de quatro recursos de enfrentamento, a saber: apoio familiar, religiosidade, trabalho e equipe de saúde, emergiram as seguintes falas.

Discursos dos sujeitos que evidenciaram o apoio familiar como recurso de enfrentamento:

“[... Se eu não tivesse a minha mãe? Aí eu passava necessidade, como eu passo às vezes... Eu luto mesmo, mas é por causa dos meus filhos, se não fossem eles, rapaz...” (Diamante)

“...Meus pais são muitos preocupados, estão sempre comigo durante esse tempo todo... Sei que eles precisaram se dedicar muito a mim quando adoeci, e até hoje quando vou fazer hemodiálise a minha mãe vai comigo.” (Safira)

A **religiosidade**, como recurso de enfrentamento, foi evidenciada nas seguintes falas dos sujeitos:

“Eu peço a Deus todos os dias que ele deixe eu vivo para eu criar os meus filhos, quando eles tiverem grandes”. (Diamante)

“Eu tenho muita esperança. Eu não fico triste por que é uma coisa que Deus quer, e a gente tem que aceitar respeitar, tá nas mãos de Jesus né?” (Esmeralda)

“Eu peço a Deus que me dê muito tempo ainda para que a Medicina ainda progrida mais do que ela vem progredindo, pra vê se encontra uma solução pro meu caso. Mas, se eu tiver de ir hoje, eu tenho que ir mesmo, e eu tenho que aceitar, né?” (Ônix)

“Fiquei com medo de cegar, porque se não tiver um doador eu acho que é isso, eu penso. Mas aí eu tenho muita fé em Deus, Deus resolve! Eu não fico triste por que é uma coisa que Deus quer, e a gente tem que aceitar respeitar, tá nas mãos de Jesus, né?” (Esmeralda)

O **trabalho**, como recurso de enfrentamento, foi evidenciado nas falas:

“Quando eu fiquei renal crônica, eles me afastaram... expliquei que o que estava doente em mim era o rim, mas minha cabeça tá boa... então eu acho importante isso [...] por que eu imagino se eu não tivesse voltado a trabalhar, talvez não estivesse mais aqui, eu tenho certeza disso. E eu sou muito realizada naquilo que eu faço.” (Pérola)

Por fim, as falas que evidenciam a **equipe de saúde** como recurso de enfrentamento:

“A assistência da equipe aqui é 100%!... Eu tenho acompanhamento com o médico... A enfermagem é boa, sempre estão aqui. A psicóloga está sempre aqui... mas eu não gosto muito de conversa” (Diamante).

“...Só tenho consulta com o médico e às vezes com a nutricionista”... “Não tem psicólogo...” (Safira)

“...Eu só fui cadastrada e depois não tive mais nenhum acompanhamento...” (Esmeralda).

“...O único tipo de assistência que estou recebendo é médica, pelo plano de saúde, sempre que preciso realizo exames e consultas.. Não. Nunca procurei atendimento psicológico, estou vivendo essa experiência tranquilamente, sou uma pessoa muito equilibrada..” (Ametista)

“Eu acho que é importante pra correlação de forças, para que você venha pressionar os órgãos, que devem funcionar e não estão funcionando...”

“A minha mãe realizou transplante de rins ano passado. É importante pra muita gente saber que não só ela está vivenciando essa experiência, de conhecer o problema dessa pessoa, é como se ao dividir essa experiência com alguém a situação torna-se um pouco mais leve, mais fácil. E também é uma forma de buscar soluções, de se informar.” (Ametista)

E, mesmo aquelas falas que especificam o tipo de atendimento prestado ou, como é pensado que seja:

[...] – Tem uma psicóloga aí que sempre passa conversa com a gente. Ninguém aqui fala nada não sobre o transplante, ninguém fala nada! Conversa assim papo normal com a gente aqui, perguntando como é que a gente tá, se tem algum problema e tal, isso ela faz. Mas sobre transplante mesmo nada [...] (Ônix)

Nesse núcleo, foi possível captar sentimentos de motivação e segurança relacionados à família; confiança, fé, resignação e passividade, relacionados à religiosidade; superação e esperança relacionadas ao trabalho.

A equipe de saúde, como recurso de enfrentamento, despertou sentimentos positivos como amor, esperança e confiança, para a maioria dos entrevistados que aguardam transplante renal. Entretanto, para as pessoas que aguardam córnea, prevaleceram sentimentos negativos, pois após cadastrados na fila única de transplante, não receberam mais nenhum tipo de apoio ou informação.

4-Sentimentos que afastam ou aproximam o desejo pela realização do transplante

Nesse núcleo de sentido, captou-se uma multiplicidade de sentimentos que demonstraram ambivalência sobre o desejo da realização do transplante, como pode ser observado nos discursos a seguir:

“Eu não quero fazer transplante, porque, se a possibilidade de dá errado é grande e eu tiver que fazer de novo, pra mim ia ser sofrimento. Tenho medo também, já precisei ficar no hospital e não quero passar por outra cirurgia de novo. Eu não tenho interesse, para mim ficar doente de novo é melhor nem fazer.” (Safira)

“Não sei se é bom fazer o transplante, se não é. Porque o transplante é só uma opção de vida, ele não vai ficar bom, é pra sair da máquina. Pelo menos é o que deu para entender desse tempo todinho que eu estou fazendo tratamento. Sair da máquina e continuar tomando remédio, não sei se é até pior.” (Diamante)

“Sim, no início do ano fui chamado, mas não foi a Central de transplante que entrou em contato comigo e sim a minha médica que me disse que tinha surgido a oportunidade de realizar o transplante, mas como eu estava com viagem marcada não pude ir. Ela disse

que eu voltaria para a fila e ficaria aguardando por uma nova oportunidade. Eu me senti tranquilo, pois foi uma questão de escolha. E como eu disse anteriormente a minha visão não está tão prejudicada, só sinto a diferença mesmo quando eu tiro o óculos. Comuniquei a minha decisão a ela e ela me informou que eu voltaria para a fila.” (Ametista)

“Pra mim a espera é tranquila, pois eu não sinto tanta dificuldade, o óculos ainda dá um suporte bom.” (Ametista)

“Eu tenho medo de cegar né mulher, é a pior coisa, depender dos outros, oi... (Emoção e choro). A pessoa tem a sua vista boa, depois ficar aí dependendo de um e de outra para tudo, a pessoa vai para todo canto e depois ficar sem, é difícil.” (Esmeralda)

“Não, até agora nunca ligaram pra mim.” (Esmeralda)

“Eu fiquei muito triste é claro, arrependido por não ter tomado certos cuidados antes, arrependido, com raiva de mim mesmo... um cara que descobriu a diabetes com pouca idade, eu tinha vinte e poucos anos, poderia ter me cuidado e não me cuidei. Aí, hoje eu sofro as consequências do fato de não ter cuidado mais da minha doença.” (Ônix)

“Eu não quero fazer transplante. Eu tenho um primo que disse que se eu quisesse ele doava o rim, mas eu não quis, por que eu já soube de um caso de uma pessoa que doou o rim e depois precisou de transplante e não conseguiu, aí não dá. Eu sinceramente não tenho interesse nesse negócio de transplante.” (Safira).

“Se aparecesse, a Central ligasse eu ia. Mas de mexer com alguém assim, eu sei que não acontece nada, eu não quero não. A minha mãe quer doar, a minha esposa, alguns primos. Não quero, não quero, já forçaram já tentaram colocar na minha cabeça. Você tem o seu é o seu, o meu estragou porque tinha que estragar mesmo. Sei que é muita ignorância, mas fazer o quê? é a vida.” (Diamante)

A subjetividade dos sujeitos nessa unidade de sentido revelou sentimentos negativos, tais como: medo, relacionado aos sintomas físicos e a incerteza do sucesso do transplante, e ainda dúvida, insegurança, desesperança e compaixão pelo doador vivo. Apenas uma das pessoas revelou sentimentos positivos de tranquilidade e esperança.

5- Sensibilizando a população para doação de órgãos: a luta pela vida

O que foi expresso pelos sujeitos nesse núcleo de sentido revelou sentimentos de esperança, perseverança e amor pela vida, culminado como último apelo no decurso do estudo:

“Eu estou esperando um órgão, e quero viver mais um pouquinho, quero dizer para pessoas que querem ser doadoras, ou que caso venham a ter um parente acidentando (todo mundo está sujeito a isso), com morte encefálica, que naquele momento ele está salvando muitas vidas (voz embargada e choro). O órgão de

alguém que já partiu pode salvar a vida de alguém.” (Pérola).

“Eu acho bom a gente sempre conversar com a família, pra poder quando acontecer sempre doar. Porque assim, a gente quando está inscrita perde a esperança, aí você conseguir (pausa curta). Na minha opinião, pelo jeito que eu convivi, eu sempre vou levar isso como uma lição.” (Rubi)

“Rapaz, a melhor mensagem é quando você se coloca no lugar do outro, né? Se coloque no lugar do outro, veja o que o outro está passando, seja solidário, se você pode fazer por que você não faz? Vai lhe custar o quê? Tudo ali vai ser levado traça.” (Ônix)

“Acho que a família podia ter mais consciência, porque morreu, é um ente querido, mas existe muita vida ali que pode salvar. Sete vidas!” (Diamante)

“Como eu disse, educação, conhecimento, informação é o que as pessoas precisam para se declarem como doadoras. Que elas procurem conhecer, saber como é importante a realização de transplante, o aumento no número de doações só ocorrerá quando esse for um assunto discutido, apresentado na escola, dialogado com as famílias.” (Ametista)

“Que as famílias permitissem a doação de órgãos, ajudasse as pessoas que precisam, mas não ajudam. Eu acho assim, a pessoa que já morreu não volta mais para nada, então se tem um órgão para dar que dê, não vai servir mais pra nada. Deveria colocar mais gente para trabalhar, pra fazer as campanhas, pra pedir as pessoas, pra pedir ao pessoal que doasse né? Que doe as pessoas” (Esmeralda)

“Que é importante às pessoas saberem do assunto, tem muita gente fazendo hemodiálise e esperando por um órgão, quem puder doar que faça, é muito importante e pode salvar vidas” (Safira)

DISCUSSÃO

O diagnóstico de uma doença crônica e da necessidade do transplante é um momento que causa grande impacto para o paciente e seus familiares, desencadeando sentimentos múltiplos. A singularidade das reações depende da história de vida do paciente, dos vínculos constituídos, bem como da estrutura psíquica, evidenciando a influência das características pessoais do indivíduo diante da doença.

Dependendo da fase da vida em que a pessoa se encontra, a descoberta da necessidade do transplante e a espera para realizá-lo repercute de diversas maneiras em seu cotidiano. Como observado no estudo, quando descoberta na adolescência, há uma tendência de distanciamento de outros indivíduos da mesma faixa etária, acarretando em restrições do processo de socialização precedente do sentimento de diminuição de auto eficácia nas relações sociais.¹⁵

As repercussões na vida dos sujeitos na fase adulta denotaram

forte sentimento de inutilidade, pois o papel social do adulto responsável, produtivo e autônomo não pode ser concretizado. A passividade e a dependência passaram a ser uma constante na vida desses indivíduos, levando-os a perdas econômicas significativas e sensação de impotência diante da vida, assemelhando-se a resultados de outros estudos.¹⁵

Quando a necessidade pelo transplante ocorre para uma pessoa idosa, é necessário considerar a existência do comprometimento do organismo decorrente do processo de envelhecimento; o corpo já não se apresenta como na fase anterior, pois com o quadro da doença presente, torna-se mais evidente a disfunção do organismo.¹⁵

De maneira geral, as mudanças ocorridas na vida dos sujeitos desencadearam estresse físico e emocional. O tratamento por hemodiálise foi referido como um momento difícil, doloroso, de grande dor e sofrimento. Essa percepção corrobora com dados apresentados no estudo de Campos e Álvares,¹⁶ que evidenciaram ainda ser esse tratamento suportado pela necessidade da manutenção da vida e pela esperança de realizar o transplante, o que gera ansiedade intensa, pois não há garantia da cura, apesar de todo sofrimento.

Nesse contexto, a ansiedade é definida como o medo de ser magoado ou de perder alguma coisa.¹⁶ Nos relatos dos sujeitos, esse sentimento relacionava-se ao medo de perder a visão, para os que aguardavam por córnea, e até mesmo a vida, para os que aguardavam por um rim.

A culpa pelo estado atual de saúde foi um sentimento manifestado por dois dos entrevistados, desencadeado quando o indivíduo passa a conter raiva dentro de si, adotando assim ações e pensamentos punitivos.¹⁶ O estudo permitiu constatar que os indivíduos que manifestaram culpa pelo adoecimento estão mais pessimistas diante da possibilidade de receber o transplante e tendem ao isolamento social.

Para enfrentar as adversidades emergentes, os indivíduos utilizavam recursos de enfrentamento. Esses funcionam como mecanismos de ajustamento e suporte, que permitem a realização de negociações internas bem sucedidas entre seus desejos e a realidade não favorável.¹⁷

Estudos revelam que o apoio familiar é um dos principais recursos externos ao sujeito para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.¹⁷ O presente estudo também reforça tal afirmativa, ao trazer que a maioria dos sujeitos tem o apoio familiar como principal recurso para enfrentar as adversidades. Tal apoio transmite sentimento de segurança, confiança e amor, favorecendo assim o enfrentamento do problema.

A equipe de saúde foi identificada entre os recursos de enfrentamento usados pelos sujeitos, porém ela é quase inacessível. Os dados revelaram que alguns pacientes ao serem cadastrados na fila de transplante, não receberam informações e não sabiam sequer da inclusão na fila. Os que aguardam por córnea, ainda possuíam a situação

agravada, se comparados aos que aguardavam por rim, pois os últimos frequentavam o centro de hemodiálise e recebiam, mesmo que de maneira consubstancial, algumas informações e apoio.

Esse déficit de informações e apoio resulta em consequências negativas para o paciente, deixando ainda mais árduo esse período na vida. Sabe-se que o conhecimento sobre a situação de saúde e as possibilidades terapêuticas favorecem a aquisição de controle da situação, e, conseqüentemente, contribuirão com a provisão de equilíbrio emocional e maior motivação para continuar cumprindo seu tratamento e aguardando pelo transplante.¹⁸

Outro recurso de enfrentamento utilizado pelos sujeitos do estudo foi a religiosidade. É sabido que a dimensão religiosa tem significado importante na vida do ser humano, principalmente quando há iminência de doenças. No estudo, foi possível constatar que a dimensão religiosa é um recurso de enfrentamento utilizado por pessoas que aguardam por um órgão na fila única de transplante e a fé em Deus foi a principal estratégia identificada. A religiosidade também pode ser usada como parte da resolução do problema, sendo identificada como estratégia de enfrentamento baseada no problema.

