

GAT

Grupo de Apoio em Transplante

MANUAL DE
ORIENTAÇÃO AO PACIENTE EM

TRANSPLANTE



Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO
PACIENTE EM TRANSPLANTE**

1º Odontologia
2º Serviço Social
3º Fisioterapia



IMPORTÂNCIA DO CUIDADO COM A SAÚDE BUCAL EM TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Os cuidados com a saúde bucal constituem parte essencial da preparação para o transplante de órgãos e tecidos. Algumas medicações do tratamento podem apresentar efeitos adversos que requeiram acompanhamento de um cirurgião-dentista para diagnóstico e tratamento desses efeitos, evitando maiores agravos. Algumas medicações de indicação odontológica também podem agravar a condição sistêmica dos pacientes em lista de transplantes, especificamente nos casos de pouca capacidade do organismo para metabolizar tais medicamentos. Os riscos de infecções e a ocorrência de sangramentos são também importantes condições a serem observadas pelos cirurgiões-dentistas e pacientes em tratamento. Ressaltamos que o tratamento odontológico adequado é fundamental para minimizar riscos de infecções que possam retardar ou contraindicar o transplante, ou até mesmo trazer problemas nas fases posteriores ao procedimento.^{1,2}

A rotina de procedimentos dentários, como limpezas, remoção de dentes, cirurgias gengivais, e mesmo o uso de anestésicos locais para restaurações podem resultar em complicações se o cirurgião-dentista não for preparado para esse tipo de atendimento; portanto, a escolha do profissional de odontologia é muito importante para a segurança do paciente. Os tratamentos protéticos e restaurações convencionais são procedimentos pouco invasivos e apresentam baixo risco de complicações.¹⁻⁴

► Cáries dentárias e redução de saliva

A saliva desempenha papel importante no combate à cárie dentária. Várias medicações podem causar redução da quantidade de saliva, assim como algumas doenças virais, que podem provocar inflamação das glândulas salivares. Tanto os indivíduos em lista para o transplante quanto os transplantados podem apresentar alterações na composição e no fluxo salivar. Com isso, a predisposição ao desenvolvimento de cáries torna-se maior. Assim sendo, cuidados mais intensos com a higiene dentária são necessários.⁴⁻⁶

A queixa de boca seca e a dificuldade de engolir alguns alimentos são bastante comuns em pacientes em uso de quimioterápicos, a exemplo dos medicamentos usados na fase pré-transplante de medula óssea. A redução do fluxo salivar nesse grupo de pacientes é frequente e haverá recuperação com o passar do tempo, exceto no caso daqueles que desenvolverão a doença do enxerto contra o hospedeiro nas glândulas sali-

vares, após o transplante alogênico de medula óssea. Com o fluxo salivar alterado, a mucosa fica seca e mais suscetível a rompimento, tornando a cavidade bucal um ambiente favorável à proliferação de micro-organismos.^{5,6}

As crianças que sofrem de doença renal crônica na primeira infância têm risco elevado de alteração no desenvolvimento do esmalte dentário, provavelmente devido ao metabolismo alterado de cálcio e fósforo, desencadeando uma alteração denominada hipoplasia de esmalte. Nessa condição, ocorre aumento da porosidade da superfície dos dentes, favorecendo a colonização por placa bacteriana dental e, conseqüentemente, o aumento da incidência de cáries dentárias. Apesar de a incidência de cáries nesses pacientes ser baixa, há incidência de 30% maior nos transplantados renais quando comparados com crianças normorreativas. Esses dados mostram-se suficientes para que a equipe multidisciplinar de transplantes tenha preocupação quanto ao

preparo bucal e à avaliação odontológica desses pacientes, previamente ao transplante.⁴

Cáries não tratadas podem evoluir para condições de inflamação pulpar, desencadeando processos inflamatórios que levarão à realização de tratamento de canal. Por vezes, haverá formação de edemas e abscessos, levando ao uso de medicações para combater a dor e controlar a infecção, comprometendo a saúde do indivíduo imunossuprimido.^{2,4,7}

► Cuidados com as gengivas

A saúde gengival é muito importante em pacientes com comprometimento sistêmico e com risco de hemorragias. Em doenças gengivais mais avançadas, pode ocorrer mobilidade dentária com sangramento espontâneo, agravamento das infecções localizadas ou complicações sistêmicas, principalmente em imunossuprimidos. Em indivíduos com distúrbios de coagulação ou em uso de anticoagulantes, a extração dentária dos dentes comprometidos pode apresentar episódios de hemorragias no trans e pós-operatório. Portanto, não se deve negligenciar a higiene bucal, devido ao receio de sangramento durante a escovação dos dentes e uso do fio dental. A negligência do autocuidado na higiene bucal potencializa o aumento das infecções bucais e seus agravos locais e sistêmicos.^{1,2,8,9}

Outra condição que acomete os pacientes transplantados é a hiperplasia gengival, sendo um efeito colateral proveniente do uso de medicações imunossupressoras. A hiperplasia gengival caracteriza-se pelo aumento exagerado da gengiva, podendo ser branda ou severa, chegando a cobrir os dentes em sua totalidade. Muitas vezes a hiperplasia dificulta a higienização, levando à inflamação e abrindo portas para infecções. Além disso, sabe-se que a má condição de higiene bucal pode agravar o quadro de hiperplasia.^{1,