Apesar das adversidades presentes na vida dessas pessoas, sentimentos positivos também permeiam o período de espera. Os vínculos familiares foram aproximados diante da necessidade do transplante, emergindo sentimentos como amor e respeito. Para outros, tal espera levou a mudanças de conceitos na vida, e a humildade, a simplicidade e o respeito atribuíram nova dimensão de ser e estar diante da vida.

Durante a espera pelo transplante, as pessoas enfrentam a situação, ora como salvação/vida, ora como grande risco/morte. Considera-se que toda situação de expectativa de receber um órgão constitui-se em uma vivência complexa e subjetiva por parte do paciente, deixando novos significados em sua história de vida.¹⁹

A ambivalência tão marcante nos discursos dos sujeitos pode favorecer ou afastar o desejo pela realização do transplante. O que emana do discurso deles são sentimentos dualistas relacionados ao doador vivo. Entre os pacientes que possuíam a possibilidade da doação entre vivos e doador falecido, todos esboçaram a preferência pela doação procedente de doador falecido, e a compaixão pelos possíveis doadores sobressaiu ao desejo de receber o órgão.

Dentre os sentimentos despertados, observou-se que a esperança também permeia esse período. Conforme afirmam Flores e Tomé,²⁰ por vários momentos, o discurso dos sujeitos está associado à forma como o transplante poderia modificar suas vidas.

Apesar da trajetória de espera e dos infortúnios encontrados no caminho, percebe-se que todos compartilham o mesmo sentimento e buscam sensibilizar ou propor caminhos que tornem evidente a necessidade da doação de órgãos; um desses sentimentos é a esperança de um dia poder doar algum órgão, ou mesmo salvar a vida daqueles que também vivenciam os sentimentos de esperar por um órgão na fila única de transplante.

Em relação ao desejo ou não por realizar os transplantes, as entrevistas constataram que esse desejo aparece dependendo da relação que a pessoa apresenta com o próprio corpo, do grau do comprometimento do órgão e como a doença lhe afeta. O tempo na fila única de transplante também apresenta forte influência na determinação dos sentimentos relatados, e a maior parte dos entrevistados referiu que, com o passar do tempo, as expectativas para a realização do transplante diminuem e a esperança e confiança também aparecem enfraquecidas.

Considerando a reflexão sobre a vivência da espera, pode-se afirmar que os discursos dos pacientes estão associados à forma como o transplante poderia modificar suas vidas e relacionam-no à vontade e maior certeza de viver.

Entre os momentos de angústia e incerteza, sobressaiu a capacidade do ser humano de tentar superar as adversidades e continuar lutando pela vida. Ficou evidenciado o apelo pela sensibilização da doação de órgãos; todos, até aqueles mais indiferentes em relação ao transplante, relatam que a doação é importante, consistindo assim, o próprio ato de salvar vidas.

CONCLUSÃO

A experiência da espera por um órgão é complexa; a incerteza, o medo e a dualidade vida/morte tornam-se uma constante para as pessoas envolvidas no processo. Na maioria das vezes, essa é uma espera silenciosa, que pode tornar-se solitária com o passar do tempo. Conhecer e compartilhar

os sentimentos revelados por essas pessoas é refletir sobre a realidade de centenas de seres humanos que, pela necessidade do transplante, têm o curso da sua existência suspenso, principalmente quando aguardam um órgão vital.

Esses sentimentos devem ser respeitados e acolhidos por toda sociedade e, principalmente, pelos profissionais de saúde. A subjetividade deve ser valorizada durante a assistência em todas as fases do transplante. O pragmatismo das ações diárias acaba mascarando essa fase, evidenciando assim a necessidade de investir mais em educação permanente.

O enfermeiro tem um papel primordial em todas as fases do transplante; entretanto, há a necessidade da realização de estudos científicos mais aprofundados, e ainda da incorporação de técnicas assistenciais relacionais na prática desse profissional, que perpassem a dimensão físico-biológica, capacitando-lhes para prestar uma assistência qualificada, de acordo com as peculiaridades de cada pessoa.

O estudo teve a proposta de despertar nova percepção sobre o período de espera pelo transplante. Ressalte-se a importância de que mais estudos sejam realizados no cenário brasileiro, buscando a associação da subjetividade dessas pessoas à prática assistencial.

A academia deve valorizar a formação dos profissionais de saúde, a discussão sobre transplantes de órgãos, bem como a aquisição de habilidades de cuidado direcionadas a esse público. Destaca-se ainda a importância e a necessidade de investimentos em campanhas educativas mais eficazes que possam contribuir para o aumento do número de órgãos disponíveis.

ABSTRACT

Purpose: To identify the feelings of people who are waiting for an organ or tissue in a single transplantation list. **Methods:** This is a descriptive qualitative research conducted among seven people waiting for a transplant. Data were subjected to content analysis in the form of thematic or categorical analysis. **Results:** characterization of the subjects, 57% were female, ages between 22 and 62 years mean waiting for cornea, kidney and 2.1 years, 3.8 years. Five units of sense were identified in the beginning of the waiting: prevalence of negative feelings like sadness and uncertainty following the diagnosis and the need for transplantation; changes in life arouse negative feelings of worthlessness, guilt and passivity related to changes in the financial, leisure, freedom, life expectancy status, as well as positive feelings such as hope and overcoming by the appreciation for the family and life; in the confrontation, the family was the resource increasingly searched by the subjects, emerging positive feelings of trust and security; healthcare was taken along the waiting period by positive feelings to those waiting for a kidney and negative for those awaiting for a cornea by not attaining it; in such ambivalence it was disclosed positive feelings bringing the desire for the transplant, and causing negative feelings that keep life motivated by the death/life duality, compassion for the living donor; in the call for life, positive feelings of hope were disclosed before the awareness messages to encourage organ donation. **Conclusion:** Regardless the body, the wait for a transplant is a stressful time in the life of an individual, triggering multiple feelings which need to be assessed. Results address to foster the discussion on nursing education and practice about the importance of valuing the subjectivity of people waiting for a transplant, the need for health education during the waiting period, as well as improving the Organ and Tissue Harvesting System.

Keywords: Nursing; Feelings; Organ Transplantation; Waiting Lists.

REFERÊNCIAS:

1. Soares CO. O transplante e a questão da alteridade: biologia e subjetividade [tese de dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
2. BRASIL. Portal de Transplantes [homepage na Internet]. Transplantes Realizados em 2011. Acesso em: fev 2012. Disponível em: < http://aplicacao.saude.gov.br/saude/transplante/%C3%81rea_Especializada/relatorios_estatisticos/transplantes-realizados>.
3. Garcia GG, Harden PN; Chapman JR. The global role of kidney transplantation. *Kidney Int.* 2012;81:425-7.
4. Brasil. Decreto Nº 2268, de 30 de junho de 1997. Diário Oficial da União. Brasília, Distrito Federal (Jul 30, 1997).
5. Brasil. Portaria GM nº 3.407 de 05 de agosto de 1998. Diário Oficial da União. Brasília, Distrito Federal (06 Ago, 1998).
6. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO. Acesso em [12 de Dez 2012]. Disponível em: www.abto.gov.br.
7. Brasil. Lei nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997. Diário Oficial da União. Brasília, Distrito Federal (04 Fev, 1997).
8. Béte R. Doação e transplante de órgãos e tecidos: informação de acadêmicos [tese]. Santa Catarina: Universidade do Contestado-UnC; 2003.
9. Roza BA; Thomé T; Neto BHF; Schirmer J. Doação de órgãos no Brasil: podemos evoluir? *Rev Mundo Saúde.* 2009;33(1):43-8.
10. Marinho A. A situação dos transplantes de órgãos no Brasil. Instituto de Pesquisa econômica Aplicada. Brasília. Fev 2009.
11. Li PK; Chu Kh Chow KM; Lau MF; Leung CB; Kwan BC et al. Cross sectional survey on the concerns and anxiety of patients waiting for organ transplants, *Nephrology.* 2012;17:514-8.
12. Viscott D. A linguagem dos sentimentos. 17ª Ed. Summus: São Paulo, 1982.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. Hucitec: São Paulo,1996.
14. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. 3ª ed. Vozes: São Paulo, 2007.
15. Cuker GM, Frangani ECSF. As dimensões psicológicas da doença renal crônica [dissertação]. Santa Catarina: Faculdade de Psicologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), 2009.
16. Campos EMP, Bach C; Alvares M. Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. *Psicol Teor Prat.* Dez. 2003;5(2):23-6.
17. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Rev Bras de Canc.* 2009;55(4):355-64.
18. Rossiter M, Valença MP, VALOIS AA. Trasplante renal: conhecimento do paciente acerca do período perioperatório. *J Bras Transpl.* 2012;15 (1):1620-50.
19. Waschburger EMP; Ribas RF; Ferreira MAW, Macedo MMK. Candidatos a transplante de pulmão: configurações traumáticas da vivência de espera pela vida. IV Mostra de pesquisa da Pós-Graduação PUCRS;11 a 14 Ago 2008; Rio Grande do Sul, 2008.
20. Flores RV, Thomé EG. Percepções do paciente em lista de espera para transplante renal. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(6):687-90.

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TRANSPLANTE INTESTINAL E MULTIVISCERAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATRAVÉS DA METODOLOGIA PMBOK

Analysis on implementation of an intestinal and multivisceral transplantation program at Hospital das Clinicas, School of Medicine, University of São Paulo - unique health system by using the PMBOK methodology

Andre Ibrahim David¹, Fabio Luis Alves², Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque¹

RESUMO

Objetivo: Analisar, com uma metodologia estabelecida, o Project Management Body of Knowledge (PMBOK), a implantação do Serviço de Transplante Intestino e Multivisceral no HC-USP, que tem um projeto de parceria do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e do SUS. **Materiais e Métodos:** Através da ferramenta de análise metodológica, PMBOK, foi realizado o estudo de cada etapa de implantação do projeto (Programa), com um olhar crítico em cada fase (Integração, Escopo, Tempo, custo, Qualidade, Recursos Humanos, Comunicações, Riscos, aquisições e interessados). Analisar se as medidas necessárias foram tomadas corretamente (os já realizados) e identificar áreas de melhoria nessas tarefas que ainda não foram realizadas. Análise de grupos de processos: Iniciação, Planejamento, Execução, Monitoramento, Controle e Encerramento. **Resultados:** Os resultados foram analisados utilizando os conceitos descritos e mostrados na tabela. **Conclusão:** A análise, de acordo com os conhecimentos adquiridos e os resultados da avaliação de cada item, mostrou que os grupos de trabalho de cada processo e suas áreas de atuação foram correlacionados de forma adequada durante todo o projeto.

Descritores: Transplante de Órgãos, Gestão em Saúde, Intestinos

Instituição:

¹ Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Transplante de Fígado e Órgãos do Aparelho Digestivo da FMUSP.

² Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, Fundação Dom Cabral

Correspondência:

Andre Ibrahim David
Rua Pamplona, 1808, apto 52, CEP 01405-002, Sao Paulo/SP, Brasil.
Fone: (11) 2597-5297
E-mail: andredavidmd@gmail.com

Recebido em: 10.12.2012

Aceito em: 11/01/2013

INTRODUÇÃO

Atualmente, o transplante de intestino é a única possibilidade de cura para pacientes com falência intestinal que desenvolvem complicações graves relacionadas ao uso prolongado da nutrição parenteral. Estima-se que 200 pessoas por ano tenham indicação para realização de transplante de intestino no nosso país. Apesar dos avanços tecnológicos e das necessidades clínicas, ainda não há centros especializados em transplante intestinal no Brasil.

O transplante restabelece a capacidade nutricional por via oral em pacientes com falência intestinal (FI) irreversível. Historicamente prejudicado pelo sucesso inicial limitado, o transplante de intestino (TI) evoluiu de forma semelhante aos outros transplantes de órgãos e transformou-se de um procedimento experimental a uma opção terapêutica.^{1,2}

O TI é a “última fronteira” do maior Programa de Transplantes Públicos do Mundo: o SUS.

O governo federal investiu recentemente quase 10 milhões de reais no HCFMUSP, em dois Projetos: um que visa o suporte financeiro para o tratamento da Insuficiência Intestinal e outro que visa o apoio financeiro àqueles 10 a 15% casos em que há a necessidade do TI.

Falência Intestinal

A FI é uma condição clínica caracterizada pela redução da capacidade funcional do trato gastrointestinal para manter as condições mínimas necessárias para a digestão e absorção dos nutrientes e fluidos necessários para a manutenção nos adultos e/ou para o crescimento nas crianças.

Há apenas cinquenta anos, a FI era considerada incompatível com a vida. Com o desenvolvimento da nutrição parenteral (NPT) e mais recentemente, o transplante de intestino, houve um aumento no potencial de sobrevida e na melhora da qualidade de vida destes pacientes.

Estima-se que 1-3 pessoas por milhão de habitantes por ano apresentarão FI. Desses, 15% serão candidatos ao transplante intestinal/multivisceral, por irreversibilidade da FI. Na infância, a FI ocorre em cerca de dois a seis/oito indivíduos a cada 1 000 000 de crianças em países desenvolvidos.³

Etiologia da Falência Intestinal

A perda da capacidade de absorção entérica seja de forma aguda ou crônica causada pela síndrome do intestino ultra-curto (SIC), alteração na motilidade intestinal ou disfunção dos enterócitos pode levar à falência intestinal.⁴

Cerca de 60% dos casos ocorrem na população pediátrica. As causas mais frequentes são: a enterocolite necrotizante, gastrosquise, atresia intestinal, vólculos, pseudo-obstrução e agangliose. Entre os adultos, a isquemia, doenças inflamatórias (ex. Doença de Crohn), traumas e tumores são as causas mais comuns.⁵⁻⁸

Evolução Clínica da Falência Intestinal

A evolução clínica da FI é de difícil prognóstico e está associada a alguns fatores de risco que levam ao uso contínuo da nutrição parenteral NP. Nas crianças, a presença da síndrome do intestino ultra curto (<20-30 cm de intestino) associado à alteração de motilidade residual, perda parcial do cólon e a ausência da válvula íleocecal estão associadas à NP por longo prazo.^{9,10}

Nos adultos, a ressecção intestinal que resulta em menos de 100 cm de jejuno-íleo, associada às anormalidades da mucosa restante e à ausência de válvula íleocecal, são fatores preditivos de dependência crônica de NP. Em estudo multicêntrico no Estado de São Paulo, Bakonyi e colaboradores avaliaram 248 pacientes que foram submetidos a algum tipo de ressecção intestinal em sete unidades de terapia intensiva de hospitais universitários. Observaram que 24 apresentaram SIC necessitando NPT e que cinco apresentavam indicação para transplante de intestino pelos critérios internacionais. Dos pacientes com indicação de TI, apenas dois permaneceram vivos quando a pesquisa foi concluída.⁴

Nutrição Parenteral

Introduzida por Dudrick e colaboradores em 1968, NP logo tornou-se a primeira linha de tratamento para muitas doenças gastrointestinais. Estima-se que cerca de 40 mil indivíduos recebam NP de forma crônica nos EUA.¹¹

Com o sucesso da NP, as morbidades relacionadas ao seu uso prolongado tornaram-se mais frequentes. Cerca de 50% dos pacientes utilizando NP domiciliar necessitam hospitalização. A complicação mais frequente (cerca de 75%) é a infecção relacionada ao uso do cateter. O uso da NP está associado a possíveis complicações em longo prazo.¹¹

Resultados do TI

A sobrevivência precoce global do paciente e do enxerto após o transplante intestinal melhorou significativamente nos últimos 10 anos. Os resultados mais recentes mostram mais de 2000 destes transplantes realizados em mais de 60 centros mundiais, sendo que 50% dos receptores estão vivos e a maior parte independente da NPT.¹⁰

Em 1998, a sobrevida do enxerto e do paciente para um ano era de 52% e 69%, respectivamente, enquanto em 2007, a sobrevida aumentou para 75% e 79%, respectivamente, um aumento de mais de 20 pontos percentuais para a sobrevida do enxerto.¹⁰

A maioria dos pacientes apresenta boa função do enxerto e completo restabelecimento da alimentação por via oral. Esses resultados são similares aos de outros transplantes de órgãos sólidos, como o pâncreas, rim e fígado. O grupo da Universidade de Pittsburgh, que até maio de 2009 havia realizado 524 transplantes de intestino, mostra sobrevivência do paciente para um e cinco anos de 93 e 78% respectivamente.²

Acredita-se que o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, imunossupressão com indução perioperatória por meio de anticorpos anti-linfocitários; controle da infecção com monitoramento específico de agentes virais como o Epstein-Barr, CMV e o adenovírus; o aumento da experiência clínica (instituições com mais de 10 transplantes realizados); a melhor compreensão da fisiopatologia do TI e das necessidades dos receptores e os avanços na detecção e tratamento de rejeição sejam os fatores mais importantes para a melhoria dos resultados.

Dieta após TI

Várias etapas são necessárias para que ocorra a autonomia nutricional após o TI.

Os pacientes são mantidos inicialmente pela NPT com lenta transição para alimentação enteral. Uma fórmula enteral é introduzida entre o 3º e 14º dia pós-operatório (PO) e a alimentação oral é iniciada por volta do 7º ao 14º dia PO.¹²

Geralmente, são utilizadas fórmulas com baixo teor de gordura nas primeiras semanas e a introdução dos lipídios dá-se por volta de um mês após o transplante. Quando as necessidades calóricas são alcançadas com a alimentação e a fórmula enteral, a NPT é descontinuada.¹²

Qualidade de Vida e TI

O objetivo do transplante vai além de assegurar a vida do doente. Busca-se oferecer o estado de saúde antes da doença, o equilíbrio entre a eficácia funcional do enxerto, os aspectos psicológicos e a integridade física do transplantado. O tratamento não se limita à sobrevivência e ao tempo de sobrevida; também deve-se considerar como isso afetará a qualidade de vida do paciente. A sobrevida dos pacientes submetidos ao TI tem aumentado com os avanços já descritos e a avaliação da qualidade de vida desses indivíduos começa a ser estudada.¹³

É evidente que a realização de um procedimento de tal porte com vários cuidados pós-transplante, implica em grande demanda tanto dos pacientes como dos familiares. Entretanto, apesar dos efeitos adversos inerentes ao tratamento, como a terapia de imunossupressão, a possibilidade de rejeição, o estresse psicossocial e custo financeiro, os resultados indicam efeitos positivos na qualidade de vida destes indivíduos.¹³

Em um estudo realizado por Sudan e colaboradores (em uma população pediátrica submetida ao transplante de intestino, após cinco anos de cirurgia) as crianças transplantadas sentiam-se da mesma forma que seus colegas de escola quanto aos aspectos físicos e psicossociais. Já, os pais consideravam que seus filhos apresentavam um estado de saúde pior do que seus pares.¹⁴

Entre adultos transplantados, os escores da qualidade de vida melhoram ao longo do tempo. Apesar da necessidade do uso de medicamentos, redução da mobilidade física, presença de dor e desconforto, foi descrita melhora física, social e emocional.¹³

Da Instituição

Gestão Atual

No passado, foram realizados seis transplantes intestinais no Brasil. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) foi pioneiro mundial do TI, realizados pelo Professor Okumura na década de 60 (Okumura et al., 1969; Okumura & Mester, 1992). Três outras instituições realizaram mais recentemente quatro transplantes intestinais, contudo os resultados foram desapontadores com óbito precoce de todos os receptores.¹⁵⁻¹⁷

Com a união atual das Disciplinas do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, Gastroenterologia Clínica (Prof. Flair José Carrilho), Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia (Prof. Ivan Ceconello) e Transplante de Órgãos do Aparelho Digestivo (Prof. Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque) e com intensa dedicação institucional à FMUSP, ampliou-se o ciclo virtuoso de evolução no ensino, pesquisa e assistência. Todos os seus Professores Titulares participam hoje de Conselhos e Comissões da FMUSP e do Hospital das Clínicas, bem como outros membros do Departamento.

O Departamento de Gastroenterologia profissionalizou a gestão administrativa, contratando administradores hospitalares formados pelo PROHASA. A eficiência

administrativa tem se traduzido em melhoria da assistência, da sua infraestrutura e na sistematização da captação de recursos junto aos órgãos governamentais. Nessa linha, com o auxílio importante do Prof. Sérgio Carlos Nahas, citam-se as reformas do centro cirúrgico e do ambulatório da Cirurgia, e dos Transplantes de Órgãos do Aparelho Digestivo, bem como sua informatização. Foram estabelecidos protocolos de seguimento para as principais doenças do aparelho digestivo. A reforma das salas para Transplantes do Aparelho Digestivo está sendo iniciada, o que permitirá um ganho de escala ainda maior na realização dessas operações.

Decorrente do seu crescimento científico, o Departamento investiu grandes esforços na reestruturação física e de recursos humanos nos seus LIMs, tornando-os base fundamental para a pesquisa translacional. Para tanto, importante foi a colaboração dos órgãos públicos de fomentos e da iniciativa privada, tornando-os muito produtivo.

Importante foi a incorporação da UTI do 9º andar pelas Disciplinas do Departamento de Gastroenterologia, possibilitando que, em 2009, o Serviço de Transplantes de Órgãos realizasse 152 transplantes, sendo 140 de fígado e recebesse o Prêmio Destaque em Transplantes, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como maior programa de transplantes do Brasil.

Visando a internacionalização das pesquisas do Departamento, convênios oficiais foram estabelecidos com Universidades do exterior: Barcelona (Espanha), Keio (Japão), e Chicago (EUA).

Equipe

A Disciplina de Transplante e Cirurgia do Fígado e o Instituto da Criança contam com equipes multidisciplinares exclusivamente envolvidas com atividades de transplante, formada por cirurgiões, clínicos, endoscopistas, intensivistas, infectologistas, radiologistas, patologistas, coordenadores de captação de órgãos, psicólogas, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros, pessoal administrativo, dentre outros profissionais.

Os médicos que atuarão no projeto receberam treinamento especializado em transplante intestinal e multivisceral em grandes centros internacionais (Pittsburgh, Indianápolis e Miami).

Passado recente e perspectivas futuras

O Serviço de Transplante de Fígado e Órgãos abdominais tem sido um dos três maiores do Brasil nos últimos cinco anos, sendo inclusive, um dos únicos que realiza o transplante de fígado intervivos entre adultos no Brasil.

Estima-se que 200 pessoas por ano tenham indicação para realização de transplante de intestino no nosso país. Apesar dos avanços tecnológicos e das necessidades clínicas, ainda não há centros especializados em transplante intestinal no Brasil.

Será realizado estudo antes e depois em um grupo de dez pacientes, que serão alocados conforme a demanda clínica para realização de transplante de intestino ou transplante multivisceral.

Foi constituído um protocolo clínico embasado no estado da arte do transplante intestinal. Esperamos alcançar resultados compatíveis com os centros de excelência mundiais que vêm realizando este procedimento de maneira rotineira. Os resultados deste estudo terão grande impacto no tratamento da falência intestinal crônica no nosso meio, oferecendo novas perspectivas terapêuticas. Além do benefício social e clínico para os pacientes afetados e suas famílias, bem como vantagens econômicas, este estudo cria oportunidades para o aprendizado e para o desenvolvimento de um programa de transplante de intestino no Sistema Único de Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO - Situação Objetiva

Pelo menos vinte casos por ano de portadores de falência intestinal são referidos ao Serviço de Transplante de Órgãos Abdominais do HC-FMUSP. Esta população de doentes tem uma mortalidade de 90% em 5 anos.

Por que ainda não fazemos Transplante de Intestino? E por que deveríamos fazê-los:

Causas

- Nunca houve investimento nessa área de atuação/sub-especialidade, até janeiro de 2011 por parte do Governo e/ou Privado.
- Ignorância da comunidade médica a respeito dessa possibilidade de tratamento.
- Alto custo do tratamento/doente.
- Falta de mão de obra multidisciplinar especializada.
- Resultados não muito satisfatórios no exterior até 2010.
- Competição com o tratamento de suporte (já consagrado) da falência intestinal: Nutrição Parenteral Total (NPT).
- Baixo nível sócio-econômico dos doentes e familiares.

Consequências

- Nunca houve investimento nessa área de atuação/sub-especialidade, até Janeiro 2011 por parte do Governo e/ou Privado.
- Ignorância da comunidade médica a respeito dessa possibilidade de tratamento.
- Alto custo do tratamento/doente.
- Qualidade de vida muito ruim com a NPT, principalmente para o doente, mas também para os familiares.
- Falta de mão de obra multidisciplinar especializada.
- Resultados não muito satisfatórios no exterior, até 2010.
- Competição com o tratamento de suporte (já consagrado) da falência.

Dificuldades perenes ao longo do tempo

- Falta de investimento nessa área.
- Alto custo do tratamento/doente.
- Baixo nível sócio-econômico dos doentes e familiares.

Quem são os ATORES SOCIAIS?

Ministro da Saúde, Secretário Estadual da Saúde, Secretário Municipal de Saúde, Diretor do HC-FMUSP, Diretor da FMUSP, Prof. Titular Gastroenterologia, Prof. Titular Transplante, Prof. Nutrologia, Coordenador dos Transplantes, Equipe de Cirurgiões, Equipe Nutrologia, Coordenadora de Enfermagem, Equipe de Enfermagem, Equipe de Psicologia, Pacientes, Residentes, Imprensa, Familiares e Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.

REFERENCIAL PRÁTICO

Em 2000, o autor participou da equipe liderada pelos Drs. Wangles Soler e Mauricio Iasi, que realizou o primeiro transplante de intestino pediátrico do Brasil e até hoje o de melhor sobrevivência (cem dias).

Realizou o mestrado (2001-2003) em Medicina (Cirurgia) pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, desenvolvendo um modelo de treinamento para transplante de pâncreas em cães, modelo este que permitiu a capacitação da equipe para a era clínica daquele transplante, com a realização de cinco transplantes duplos em seres humanos. Tese orientada pelo Dr. Luiz Arnaldo Szutan e co-orientada pelo Dr. Adhemar Pacheco Junior, defendida em 2003. Adquiriu respeitabilidade nessa área de atuação, tendo sido eleito para o Departamento de Transplante de Pâncreas da ABTO (2004-2005). Programa este interrompido devido ao estágio de doutorado no exterior.

Em 2003, estagiou por dois meses no Serviço de Transplantes Adulto e Pediátrico da Universidade de Pittsburgh, onde trabalhou com os Drs. Jorge Reyes, John Fung, George Mazariegos, Sindhi Rakeshi e Paulo Fontes.

Recebeu o título de membro titular da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Realizou prova didática e recebeu o título de professor instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Realizou o doutorado-sanduíche na Universidade de Miami, serviço do Dr. Andreas Tzakis, com vínculo da pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e bolsa do CNPq, em transplante de intestino delgado e multivisceral e em células mesenquimais (2004-2007). Nesse período, pode atuar tanto nas pesquisas com células mesenquimais e transplante de intestino em ratos quanto nas atividades clínico-cirúrgicas do Programa de Transplante Hepático e Intestinal, onde participou ativamente de 50 transplantes intestinais e multiviscerais tanto em adultos como em crianças. Nesse período realizou a coleta de dados da tese de doutorado, que encaminhou para publicação, tendo sido aceita e publicada na Transplantation. Além desse, participou ativamente de inúmeros trabalhos do Serviço do Dr. Andreas Tzakis que foram publicados em revistas Qualis A e B nos anos de 2006 e 2007.

A tese de doutorado foi orientada pelo Dr. Andreas G. Tzakis e coorientada pelo Dr. Luiz Arnaldo Szutan, tendo sido defendida no Brasil, em 2007.

Membro aceito pela American Society of Transplant Surgeons como membro internacional (2006).

OBJETIVOS

Geral:

O objetivo deste estudo é analisar com uma metodologia estabelecida Project Management Body of Knowledge (PMBOK) (18) a implementação do Serviço de Transplante de Intestino no HC-FMUSP, projeto que tem a parceria do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e do SUS.

Específicos:

Identificar possíveis falhas na elaboração do projeto e da sua implementação.

1. Analisar os processos de cada grupo de trabalho.

MÉTODOS

Através da ferramenta de análise metodológica, a Project Management Body of Knowledge (PMBOK - tabela 1) realizamos o estudo de cada etapa da Implementação do Projeto (Programa), com um olhar crítico em cada fase (Integração, Escopo, Tempo, Custos, Qualidade, Recursos Humanos, Comunicação, Riscos, Aquisição e Partes Interessadas), e se as medidas necessárias foram tomadas de maneira correta (naquelas já realizadas), identificando pontos de melhoria naquelas tarefas que ainda não foram realizadas.

Áreas de conhecimento:

1. Gerenciamento da Integração do projeto (desenvolver o termo de abertura do projeto)
2. Gerenciamento do escopo do projeto
3. Gerenciamento do tempo do projeto
4. Gerenciamento dos custos do projeto
5. Gerenciamento de qualidade do projeto
6. Gerenciamento dos recursos humanos do projeto
7. Gerenciamento das comunicações do projeto
8. Gerenciamento dos riscos do projeto
9. Gerenciamento das aquisições do projeto
10. Gerenciamento das partes interessadas do projeto

Grupo de Processos:

1. Iniciação
2. Planejamento
3. Execução
4. Monitoramento e controle
5. Encerramento

Nessas tabelas, foram analisados, de acordo com os conceitos do PMBOK 5ª edição, os resultados práticos e reais da implementação do Projeto. Em seguida, foram dadas notas médias por cada Grupo de processo, conforme abaixo:

Notas:

- A - Relação forte da teoria com a realidade
- B - Relação fraca da teoria com a realidade
- C - Nenhuma relação da teoria com a realidade

RESULTADOS

Os resultados foram analisados utilizando os conceitos descritos na Tabela 1.

DISCUSSÃO

A iniciação do projeto foi realizada com ampla discussão entre as partes interessadas. Além dos atores já citados, ainda estendeu-se a discussão para áreas afins do serviço no Hospital, como Banco de Sangue e Laboratório de Investigações Médicas, o LIM-37. O Escopo e a Estrutura Analítica do Projeto foram exaustivamente pensados e repensados entre os idealizadores do Projeto.

O Planejamento foi adequado mediante as necessidades identificadas no Projeto. Houve adequações e readequações ao planejamento inicial, devido a mudanças de recursos humanos (repatriação de colega do exterior) e de reforma das unidades de internação (Centro-cirúrgico, UTI e enfermaria).

A execução foi realizada passo a passo. Como havia o prévio amplo desenvolvimento das descrições técnicas protocolares dos processos operacionais (Anexo 1 e 2) e a redação prévia do extenso Protocolo de Transplante de Intestino e Multivisceral em conjunto com as equipes médicas especialistas (Planejamento), a Execução foi gradual ao longo de dois anos e meio. Ocorreu ida dos profissionais a estágios em grandes Centros de Transplante Intestinal no exterior.

O monitoramento e controle foram realizados diariamente pela equipe administrativa operacional, semanalmente pela equipe médica e mensalmente pela coordenação e equipes multidisciplinares ao longo de dois anos. Acompanhando estes processos a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Em relação ao Controle de Risco, e a demanda continental do SUS, 19 o diagnóstico é de que, na área da Saúde, torna-se um desafio de grandes proporções a Análise de Risco com o “conforto” de que todas as variáveis foram equacionadas.

O Encerramento ocorreu após a inscrição dos primeiros doentes em lista junto a Secretaria de Saúde do Estado; o paciente JCL, que receberá um transplante Multivisceral e o paciente LLCA, o que representa que todos os processos do projeto foram concluídos e que o início do Programa de Transplante de Intestino e Multivisceral pode ser realizado.

Tabela 1 - Análise segundo o PMBOK 5ª edição, foram definidas as áreas de conhecimento e os respectivos Grupos de Processos, avaliação de cada correlação.

Áreas de Conhecimento	Iniciação	Planejamento	Execução	Monitoramento e controle	Encerramento	Nota
Integração	Desenvolver o termo de abertura do projeto ++	Desenvolver o plano de gerenciamento do projeto ++	Orientar e gerenciar o trabalho do projeto ++	Monitorar e controlar o trabalho do projeto 1.5. Realizar o controle integrado de mudanças. ++	Encerrar o projeto ou fase +	A
Escopo		Planejar o Gerenciamento do Escopo; Coletar os requisitos; Definir o escopo Criar a EAP. ++		Validar o escopo Controlar o escopo ++		A
Tempo		Planejar o gerenciamento do Cronograma; Definir as atividades; Sequenciar atividades; Estimar os recursos das atividades; Estimar as durações das atividades; Desenvolver o cronograma ++.		Controlar o cronograma ++		A
Custos		Planejar o gerenciamento dos Custos Estimar custos Determinar o orçamento ++		Controlar os custos ++		A
Qualidade		Planejar o gerenciamento da qualidade ++	Realizar a garantia de qualidade ++	Controlar a qualidade ++		A
Recursos Humanos		Planejar o gerenciamento dos recursos humanos ++	Mobilizar a equipe do projeto Desenvolver a equipe do projeto Gerenciar a equipe do projeto ++			A
Comunicações		Planejar o gerenciamento das comunicações ++	Gerenciar as comunicações ++	Controlar as comunicações ++		A
Riscos		Planejar o gerenciamento dos riscos; Identificar os riscos; Realizar a análise qualitativa dos riscos; Realizar a análise quantitativa dos riscos; Planejar as respostas aos riscos. +				B
Aquisição	Identificar partes interessadas ++	Planejar o gerenciamento das partes interessadas ++	Gerenciar o envolvimento das partes interessadas ++	Controlar o envolvimento das partes interessadas ++		A
Partes Interessadas	Identificar partes interessadas ++	Planejar o gerenciamento das partes interessadas ++	Gerenciar o envolvimento das partes interessadas ++	Controlar o envolvimento das partes interessadas ++		A

Notas: A - Relação forte da teoria com a realidade
B - Relação fraca da teoria com a realidade
EAP: Estrutura Analítica do Projeto

Resultados: Satisfatório (++) , Suficiente (+) e Insuficiente (-).

CONCLUSÃO

A análise, segundo os conhecimentos adquiridos, e a avaliação dos resultados de cada item com a nota final, demonstraram que durante o processo, os grupos de trabalho em cada processo e as suas áreas de atuação correlacionaram-se adequadamente conforme as necessidades ao longo do Projeto.

ABSTRACT

Purpose: To analyze with an established methodology Project Management Body of Knowledge (PMBOK) the implementation of an Intestine Transplant Service at HC-USP, in has a partner project between the National Transplant System (SNT) and NHS. **Materials and Methods:** Through the methodological analysis tool, the Project Management Body of Knowledge (PMBOK - Table 1) conducted the study in each stage of the Project Implementation (Program), with a critical look on each stage (Integration, Scope, Time, Cost, Quality, Human Resources, Communications, Risk, Procurement and Stakeholders). To analyze if the necessary steps have been performed in the correct way (those already performed) and to identify the areas for improvement in those tasks which have not yet been performed. **Group Processes:** 1 Initiation 2 Planning 3 Execution 4 Monitoring and Control 5 Closure. **Results:** The results were analyzed by using the concepts described in the Table. **Conclusion:** According to the knowledge acquired and the evaluation results of each item with a final note, the analysis has shown that along the process, the working groups in each process and their areas of operation were appropriately correlated, as it was required along the project. **Table:** According to the PMBOK 5th edition knowledge areas, the analysis has proven that each process and its areas of actuation were adequately correlated along the project.

Keywords: Organ Transplantation, Health Management, Intestines

REFERÊNCIAS:

1. Abu-Elmagd K, Fung J, Reyes J, Rao A, Jain A, Mazariegos G, et al. Hepatic and intestinal transplantation at the University of Pittsburgh. *Clin Transpl.* 1998;263-86.
2. Abu-Elmagd KM, Costa G, Bond GJ, Soltys K, Sindhi R, Wu T, et al. Five Hundred Intestinal and Multivisceral Transplantations at a Single Center: Major Advances With New Challenges. *Ann Surg.* 2009.
3. Andersen DA, Horslen S. An analysis of the long-term complications of intestine transplant recipients. *Prog Transplant.* 2004;14:277-82.
4. Bakonyi Neto A, Takegawa B, Ortolan E, Galvao F, Mendonca F, Sbragia L, et al. Demographic of short gut syndrome: increasing demand is not followed by referral of potential candidates for small bowel transplantation. *Transplant Proc.* 2004;36:259-60.
5. Fishbein TM. Intestinal transplantation. *N Engl J Med* 2009; 361:998-1008.
6. Goulet O, Revillon Y, Jan D, Brousse N, De Potter S, Cerf-Bensussan N, et al. Small-bowel transplantation in children. *Transplant Proc.* 1990;22:2499-500.
7. Tannuri U. [Short bowel syndrome in children--treatment with home parenteral nutrition]. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50:330-7.
8. Kato T, Tzakis AG, Selvaggi G, et al. Intestinal and multivisceral transplantation in children. *Annals of Surgery.* 2006;243:756-64; discussion 764-6.
9. Mazariegos GV, Soltys K, Bond G, Girnita A, Machaidze Z, Jaffe R, et al. Pediatric intestinal retransplantation: techniques, management, and outcomes. *Transplantation.* 2008;86:1777-82.
10. Mazariegos GV, Steffick DE, Horslen S, Farmer D, Fryer J, Grant D, et al. Intestine transplantation in the United States, 1999-2008. *Am J Transplant.* 2010;10:1020-34.
11. DiMartini A, Rovera GM, Graham TO, Furukawa H, Todo S, Funovits M, et al. Quality of life after small intestinal transplantation and among home parenteral nutrition patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1998;22:357-62.
12. O'Keefe SJ, Emerling M, Koritsky D, Martin D, Stamos J, Kandil H, et al. Nutrition and quality of life following small intestinal transplantation. *Am J Gastroenterol.* 2007;102: 1093-100.
13. Rovera GM, Di Martini A, Graham TO, Hutson WR, Furukawa H, Todo S, et al. Quality of life after intestinal transplantation and on total parenteral nutrition. *Transplant Proc.* 1998;30:2513-4.
14. Sudan D, Horslen S, Botha J, Grant W, Torres C, Shaw B, Jr., et al. Quality of life after pediatric intestinal transplantation: the perception of pediatric recipients and their parents. *Am J Transplant.* 2004;4:407-13.
15. Galvao FH. Transplante de Intestino e Multivisceral. In: Waitzberg DL, editor. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.* São Paulo: Atheneu, 2008:1539-50.
16. Galvao FH, Waitzberg DL, Bacchella T, Gama-Rodrigues J, Machado MC. Small intestine transplantation. *Arq Gastroenterol.* 2003;40:118-25.
17. Galvão FHF. Transplante intestinal. In: Moraes IN, editor. *Tratado de Clínica Cirúrgica.* São Paulo: ROCA, 2005:2080-85.
18. *A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® guide).* -- Fourth edition.
19. Malik AM, Vecina-Neto G. *Gestão Em Saúde.* Editora: São Paulo: Guanabara Koogan, 2011 (8527717085).

ADESÃO AO TRATAMENTO IMUNOSSUPRESSOR EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAI: REVISÃO DE LITERATURA

Immunosuppressive treatment adherence in kidney transplanted patients: a literature review

Helen Kris Zanetti¹, Diego Gnatta^{1,2,3}, Mariana Ferraz Rodrigues¹, Luciana Mello de Oliveira³, Isabela Heineck², Elizete Keitel^{1,4}, Valter Duro Garcia¹

RESUMO

Introdução: Pacientes transplantados renais necessitam do uso de imunossuppressores para bloquear a resposta imunológica e prevenir a rejeição. A adesão ao tratamento imunossupressor é essencial para a sobrevida do enxerto. O aumento da incidência de rejeição e consequente perda do enxerto são fortemente associados a não adesão. **Objetivo:** Revisar a literatura existente a respeito da não adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais. **Métodos:** Foi realizado um levantamento literário do período de janeiro de 2002 a outubro de 2012 nas plataformas de dados PubMed, Scielo e Lilacs. **Resultados:** Não há consenso quanto à nomenclatura e definição da não adesão. A prevalência varia conforme o estudo (1,6 a 50%). São utilizados diferentes métodos para mensurar a não adesão. Múltiplos fatores interferem na ocorrência da não adesão e, como consequência desta, há maior incidência de desfechos clínicos e econômicos negativos. As intervenções envolvem abordagens multidimensionais e a inclusão do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar de transplante mostra-se favorável. **Conclusões:** É necessária a padronização da nomenclatura e da definição da não adesão. Deve ser determinada qual combinação de métodos de mensuração é mais precisa. A avaliação dos fatores preditores para a não adesão deve conter uma amostra que represente todos os tipos de pacientes, e deve permitir o delineamento de perfis de risco. A eficácia das intervenções deve ser testada através de estudos randomizados; já a avaliação da não adesão, dos fatores de risco e dos desfechos necessita ser realizada em estudos longitudinais e prospectivos.

Descritores: Adesão ao Medicamento; Imunossuppressores; Transplante de Rim.

INTRODUÇÃO

A doença renal em estágio terminal requer o emprego de terapia renal substitutiva, sendo o transplante o tratamento de escolha. Quando comparado à diálise, o transplante renal mostra-se superior em diversos aspectos, incluindo qualidade de vida, morbidade e custos econômicos.¹

No ano de 2011, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), foram realizados 4957 transplantes de rim e, até o primeiro semestre de 2012, um total de 2689 transplantes, estimando-se um aumento anual de 8,8%.^{2,3}

Após o transplante, é necessário o uso de medicamentos imunossuppressores que irão atuar em diferentes etapas da ativação do sistema imunológico, bloqueando a resposta imune e prevenindo a rejeição do rim transplantado. Isso faz com que o paciente depare-se diariamente com associações de imunossuppressores em diferentes doses e frequências, exigindo rigorosa adesão ao tratamento imunossupressor.^{4,5}

A adesão ao tratamento imunossupressor é essencial para a sobrevida do enxerto. Desfechos clínicos negativos, como o aumento da incidência de rejeição (aguda ou crônica) e consequente perda do enxerto são fortemente associados à não adesão.⁶

Diante de tal fato, torna-se de extrema importância revisar e avaliar as bases atuais de discussão do tema, almejando melhor compreensão dos fatores que cercam a não adesão, a fim de estabelecer padrões de definição, métodos de mensuração e intervenções.

Instituição:

¹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Serviço de Nefrologia. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade de Caxias do Sul. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Farmácia. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Patologia. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência:

Helen Kris Zanetti

Av. Independência, 155 - 6º andar - CEP 90035-074, Porto Alegre/RS, Brasil.

Hospital Dom Vicente Scherer, Coordenação de Transplante de Rim.

Fone/Fax: (51) 3225 3998

E-mail: helenzanetti@yahoo.com.br

OBJETIVO

Revisar a literatura existente a respeito da não adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento de estudos publicados em inglês, espanhol e português, em revistas indexadas nas plataformas de dados PubMed, Scielo e Lilacs. Foram pesquisados os descritores em inglês “kidney transplantation”, “adherence”, “compliance”, “nonadherence”, “pharmacy service”, “clinical outcomes”, “economics outcomes” no período de janeiro de 2002 a outubro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Definição de não adesão

A fim de se avaliar a não adesão, é importante determinar as nomenclaturas e definições atuais.

A Conferência Consenso de não adesão realizada em Tampa, Flórida, no ano de 2008 reuniu pesquisadores de diferentes instituições que consideraram as seguintes definições: Compliance “a extensão do quanto o comportamento do paciente coincide com a recomendação do prescritor”; Adherence “a extensão do quanto o comportamento do paciente coincide com a recomendação acordada com o prescritor”; Concordance “o acordo alcançado após negociação entre o paciente e o profissional da saúde que respeita as crenças e desejos do paciente em determinar se necessita, como e quando os medicamentos devem ser tomados”.⁷

Embora muitos dos estudos analisados tenham avaliado a não adesão, a ausência de nomenclatura padrão resulta em dados confusos. Termos como compliance e adherence foram utilizados como sinônimos.^{8,9} A definição do termo adesão também não é consensual; alguns estudos^{5,10,11} abordaram como “extensão do quanto o comportamento do paciente coincide com a recomendação acordada com o profissional da saúde” referindo-se ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹² Outro estudo adotou como definição “não tomar o medicamento prescrito”¹³ e ainda observou-se ausência de definição.^{14,15}

Por fim, a Conferência Consenso definiu não adesão como “desvio do regime medicamentoso prescrito suficiente para influenciar adversamente o efeito pretendido do medicamento” a fim de auxiliar na determinação da prevalência da não adesão, sua mensuração e na relação com desfechos clínicos.⁷

2. Prevalência da não adesão

Nos estudos analisados, a prevalência da não adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais adultos variou de 1,6%¹⁶ a 50%.¹¹ Tal variação deve-se ao fato dos estudos apresentarem diferenças quanto à definição e aos métodos de mensuração para a não adesão. Constatou-se também a seleção arbitrária de pontos de corte e de porcentagens de níveis de concentração do fármaco, geralmente definidos pelo que os autores subjetivamente entendem por não adesão. Além disso, a adesão é um processo

dinâmico e, qualquer que seja o método utilizado para mensurá-la, deverá ser repetido ao longo do tempo, o que não foi observado nos estudos.

Antes de serem utilizados, os dados de prevalência devem ser analisados, pois devido às divergências de valores entre os estudos, sugere-se que a não adesão ao tratamento imunossupressor possa ser maior do que a relatada.⁷

3. Métodos de mensuração da não adesão

Os estudos analisados utilizaram diferentes métodos para mensurar a não adesão como autorrelato,^{5,8,15,17-19} monitoramento eletrônico,^{13,14} controle de dispensação²⁰ e combinação de métodos.^{6,9,16,21,22}

Os métodos são classificados em duas categorias: métodos indiretos e métodos diretos de mensuração. Os métodos diretos incluem observação da administração do medicamento, ensaios de concentração do fármaco e marcadores biológicos. Os métodos indiretos envolvem autorrelato, relato familiar, relato da equipe assistente, monitoramento eletrônico, contagem de comprimidos e controle de dispensação.²³

A Conferência Consenso de 2008 mostra uma diferente classificação. Os métodos são divididos em objetivos e subjetivos. O método objetivo inclui a mensuração direta – através da observação da administração do medicamento – e a mensuração indireta – ensaios de concentração do fármaco, marcadores biológicos, monitoramento eletrônico, contagem de comprimidos e controle de dispensação. O método subjetivo refere-se à aplicação de autorrelato.⁷ A **Tabela 1** mostra de forma resumida as vantagens e desvantagens de cada método.¹²

Tabela 1 - Métodos de mensuração para a não adesão*

Método	Vantagens	Desvantagens
Observação	Mais preciso	Impraticável na rotina
Autorrelato	Simple, barato	Fatores subjetivos ao paciente
Relato familiar	Simple	Baixa sensibilidade
Relato da equipe assistente	Simple, fácil aplicação	Outros fatores podem afetar o relato
Monitoramento eletrônico	Preciso, resultados quantificáveis, facilmente rastreável	Caro, não confirma que o medicamento foi administrado
Controle de dispensação	Fácil obtenção de dados	Requer controle da farmácia, não confirma que o medicamento foi administrado
Contagem de comprimidos	Quantitativo, fácil aplicação	Dados podem ser distorcidos pelos pacientes
Ensaio de concentração do fármaco	Objetivo	Variações no metabolismo, “adesão ao jaleco branco”
Marcadores biológicos	Objetivo	Coletas frequentes de amostras.
Combinação de métodos	Precisão	Falta da combinação adequada

* Osterberg & Blaschke, 2005

3.1 Observação da administração do medicamento

Esse seria o método de mensuração de não adesão mais confiável e o único isento de desvantagens, pelo fato de se observar o exato momento da administração do medicamento.^{7,12} Porém, o método se torna impraticável diariamente. É possível aplicá-lo apenas em internações hospitalares ou em hospital-dia.

3.2 Autorrelato

O autorrelato é o método mais utilizado para mensurar a não adesão, devido a sua simplicidade e fácil aplicação, através de questionários ou entrevistas. Porém, pode gerar resultados altamente variados, por envolver fatores subjetivos ao paciente, como a honestidade ao responder as questões (a adesão tende a ser superestimada), capacidade de entendimento e interpretação e fatores relacionados ao aplicador/entrevistador que deve manter uma postura acolhedora e não julgadora.^{12,23}

3.2.1 Questionários aplicados

Nos estudos analisados, os questionários foram aplicados tanto para avaliar a prevalência da não adesão como para avaliar comportamentos de não adesão. Geralmente, os instrumentos são elaborados pelos próprios autores e o resultado é obtido através de uma escala de pontuação.

Chisholm et al. desenvolveram e validaram a Escala sobre Aderência à Terapia Imunossupressora (Immunosuppressant Therapy Adherence Instrument – ITAS), que avalia os três meses anteriores de tratamento e contém quatro questões a respeito do uso dos imunossupressores (esquecimento, descuido, parar por se sentir mal e parar por qualquer razão) com quatro alternativas de escolha com escores codificados.²⁴

Outro instrumento utilizado é a Escala de Siegal que avalia as quatro semanas anteriores de tratamento, questionando a respeito da não administração, esquecimento, julgamento de necessidade e redução da quantidade em relação à prescrição, avaliada numa escala de sete pontos entre zero (nunca) a seis (diariamente).^{16,21}

Recentemente, foi validada em português a escala “Basel Assessment of Adherence Scale with Immunosuppressives Medication (BAASIS)”, composta por quatro questões: 1) Tomada de doses individuais: Você se lembra de não ter tomado seus remédios imunossupressores alguma vez nas últimas quatro semanas? 2) Tomada de doses sucessivas: Você deixou de tomar doses consecutivas de sua medicação imunossupressora nas quatro últimas semanas? 3) Horários das tomadas: Você se lembra de ter tomado seus remédios imunossupressores com mais de duas horas de diferença em relação ao horário prescrito nas últimas quatro semanas? 4) Reduções arbitrárias de doses: Você tomou uma dose menor do que a dose prescrita pelo seu médico nas últimas quatro semanas? Nas três primeiras questões, as respostas são dicotômicas e, no caso de resposta afirmativa, aplica-se uma escala de zero (nunca) a cinco (diariamente). Já a questão quatro requer apenas a resposta afirmativa (um ponto) ou negativa (zero ponto).²⁵

3.3 Relato familiar

Esse método depende exclusivamente da colaboração e comprometimento dos familiares em fornecer informações quanto ao uso diário do imunossupressor pelo paciente transplantado renal. Apresenta como desvantagem a superestimação e baixa sensibilidade.

3.4 Relato da equipe assistente

O relato da equipe assistente depende da familiaridade do profissional relator com o paciente. Trata-se de um método qualitativo da avaliação de adesão, através da opinião de mais de um profissional, onde cada um define a sua impressão a respeito da adesão do paciente.²¹

3.5 Monitoramento eletrônico

O monitoramento eletrônico fornece informações detalhadas sobre o uso do medicamento através do registro de data e hora de cada abertura da tampa do recipiente/frasco, sendo assim recomendado como padrão-ouro para a mensuração da não adesão ao medicamento. Suas limitações incluem a incerteza de que o medicamento ou a dose correta foram tomados, além do custo e inviabilidade na rotina clínica.^{7,14,21,26}

Denhaerynck et al., em um estudo prospectivo com 249 receptores renais após um ano do transplante utilizando o monitoramento eletrônico por três meses, demonstraram a prevalência da não adesão de quatro diferentes formas: porcentagem total de doses tomadas (2%), porcentagem de dias utilizando a dose correta (4%), porcentagem dos intervalos entre as doses não excedendo 25% do prescrito (7%) e pelo número de dias sem tomar o imunossupressor (1,1 dia).¹⁴

3.6 Controle de dispensação

O controle de dispensação é utilizado para mensurar o acesso ao medicamento, e assim, presumir a adesão. Analisando-se os dados de dispensação registrados na farmácia, verifica-se a adesão através da data que o medicamento é inicialmente retirado, das recargas durante esse período e também possíveis interrupções. Porém, torna-se problemático para avaliar adesão por não fornecer nenhuma informação sobre quando a dose foi tomada ou em que quantidade.²³

Chisholm-Burns e colaboradores utilizaram como método de mensuração para avaliar características associadas a não adesão o controle de dispensação. Os autores reconhecem que o método não indica se o medicamento foi realmente tomado, porém, baseiam-se em estudos anteriores próprios para associar significativamente o controle de dispensação com taxas alvo de concentração do medicamento no sangue.²⁰

3.7 Contagem de comprimidos

A contagem de comprimidos contabiliza o número dos comprimidos que permanecem com o paciente. O método pode tornar-se inválido quando os pacientes acumulam ou descartam medicamentos.¹²

3.8 Ensaio de concentração do fármaco

A análise do nível sanguíneo (mais utilizado) ou urinário do fármaco ou metabólito, aparentemente seria uma evidência direta de adesão, entretanto, está sujeita a significativa variabilidade. A concentração do imunossupressor reflete uma imagem momentânea da administração, e pode ser confundida com a chamada “adesão ao jaleco branco”, na qual o paciente passa a tomar o imunossupressor corretamente dias antes da avaliação do nível.^{6,26} Também está sujeito a uma variabilidade significativa, devido às inconsistências nos valores de corte dos níveis sanguíneos dos imunossupressores entre níveis subterapêuticos, não terapêuticos ou supraterapêuticos, devendo ser utilizados com cautela, também considerando-se que os alvos desejáveis são diferentes para cada paciente.²¹ Em estudo realizado, 75% dos pacientes não aderentes apresentaram níveis não terapêuticos de inibidores de calcineurina comparados com 24% de pacientes aderentes que apresentaram níveis subterapêuticos do fármaco.²⁷

3.9 Marcadores biológicos

A utilização de marcadores biológicos para mensurar a não adesão exige coletas frequentes de amostras para a realização da análise. Denhaerynck et al. utilizaram os níveis séricos de creatinina, comparando-os com diversos métodos para mensurar a não adesão, não encontrando relação entre não adesão e perda da função renal pelo aumento da creatinina sérica; entretanto, obtiveram um nível excepcionalmente alto de adesão: 98,4%.¹⁶

3.10 Combinação de métodos de mensuração

Pelo fato de não existirem métodos perfeitos de mensuração da não adesão disponíveis para uso na prática clínica, é recomendado utilizar mais de uma abordagem para mensurá-la.¹²

Schäfer-Keller et al. mostraram que a mensuração da não adesão através do autorrelato e relato da equipe assistente produziu maior sensibilidade (72%) e especificidade (42%) quando comparada ao monitoramento eletrônico.²¹

Griva et al. em um estudo transversal com 218 pacientes analisou a intenção da adesão versus o esquecimento, utilizando autorrelato e ensaios de concentração sérica dos imunossupressores. A não adesão intencional foi baixa (13,8%); 62,4% admitiram não adesão sem intenção, e desses, 25,4% tiveram níveis de imunossupressão abaixo do alvo. Os pacientes que admitiram não adesão sem intenção mostraram-se mais propensos a terem níveis séricos do imunossupressor abaixo do alvo esperado.⁶

Para Schäfer-Keller e colaboradores, as diferenças entre os métodos, como a estrutura e o período de avaliação, interferem nos resultados encontrados.²¹ São necessários estudos para determinar qual combinação de métodos objetivos e subjetivos mostram-se mais precisos em mensurar a não adesão.⁷

4. Fatores preditores para a não adesão

Avaliar e caracterizar fatores de risco para a não adesão torna-se necessário para estabelecer uma relação direta, e

assim, desenvolver mecanismos que a evitem. Entretanto, a identificação de variáveis para a não adesão mostra-se inconsistente, devido às diferenças tanto nas populações avaliadas quanto nos métodos de mensuração utilizados, gerando assim resultados conflitantes entre alguns dos estudos analisados. Na **Tabela 2** encontram-se os principais preditores da não adesão.⁷

Tabela 2 - Principais preditores para a não adesão*

Relacionados ao paciente	Relacionados ao tratamento	Relacionados à equipe assistente
Adolescência	Regime medicamentoso complexo	Pouca comunicação com a equipe assistente
Etnia	Efeitos colaterais do medicamento	Relação ruim com a equipe assistente
Baixa renda	Custo do medicamento	Falta de orientações pré-transplante
Menor escolaridade	Falta de acesso ao medicamento	Falta de oportunidades educativas pós-transplante
Baixa autoeficácia	Falta de conhecimento sobre o medicamento	
Pouco suporte social	Crenças negativas quanto ao medicamento	
Doenças psiquiátricas	Não ter métodos de lembrete	
Comprometimento cognitivo		
Abuso de substâncias		
Crenças negativas quanto à doença		
Histórico de não adesão		

* Conferência Consenso, 2008.

4.1 Relacionados ao paciente

4.1.2 Características demográficas

Diversos estudos mostram que receptores adultos possuem maior taxa de adesão à terapia imunossupressora quando comparados a receptores adolescentes.^{14,20,28} Pinsky et al. observaram que pacientes com idade entre 19 e 24 anos são mais propensos a não adesão do que pacientes com idade entre 25 a 44 anos.²⁹ Os adolescentes tendem a ter comportamento imaturo e preocupações relacionadas às mudanças no corpo devido à terapia imunossupressora.⁵

Porém, em outro estudo, Chisholm et al. encontraram que pacientes jovens são mais aderentes do que pacientes idosos, pelo fato de pacientes idosos esquecerem de tomar o medicamento com maior frequência.⁸ Ao analisar a diferença entre sexos, os achados também são controversos; Gheith et al. identificaram menor adesão ao tratamento imunossupressor entre mulheres (p=0,002), já Griva et al. identificaram os homens como maioria entre os não aderentes (p=0,031).^{30,6}

Em relação à etnia, pacientes negros têm mostrado menor adesão quando comparados aos não negros (42% negros versus 29% não negros; $p=0,006$).³¹ Um estudo realizado no Brasil avaliou o uso de imunossuppressores em transplantados renais através dos métodos de autorrelato, controle de dispensação, níveis sanguíneos e uma combinação dos métodos autorrelato/dispensação. No autorrelato e na combinação de autorrelato/dispensação, encontrou-se associação significativa ($p<0,05$) entre não adesão e etnia não branca, confirmada por análise multivariada, tendo apresentado os pacientes não brancos um risco de cerca de 40% para comportamento não aderente.²² Não está clara a relação entre etnia e adesão; acredita-se que fatores intrínsecos ao paciente influenciam nos resultados.²⁶

4.1.3 Características socioeconômicas e psicossociais

Algumas características sociais, como morar sozinho, não manter um relacionamento estável e receber um suporte social inadequado têm demonstrado relação com a não adesão.³² Entretanto, estar insatisfeito com a vida matrimonial e as preocupações da vida de casado podem também interferir negativamente na adesão ao tratamento.³³ Pacientes que recebem suporte emocional são três vezes mais propensos a aderir ao tratamento imunossupressor.³⁴

Baixa renda, menor escolaridade e estar desempregado também mostraram contribuir para uma menor adesão.⁵ Pacientes com níveis de escolaridade mais elevados mostram maiores índices de adesão; segundo Jindal et al., 94% dos pacientes com 12 anos de escolaridade ou mais mostram-se aderentes ao regime imunossupressor.³⁵ Para Gordon et al., estar profissionalmente ativo mostrou-se fator de risco para a não adesão devido à influência sobre o esquecimento das doses.¹

O conhecimento e as perspectivas, assim como crenças relacionadas à doença e ao tratamento interferem na adesão.

O conhecimento sobre o regime medicamentoso tende a favorecer a adesão, entretanto, crer que o medicamento imunossupressor não seja necessário ou que o seu uso possa ser adiado, são fatores fortemente associados a não adesão.^{13,36} A presença de outras comorbidades e a constatação de que o transplante renal é um tratamento – e não a cura – podem dificultar a percepção dos efeitos positivos do tratamento e reduzir a adesão.

Griva et al. identificaram dois grupos de pacientes não aderentes: os intencionalmente não aderentes (13,8%) e os sem intenção de não aderir (62,4%).⁶ Outras razões comumente citadas para a não adesão são: esquecimento, ocupações, dormir demais e estar longe de casa.¹⁵

4.1.4 Características clínicas

Pacientes que passaram por diálise e que permaneceram por mais tempo na fila de espera pelo transplante renal demonstraram menores índices de não adesão, devido à preocupação em seguir o tratamento corretamente para evitar a rejeição do enxerto.³⁷

Há menor adesão em pacientes receptores de órgãos provenientes de doadores vivos, sugerindo uma crença de que a histocompatibilidade conferiria menor necessidade de imunossuppressores para manter o enxerto.^{14,22} A adesão aos imunossuppressores é menor nos pacientes que apresentaram complicações imediatas pós-transplante, como função tardia do enxerto, rejeição e infecções.³⁸ Os estudos também indicam que, juntamente com o aumento do tempo de transplante, ocorre um aumento da não adesão ao tratamento imunossupressor.^{20,15}

O estado de saúde mental também foi associado a não adesão em longo prazo. Existem evidências de que pacientes com sintomas de ansiedade e depressão podem com o tempo não encontrar sentido na manutenção do tratamento.^{39,13} Há uma relação contrária da não adesão, de acordo com a presença e a gravidade de dependência de nicotina ou de drogas ilícitas.¹⁴

4.2 Relacionados ao tratamento

A complexidade do regime medicamentoso é inversamente proporcional à adesão ao tratamento imunossupressor. De acordo com Morales et al., mais de 30% dos pacientes transplantados relatam que “ter que tomar imunossuppressores muitas vezes ao dia” ou “ter que tomar muitas cápsulas ou comprimidos dos imunossuppressores de uma só vez”, são barreiras “incontroláveis” à adesão medicamentosa.¹⁸ Em outro estudo, a redução da frequência da dosagem, isto é, a simplificação do regime medicamentoso, resultou em melhora na adesão, na satisfação do paciente com o tratamento, na qualidade de vida e na redução de custos.⁴⁰

Outro fator inerente a não adesão são as experiências quanto aos efeitos colaterais dos imunossuppressores como fâscies lunar, ganho de peso, vômitos, diarreia, crescimento excessivo de pelos, alteração na pigmentação cutânea, entre outros.³² Pacientes identificados como pouco aderentes relataram alterações gastrointestinais (35,9%; $p<0,001$), efeito colateral comumente relacionado aos imunossuppressores.³⁸

Um estudo com 33 pacientes avaliou a adesão entre os imunossuppressores tacrolimo e ciclosporina por meio do controle de dispensação por um período de doze meses. Os resultados mostraram que pacientes em uso de tacrolimo apresentaram melhor adesão, na taxa média mensal, quando comparados aos que utilizam ciclosporina (95% versus 88%; $p<0,05$).²⁷ Já em outro estudo, pacientes em uso de tacrolimo foram relacionados com baixa adesão e o uso de ciclosporina como fator de proteção ($OR=1,31$; $p<0,05$).⁴¹

4.3 Relacionados à equipe assistente e ao Sistema de Saúde

Os dados encontrados sugerem que uma boa relação entre paciente e equipe assistente auxilia na adesão dos pacientes transplantados ao tratamento imunossupressor. É possível que isso decorra da sensação de confiança na equipe assistente, levando o paciente a inferir a existência de cuidado e apoio.³²

É importante reconhecer que em algumas situações não são oferecidas ao paciente orientações no pré-transplante e oportunidades educativas no pós-transplante. Centros

transplantadores que não proporcionam suporte necessário para atender e suprir o paciente em relação à mudança no estilo de vida, assim como falhas na comunicação entre paciente e profissional da saúde podem influenciar negativamente na adesão ao tratamento.⁴²

As dificuldades relacionadas à obtenção dos medicamentos estão interligadas ao acesso à farmácia de dispensação e a dificuldades na renovação das receitas.⁴³ Em muitos países, a não adesão também mostra relação com o custo dos medicamentos e a falta de cobertura do seguro de saúde para os imunossupressores; muitos pacientes relatam não ter condições financeiras suficientes para adquirir e manter o tratamento imunossupressor.^{43,44} No Brasil, tal barreira não é observada graças ao financiamento dos imunossupressores pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que deveria contribuir positivamente para a adesão.

5. Consequências da não adesão para o enxerto

Estudos indicam que os receptores de transplante renal não aderentes à terapia imunossupressora são cinco a sete vezes mais propensos a apresentar falência do enxerto.^{9,41}

Em estudo prospectivo de quatro anos com 180 pacientes transplantados renais, utilizando monitoramento eletrônico para mensurar a não adesão foi determinada a relação entre não adesão e resultados clínicos. Os pacientes foram classificados em três grupos, de acordo com perdas de doses de azatioprina nos primeiros seis meses pós-transplante; grupo A (<1,5%), grupo B (entre 1,5% e 5%) e grupo C (>5%).

A adesão diminuiu em todos os grupos com o passar do tempo, mas os pacientes do grupo C apresentaram maior frequência de rejeição ($p=0,025$), longos intervalos entre as doses ($p=0,005$) e mais dias sem tomar o imunossupressor ($p<0,001$). Pacientes que apresentaram declínio nos primeiros dois meses pós-transplante foram identificados como um subgrupo ($n=23$). Nesse subgrupo foram observadas taxas de rejeição aguda tardia ($p<0,001$) e taxas de perda do enxerto ($p<0,001$) maiores do que nos outros grupos.⁴⁵

Vlaminck et al. em estudo prospectivo com 146 pacientes pelo período de cinco anos, também relacionaram a não adesão a resultados clínicos, utilizando questionário e entrevista como método de mensuração; 21% dos pacientes não aderentes tiveram rejeição aguda do enxerto em comparação a 8% dos pacientes aderentes.⁴⁶

Pacientes não aderentes também demonstraram piora progressiva da função renal ao longo do tempo, até mesmo na ausência de rejeição aguda ($p<0,001$). Eles também demonstraram estar mais propensos a ter marcadores de ativação de anticorpos na biópsia do que pacientes aderentes, além de mais fibrose intersticial e atrofia tubular.⁴⁷ Rejeição mediada por anticorpos é comum entre pacientes não aderentes, sendo a presença de anticorpo específico contra o doador um desfecho clínico indesejável. É provável que pacientes não aderentes vinculem a não adesão crônica com a perda do enxerto.⁴⁸

Denhaerynck e colaboradores avaliaram as consequências clínicas da não adesão em 356 receptores de transplante renal adultos, utilizando regimes imunossupressores que incluíam micofenolato de mofetila, tacrolimo e sirolimo, através de diferentes métodos de mensuração. Curiosamente, não foi encontrada associação entre não adesão e perda do enxerto. Segundo os autores, os resultados encontrados sugerem que adesão elevada pode proteger os pacientes de desfechos clínicos prejudiciais e/ou que regimes imunossupressores contendo novos medicamentos permitem maiores margens de não adesão do que aqueles baseados na geração anterior, como azatioprina, ciclosporina e corticosteróides.¹⁶

Os estudos existentes investigando a relação entre não adesão e desfechos clínicos utilizam diferentes métodos de mensuração, o que torna difícil chegar a um consenso sobre o quanto a não adesão é capaz de causar prejudiciais desfechos clínicos.

Alguns autores indicam que mesmo as menores infrações à adesão (em torno de 5%), possuem valor preditivo significativo para piores resultados clínicos em transplantados.^{38,45} Isso indica que, em contraste com outras doenças crônicas como hipertensão e dislipidemia, a adesão parcial pode não ser suficiente para resultados benéficos ao enxerto.⁷

A relação entre não adesão e desfechos no enxerto é complexa, sendo que a sobrevida do enxerto pode ser afetada por diferentes mecanismos, não somente a não adesão. No entanto, pelo fato das consequências clínicas da não adesão não serem imediatamente evidentes, a correlação entre não adesão e resultados em pacientes transplantados é mais difícil de ser avaliada.

Uma vez que um indesejado desfecho clínico é a consequência final para a não adesão, é importante enfatizar a importância de intervenções que previnam a não adesão.

6. Intervenções

Identificada como uma ameaça a desfechos clínicos ideais pós-transplante, a não adesão torna-se digna de atenção e intervenções.

A identificação de fatores preditores e de barreiras do paciente para o uso dos medicamentos pode contribuir para o desenho, implementação e avaliação de intervenções eficazes para melhorar a adesão à terapia imunossupressora.²⁰

Sendo o esquecimento a mais frequente barreira para a adesão, reduzir lapsos acidentais torna-se primordial.¹⁵ Estratégias para apoiar o paciente, como métodos de lembretes, estabelecimento de rotina, preparação para lidar com situações inesperadas, juntamente com o monitoramento e a simplificação dos regimes medicamentosos podem facilitar a adesão.⁶

Um estudo prospectivo multicêntrico com 278 pacientes receptores renais demonstrou que a probabilidade de ocorrer adesão ao tratamento foi duas vezes superior com dose única diária quando comparada a esquemas de multidoses.²⁸ De fato, a estratégia de simplificação no número de medicamentos

prescritos e na frequência de doses é um dos métodos para reduzir a não adesão. Pesquisas com novos imunossuppressores, com o intuito de redução e de espaçamento entre as doses vêm sendo realizadas. Um exemplo é o imunossupressor Tacrolimo, que quando utilizado em dose única diária, vem demonstrando igual eficácia ao medicamento de referência Prograf®, que é administrado duas vezes por dia.⁴⁹

Russell e colaboradores, utilizando monitoramento eletrônico, randomizaram 15 receptores adultos de transplante renal não aderentes ao tratamento imunossupressor. Os pacientes foram divididos em dois grupos de intervenção: autoaperfeiçoamento contínuo – que consiste em mudanças no sistema em que a pessoa vive – e gestão do controle de atenção - que foca na educação do paciente, abordando comportamentos saudáveis após o transplante. A média de adesão à terapia imunossupressora no grupo de autoaperfeiçoamento contínuo foi significativamente maior do que no grupo de gestão do controle de atenção ($p=0.03$).¹¹

A educação sobre a importância do uso correto dos imunossuppressores para garantir o sucesso do transplante deve ser um esforço contínuo. Estratégias para promover o uso correto dos medicamentos fazem-se necessárias mesmo antes do transplante. Pode-se preparar e educar o paciente previamente ao esquema terapêutico que irá receber.¹⁵

Equipes de centros de transplantes devem utilizar estratégias constantes, como perguntas abertas sobre a adesão ao imunossupressor, encorajando respostas honestas para obter soluções apropriadas, assim como avaliações frequentes dos medicamentos, visando ajustes de doses e diminuição de efeitos adversos.²⁶

Intervenções múltiplas mostram-se superiores no aumento da adesão medicamentosa em transplantes de órgãos. Combinação de intervenções focadas nas dimensões educacional, comportamental e psicológica, com uma abordagem de equipe multidisciplinar podem ser eficazes em uma perspectiva em longo prazo.⁵⁰ Segundo a Conferência de Consenso, um programa de intervenção ideal deve identificar preditores de cada paciente para não adesão, determinar abordagens relevantes para as diferentes populações de receptores e, por fim, determinar quando e onde a intervenção será iniciada.⁷

Os estudos analisados demonstram breve descrição e carência de resultados das intervenções. Além da necessidade de estudos controlados randomizados que testem a eficácia das intervenções em diferentes abordagens, nota-se que dificuldades como a falta de recursos para a implementação de um programa de intervenção individualizado e a necessidade de profissionais capacitados para educar o paciente quanto ao regime medicamentoso também são fatores que devem ser considerados.

7. Papel do farmacêutico na adesão ao tratamento imunossupressor

Na sua grande maioria, pacientes receptores de transplante renal apresentam várias comorbidades como hipertensão,

diabetes, dislipidemia e doenças infecciosas, que são favorecidas devido à terapia imunossupressora. Um típico paciente transplantado renal utiliza uma média de 10 medicamentos ao dia, que geralmente serão necessários pelo resto da vida ou até que o indivíduo tenha o enxerto funcionando.^{51,52}

A polifarmácia aumenta as possibilidades de interações medicamentosas e reações adversas, fatores conhecidamente de risco para a não adesão. No plano farmacoterapêutico, merecem destaque os medicamentos imunossuppressores, devido à necessidade de monitoramento contínuo, visando a otimização de desfechos clínicos, principalmente quanto à sobrevida do enxerto.^{53,54}

Dados os inúmeros fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento imunossupressor, abordagens que combinem intervenção educacional, comportamental e técnica são necessárias. Para isso, o farmacêutico clínico com formação em Atenção Farmacêutica mostra-se preparado para melhorar a adesão à terapia imunossupressora nos pacientes transplantados. A Atenção Farmacêutica situa o paciente como ser ativo e corresponsável por seu tratamento, fazendo com que o farmacêutico trabalhe com a sua colaboração e de outros profissionais da saúde.^{55,56}

Os programas de Atenção Farmacêutica associam educação do paciente, aconselhamento, revisão da terapia medicamentosa e monitoramento de desfechos. Embora a adesão nunca possa ser totalmente garantida, um paciente bem informado será mais propenso a seguir as instruções do farmacêutico. Isto é especialmente relevante para os pacientes transplantados que iniciam o uso de imunossuppressores de doses complexas e com maior risco de efeitos adversos, medicamentos esses totalmente diferentes daqueles utilizados no pré-transplante.^{55,56}

A inserção do farmacêutico clínico nesse cenário desponta como oportuna e relevante, sobretudo quanto ao incremento da segurança do processo assistencial. O farmacêutico, nas visitas clínicas diárias, fornece informações à equipe médica e de enfermagem, gerencia a reconciliação medicamentosa (na internação, transferência entre unidades e alta) e atua diretamente com o paciente e seus familiares na busca pelo aumento da adesão e pela participação ativa dos pacientes na sua própria terapêutica.⁵⁷

Klein et al., em estudo prospectivo randomizado com duração de 12 meses, avaliaram o impacto da Atenção Farmacêutica na adesão aos imunossuppressores em pacientes transplantados, constatando que a taxa de adesão foi significativamente maior ($p<0,015$) em pacientes do grupo de intervenção do que em pacientes do grupo controle. O método utilizado para mensurar a adesão foi o monitoramento eletrônico e, para confirmar o resultado, foram utilizados os métodos de contagem de comprimidos, ensaios de concentração do fármaco e autorrelato.⁵⁵

Hlubocky et al. avaliaram o Transplantation Specialty Pharmacy (TSP), um programa criado para auxiliar a obtenção dos medicamentos ambulatoriais e promover cuidado contínuo após o transplante. Os resultados encontrados através da comparação de controles de

dispensação antigos versus registros atuais indicaram aumento de adesão aos imunossupressores após a implementação do programa.⁵⁸

Os estudos analisados indicam que os pacientes que receberam cuidados farmacêuticos juntamente com o atendimento clínico de rotina mostraram uma melhora significativa no cumprimento à terapia imunossupressora. Esses dados demonstram evidências que apoiam a inclusão do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar. O farmacêutico clínico, através de suas habilidades, é capaz de intervir com estratégias que favorecem o desenvolvimento de relações positivas com o paciente, além de otimizar e monitorar a terapia imunossupressora a fim de melhorar a adesão.

A implementação dos serviços de farmácia clínica entre receptores de transplante renal envolve desafios como a falta de conhecimento/experiência na concepção e administração, bem como a dificuldade na obtenção de financiamento e reembolso dos serviços. No entanto, o sucesso dos programas implementados demonstra que os serviços são viáveis dentro de um ambulatório clínico de transplante e, além disso, possuem resultados positivos tanto em desfechos clínicos como econômicos.⁵⁹

8. Impacto econômico

Os custos econômicos gerados pela não adesão aos medicamentos imunossupressores são elevados. Nos Estados Unidos, pacientes não aderentes representam ao final de três anos US\$ 33.000 a mais de gastos em saúde quando comparados a pacientes aderentes.²⁹

Quando o transplante de rim falha, existem três possibilidades de desfechos: morte, retorno à diálise, ou retransplante. Como se poderia esperar, a morte é o desfecho que gera menos custos, porque não foram necessários mais gastos com tratamento.

Entretanto, a maioria dos pacientes que perdeu o enxerto retorna à diálise ou é retransplantado, ambos causando consequências economicamente negativas que poderiam ser evitadas.⁴⁴

O custo anual para um receptor com perda do enxerto nos Estados Unidos chega a US\$ 82.765. Em pacientes que retornam à diálise as despesas são de US\$ 70.581 e, se esses pacientes retransplantarem, os custos são de US\$ 106.373. Entretanto, pacientes que tiveram transplante renal bem sucedido geram custos de \$ 16.844, fazendo do transplante a opção econômica mais desejável em longo prazo.⁴⁴

No Brasil, os medicamentos imunossupressores são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ocupam a maior fração de gastos públicos, quando comparados aos demais tratamentos. Os custos em medicamentos imunossupressores para transplante no ano de 2007 ultrapassaram R\$ 241.000.000.⁶⁰ Tais dados demonstram o alto investimento público no tratamento de receptores de órgãos e como a não adesão favorece as consequências econômicas negativas. Além do desperdício do benefício cedido, já que o tratamento é fornecido gratuitamente para o paciente, novas despesas são geradas pelas complicações resultantes da não adesão, sem levar em consideração os custos sociais do retorno à diálise ou do óbito.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta revisão de literatura indicam que: 1) Não se sabe exatamente a prevalência da não adesão, devido às divergências nas definições e mensurações; 2) É difícil mensurar a não adesão precisamente; 3) Ela acontece por diferentes motivos, incluindo fatores relacionados ao paciente, ao imunossupressor e à equipe assistente; 4) A não adesão tende a resultar em prejudiciais desfechos clínicos e econômicos; 5) As intervenções devem ser aperfeiçoadas para uma melhora efetiva da adesão e 6) O farmacêutico clínico com formação em Atenção Farmacêutica mostra-se o profissional ideal para orientar o paciente quanto ao esquema medicamentoso.

Para se superar os desafios metodológicos encontrados ao avaliar a não adesão, sugere-se o estabelecimento de alguns critérios que podem auxiliar os estudos: 1) Padronização da nomenclatura e da definição da não adesão, a fim de ampliar sua compreensão; 2) Utilização de mais de um método de mensuração, existindo a necessidade de estudos que determinem qual a combinação de métodos - objetivos e subjetivos - que se mostra mais precisa. Quaisquer que sejam os métodos utilizados, estes devem ser repetidamente aplicados; 3) Determinação dos preditores de risco através da análise de multifatores que permitam delinear perfis de risco, além de tamanho de amostra adequado, que represente todos os tipos de pacientes, incluindo minorias e pacientes de diferentes religiões ou culturas; 4) Os estudos para avaliar desfechos clínicos e econômicos devem ser realizados prospectivamente; 5) As intervenções devem ser aplicadas de forma multidimensional e individual e sua eficácia deve ser testada através de estudos randomizados, e, por fim, 6) Os estudos devem ser longitudinais e prospectivos, avaliando a não adesão, fatores de risco e desfechos simultaneamente.

ABSTRACT

Introduction: Kidney transplant recipients require the use of immunosuppressive drugs to block the immunological response and prevent rejection. Adherence to immunosuppressant treatment is essential for graft survival. The increased incidence of rejection and the resulting graft loss are strongly associated to the no adherence. **Purpose:** Review the literature regarding immunosuppressive therapy no adherence in kidney transplant recipients. **Methods:** A survey of the literature from January 2002 to October 2012 in the PubMed, Lilacs and SciELO database. **Results:** There is no consensus on the definition and classification of no adherence. The prevalence ranges between articles (1.6 to 50%). Different methods are used to measure no adherence. Multiple factors influence the occurrence of no adherence and, consequently, there is higher incidence of poor clinical and economic outcomes. Interventions involve multidimensional approaches and the inclusion of the clinical pharmacist in a multidisciplinary transplant team is proven to be favorable. **Conclusions:** It is necessary to standardize the nomenclature and the definition of no adherence. It must be determined which is the most accurate combination of measurement methods. A review of predictive factors for no adherence should contain a sample representing all types of patients, and should facilitate the design for risk profiles. The intervention effectiveness should be tested by randomized studies. The assessment of no adherence, risk factors and outcomes needs to be performed by prospective longitudinal studies.

Keywords: Medication Adherence; Immunosuppressive Agents; Kidney Transplantation.

REFERÊNCIAS:

- Perovic S, Jankovic S. Renal transplantation vs hemodialysis: cost-effectiveness analysis. *Vojnosanit Pregled*. 2009;66:639-44.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [homepage na Internet]. Registro de Transplantes, ano XVII (4) Jan./Dez. 2011 [acesso em 2012 Out 12]. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [homepage na Internet]. Registro de Transplantes, ano XVIII (2) Jan./Junh. 2012 [acesso em 2012 Out 12]. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>.
- Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation*. 2007;83:858-73.
- Germani G, Lazzaro S, Gnoato F, Senzolo M, Borella V, Rupolo G, et al. Nonadherent behaviors after solid organ transplantation. *Transplant Proc*. 2011;43:318-23.
- Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. *Ann Behav Med*. 2012;44:85-93.
- Fine RN, Becker Y, De Geest S, Eisen H, Ettenger R, Evans R, et al. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. *Am J Transplant*. 2009;9:35-41.
- Chisholm MA, Lance CE, Mulloy LL. Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *Am J Health Syst Pharm*. 2005;62:1775-81.
- Butler JA, Peveler RC, Roderick P, Horne R, Mason JC. Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. *Transplantation*. 2004;77:786-89.
- Butler JA, Peveler RC, Roderick P, Horne R, Mason JC. Medication adherence in successful kidney transplant recipients. *Prog Transplant*. 2009;19:167-72.
- Russell C, Conn V, Ashbaugh C, Madsen R, Wakefield M, Webb A. Taking immunosuppressive medications effectively (TIMELink): a pilot randomized controlled trial in adult kidney transplant recipients. *Clin Transplant*. 2011;25:864-70.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97.
- Butler JA, Peveler RC, Roderick P, Smith PW, Horne R, Mason JC. Modifiable risk factors for non-adherence to immunosuppressants in renal transplant recipients: a cross-sectional study. *Nephrol Dial Transplant*. 2004;19:3144-9.
- Denhaerynck K, Steiger J, Bock A, Schäfer-Keller P, Köfer S, Thannberger N, et al. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *Am J Transplant*. 2007;7:108-16.
- Gordon EJ, Gallant M, Sehgal AR, Conti D, Siminoff LA. Medication-taking among adult renal transplant recipients: barriers and strategies. *Transpl Int*. 2009;22:534-45.
- Denhaerynck K, Burkhalter F, Schäfer-Keller P, Steiger J, Bock A, De Geest S. Clinical consequences of nonadherence to immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *Transpl Int*. 2009;22:441-6.
- Chisholm MA, Williamson GM, Lance CE, Mulloy LL. Predicting adherence to immunosuppressant therapy: a prospective analysis of the theory of planned behavior. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22:2339-48.
- Morales JM, Varo E, Lázaro P. Immunosuppressant treatment adherence, barriers to adherence and quality of life in renal and liver transplant recipients in Spain. *Clin Transplant*. 2012;26:369-76.
- Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología*. 2011;31:690-6.
- Chisholm-Burns MA, Kwong WJ, Mulloy LL, Spivey CA. Nonmodifiable characteristics associated with nonadherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65:1242-7.
- Schäfer-Keller P, Steiger J, Bock A, Denhaerynck K, De Geest S. Diagnostic accuracy of measurement methods to assess non-adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplant recipients. *Am J Transplant*. 2008;8:616-26.
- Brahm MM, Manfro RC, Mello D, Cioato S, Gonçalves LF. Evaluation of adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplantation by control of medication dispensing. *Transplant Proc*. In press.

23. Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication adherence in chronic disease: Issues in posttransplant immunosuppression. *Transplant Proc.* 2007;39:1287-1300.
24. Chisholm MA, Lance CE, Williamson GM, Mulloy LL. Development and validation of immunosuppressant therapy adherence instrument (ITAS). *Patient Educ Couns.* 2005;59:13-20.
25. Dobbels F, Berben L, De Geest S, Drent G, Lennerling A, Whittaker C. The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: a systematic review. *Transplantation.* 2010;90:205-19.
26. Prendergast MB, Gaston RS. Optimizing medication adherence: an ongoing opportunity to improve outcomes after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5:1305-11.
27. Chisholm MA, Mulloy LL, DiPiro JT. Comparing renal transplant patients adherence to free cyclosporine and free tacrolimus immunosuppressant therapy. *Clin Transplant.* 2005;19:77-82.
28. Weng FL, Israni AK, Joffe MM, Hoy T, Gaughan CA, Newman M, et al. Race and electronically measured adherence to immunosuppressive medications after deceased donor renal transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2005;16:1839-48.
29. Pinsky BW, Takemoto SK, Lentine KL, Burroughs TE, Schnitzler MA, Salvalaggio PR. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. *Am J Transplant.* 2009;9:2597-606.
30. Gheith OA, El-Saadany SA, Abu Donia SA, Salem YM. Compliance with recommended life style behaviors in kidney transplant recipients: does it matter in living donor kidney transplant? *Iran J Kidney Dis.* 2008;2:218-26.
31. Israni AK, Weng FL, Cen YY, Joffe M, Kamoun M, Feldman HI. Electronically measured adherence to immunosuppressive medications and kidney function after deceased donor kidney transplantation. *Clin Transplant.* 2011;25:124-31.
32. Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, Desmyttere A, Schäfer-Keller P, Schaub S, et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transpl Internat.* 2005;18:1121-33.
33. Einollahi B, Tavallahi SA, Bahaeloo-Horeh S, Omranifard V, Salehi-Rad S, Khoddami-Vishteh HR. Marital relationship and its correlates in kidney recipients. *Psychol Health Med.* 2009;14:162-9.
34. Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Wilks SE. Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients. *Clin Transplant.* 2010;24:312-20.
35. Jindal RM, Neff RT, Abbott KC, Hurst FP, Elster EA, Falta EM, et al. Association between depression and nonadherence in recipients of kidney transplants: analysis of the United States Renal Data System. *Transplant Proc.* 2009;41:3662-6.
36. Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E, Pollak R. Medication noncompliance after kidney transplantation. *Am J Transplant.* 2003;60:266-9.
37. Caplin B, Kumar S, Davenport A. Patients' perspective of hemodialysis associated symptoms. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26:2656-63.
38. Takemoto SK, Pinsky BW, Schnitzler MA, Lentine KL, Willoughby LM, Burroughs TE, et al. A retrospective analysis of immunosuppression compliance, dose reduction and discontinuation in kidney transplant recipients. *Am J Transplant.* 2007;7:2704-11.
39. Jindal RM, Joseph JT, Morris MC, Santella RN, Baines LS. Noncompliance after kidney transplantation: a systematic review. *Transplant Proc.* 2003;35:2868-72.
40. Richter A, Anton SE, Koch P, Dennett SL. The impact of reducing dose frequency on health outcomes. *Clin Ther.* 2003;25:2307-35.
41. Chisholm MA, Kwong WJ, Spivey CA. Associations of characteristics of renal transplant recipients with clinicians' perceptions of adherence to immunosuppressant therapy. *Transplantation.* 2007;84:1145-50.
42. Chapman JR. Compliance: the patient, the doctor, and the medication? *Transplantation.* 2004;77:782-6.
43. Tong A, Howell M, Wong G, Webster AC, Howard K, Craig JC. The perspectives of kidney transplant recipients on medicine taking: a systematic review of qualitative studies. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26:344-54.
44. Evans RW, Applegate WH, Briscoe DM, Cohen DJ, Rorick CC, Murphy BT, et al. Cost-Related immunosuppressive medication nonadherence among kidney transplant recipients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5:2323-8.
45. Nevins TE, Thomas W. Quantitative patterns of azathioprine adherence after renal transplantation. *Transplantation.* 2009;87:711-8.
46. Vlaminck H, Maes B, Evers G, Verbeke G, Lerut E, Van Damme B, et al. Prospective study on late consequences of subclinical non-compliance with immunosuppressive therapy in renal transplant patients. *Am J Transplant.* 2004;4:1509-13.
47. Lerut E, Kuypers DR, Verbeken E, Cleutjens J, Vlaminck H, Vanrenterghem Y, et al. Acute rejection in non-compliant renal allograft recipients: A distinct morphology. *Clin Transplant.* 2007;21:344-51.
48. Takemoto SK, Zeevi A, Feng S, Colvin RB, Jordan S, Kobashigawa J, et al. National conference to assess antibody-mediated rejection in solid organ transplantation. *Am J Transplant.* 2004;4:1033-41.
49. Silva, HT. Tacrolimus once-daily formulation in the prophylaxis of transplant rejection in renal or liver allograft recipients. *Drugs.* 2007;67:1944-5.
50. De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. *Transpl Int.* 2009;22:780-97.
51. Martin JE, Zavala EY. The expanding role of the transplant pharmacist in the multidisciplinary practice of transplantation. *Clin Transplant.* 2004;18:50-4.
52. Wang HY, Chan AL, Chen MT, Liao CH, Tian YF. Effects of pharmaceutical care intervention by clinical pharmacists in renal transplant clinics. *Transplant Proc.* 2008;40:2319-23.
53. Chisholm MA. A renal transplantation advanced pharmacy practice experience. *Am J Pharm Educ.* 2006;70:1-8.
54. Souza TR, Lopes DM, Freire NM, Salmito GA, Vasconcelos HC, Oliveira AB, et al. Importância do farmacêutico residente em uma unidade de transplante hepático e renal: intervenções farmacêuticas. *JBT J Bras Transpl.* 2010;13:1329-92.
55. Klein A, Otto G, Krämer I. Impact of a pharmaceutical care program on liver transplant patients' compliance with immunosuppressive medication: a prospective, randomized, controlled trial using electronic monitoring. *Transplantation.* 2009; 87:839-47.
56. Alloway RR, Dupuis R, Gabardi S, Kaiser TE, Taber DJ, Tichy EM, et al. Evolution of the role of the transplant pharmacist on the multidisciplinary transplant team. *Am J Transplant.* 2011;11:1576-83.
57. Maldonado AQ, Seiger TC, Urann CL, McCleary JA, Goroski AL, Ojogo ON. Billing for outpatient transplant pharmacy services. *Am J Health Syst Pharm.* 2012; 69:144-7.
58. Hlubocky JM, Stuckey LJ, Schuman AD, Stevenson JG. Evaluation of a transplantation specialty pharmacy program. *Am J Health Syst Pharm.* 2012;69:340-7.
59. Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Garrett C, McGinty H, Mulloy LL. Impact of clinical pharmacy services on renal transplant recipients' adherence and outcomes. *Patient Prefer Adherence.* 2008;2:287-92.
60. Carias CM, Vieira FS, Giordano CV, Zucchi P. Exceptional circumstance drug dispensing: history and expenditures of the Brazilian Ministry of Health. *Rev Saude Publica.* 2011;45:233-40.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, órgão oficial da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, destina-se à publicação de artigos da área de transplante e especialidades afins, escritos em português, inglês ou espanhol.

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "Instruções aos Autores" e estiverem de acordo com a política Editorial da Revista, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Serão aceitos Artigos Originais, Artigos de Revisão, Apresentação de Casos Clínicos, Cartas ao Editor, Ciências Básicas Aplicadas aos Transplantes, Opinião Técnica, Prós e Contras, Imagem em Transplante e Literatura Médica e Transplantes.

ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos destinados à divulgação de resultados da pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os seguintes itens: Resumo (português e inglês), Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Devem ter, no máximo, 45 referências.

ARTIGOS DE REVISÃO

Constituem da avaliação crítica e sistemática da literatura sobre um assunto específico, podendo ser: Revisão Acadêmica, Revisão de Casos, Revisões Sistemáticas, etc. O texto deve esclarecer os procedimentos adotados na revisão, a delimitação e os limites do tema, apresentar conclusões e ou recomendações e ter, no máximo, 60 referências.

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Relata casos de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc... incluindo breve revisão da literatura, com 20 referências, no máximo.

CARTAS AO EDITOR

Tem por objetivo discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. Devem ter, no máximo, três laudas e cinco referências.

CIÊNCIAS BÁSICAS APLICADAS AO TRANSPLANTE

Artigos de revisão sobre temas de ciência básica, cujo conhecimento tem repercussão clínica relevante para Transplantes. Devem ter, no máximo, dez laudas e 15 referências e serão feitas apenas a convite do JBT.

OPINIÃO TÉCNICA

Destina-se a publicar uma resposta a uma pergunta de cunho prático através de opinião de um especialista (Quem? Quando? Como? Onde? Por quê?). Devem ter, no máximo, seis laudas e apresentarem até quinze referências.

PRÓS E CONTRAS

Frente a uma questão, dois autores serão escolhidos pela editoria do JBT, para discutirem os aspectos positivos e os negativos de um assunto controverso. São dois autores, um escrevendo a favor e o outro contra uma determinada proposição. Cada autor deve escrever no máximo três laudas e cinco referências.

IMAGEM EM TRANSPLANTE

Uma imagem relacionada a Transplante, patognomônica, típica, de US, RX, CT, RNM, foto de cirurgia, microscopia, sinal clínico, etc., seguida de um texto curto, explicativo, com, no máximo, 15 linhas e cinco referências.

LITERATURA MÉDICA E TRANSPLANTES

Um artigo original de qualquer área médica, incluindo transplantes, que seja importante para o conhecimento do médico transplantador, poderá ser revisado, e o resumo do trabalho original será publicado, seguido de um pequeno resumo comentado ressaltando sua importância. O resumo deve ter até duas laudas e apresentar a referência completa do trabalho. Autores serão convidados para esse tipo de publicação, mas poderão ser considerados para publicação no JBT trabalhos enviados sem convites quando considerados relevantes pelos editores.

PONTO DE VISTA

Temas sobre transplantes de órgãos ou tecidos, elaborados por autores da área, convidados pela editoria da revista. Deverão conter 1.200 palavras, no máximo.

ESPECIAL

Artigo, Documento, Trabalho, Parecer, que não se enquadre em nenhuma das especificações acima, publicado apenas por convite da Revista ou após parecer da Editoria, mas que venha trazer à comunidade transplantadora, informações de grande importância, e portanto, sem necessidade de seguir as normas clássicas da revista.

As normas que se seguem, devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47, e atualizado em outubro de 2001. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>

NORMAS PARA ELABORAÇÃO DO MANUSCRITO

Requisitos técnicos

- O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na seqüência: página de título, resumos e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas.
- Permissão à ABTO para reprodução do material.
- Declaração que o manuscrito não foi submetido a outro periódico,
- Aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos.
- Termo de responsabilidade do autor pelo conteúdo do trabalho e de conflitos de interesses que possam interferir nos resultados.

Observações:

- Com exceção do item "a", os documentos acima deverão conter a assinatura do primeiro autor, que se responsabiliza pela concordância dos outros co-autores.
- Há em nosso site, modelo de carta para acompanhar os trabalhos, onde já constam as informações referentes aos itens b, c, d, e.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada, preferencialmente, por e-mail ou, uma via impressa, acompanhada de CD-ROM. Os originais não serão devolvidos. Somente o JBT-Jornal Brasileiro de Transplantes poderá autorizar a reprodução em outro periódico, dos artigos nele contidos.

PREPARO DO MANUSCRITO

A página inicial deve conter:

- Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, sem abreviaturas; que deverá ser conciso, porém informativo;
- Nome de cada autor - sem abreviatura, afiliação institucional e região geográfica (cidade, estado, país);
- Nome, endereço completo, telefone e e-mail do autor responsável;
- Fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

RESUMO E ABSTRACT

Para os artigos originais, os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 350 palavras destacando: os objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para as demais seções, o resumo pode ser informativo, porém devendo constar o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos, as conclusões e suas aplicações.

Abaixo do resumo e abstract, especificar no mínimo três e no máximo dez descritores (keywords), que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Os resumos em português (ou espanhol) e inglês deverão estar em páginas separadas. Abreviaturas devem ser evitadas.

TEXTO

Iniciando em nova página, o texto deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho (vide acima). Com exceção de referências relativas a dados não publicados ou comunicações pessoais, qualquer informação em formato de “notas de rodapé” deverá ser evitada.

AGRADECIMENTOS

Após o texto, em nova página, indicar os agradecimentos às pessoas ou instituições que prestaram colaboração intelectual, auxílio técnico e ou de fomento, e que não figuraram como autor.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos, sobrescritos, após a pontuação e sem parênteses.

A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/linkout/journals/jourlists.cgi?typeid=1&type=journals&operation=Show>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Alguns exemplos:

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Donckier V, Loi P, Closset J, Nagy N, Quertinmont E, Lê Moine O, et al. Preconditioning of donors with interleukin-10 reduces hepatic ischemia-reperfusion injury after liver transplantation in pigs. *Transplantation*. 2003;75:902-4.

Papini H, Santana R, Ajzen, H, Ramos, OL, Pestana, JOM. Alterações metabólicas e nutricionais e orientação dietética para pacientes submetidos a transplante renal. *J Bras Nefrol*. 1996;18:356-68.

RESUMOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

Raia S, Massarollo PCP, Baia CESB, Fernandes AONG, Lallee MP, Bittencourt P et al. Transplante de fígado “repique”: receptores que também são doadores [resumo]. *JBT J Bras Transpl*. 1998;1:222.

LIVROS

Gayotto LCC, Alves VAF. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Raia S, Massarollo PCB. Doação de órgãos. In: Gayotto LCC, Alves VAF, editores. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001. p.1113-20.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Sokal EM, Cleghorn G, Goulet O, Da Silveira TR, McDiarmid S, Whittington P. Liver and intestinal transplantation in children: Working Group Report

[Presented at 1^o World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35 Suppl 2:S159-72.

TESES

Couto WJ. Transplante cardíaco e infecção [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Pestana JOM. Análise de ensaios terapêuticos que convergem para a individualização da imunossupressão no transplante renal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Matsuyama M, Yoshimura R, Akioka K, Okamoto M, Ushigome H, Kadotani Y, et al. Tissue factor antisense oligonucleotides prevent renal ischemia reperfusion injury. *Transplantation* [serial online] 2003 [cited 2003 Aug 25];76:786-91. Available from: URL: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>.

HOME PAGE

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

PARTE DE UMA HOME PAGE

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Obs: Dados não publicados, comunicações pessoais, deverão constar apenas em “notas de rodapé”. Trabalhos enviados para a revista devem ser citados como trabalhos no “prelo”, desde que tenham sido aceitos para publicação. Deverão constar na lista de Referências, com a informação: [no prelo] no final da referência, ou [in press] se a referência for internacional.

TABELAS, FIGURAS, E ABREVIATURAS

Tabelas

Devem ser confeccionadas com espaço duplo. A numeração deve ser seqüencial, em algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto. Devem ter título, sem abreviatura, e cabeçalho para todas as colunas. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Devem ser delimitadas, no alto e embaixo por traços horizontais; não devem ser delimitadas por traços verticais externos e o cabeçalho deve ser delimitado por traço horizontal. Legendas devem ser acompanhadas de seu significado. No máximo, quatro tabelas deverão ser enviadas.

Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações)

As figuras devem ser enviadas no formato JPG ou TIF, com resolução de 300dpi, no mínimo. Ilustrações extraídas de outras publicações deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando na legenda da ilustração a fonte de onde foi publicada. As figuras deverão ser enviadas em branco e preto.

Abreviaturas e Siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu significado. Não devem ser usadas no título.

ENVIO DO MANUSCRITO

Os trabalhos devem ser enviados através do e-mail: abto@abto.org.br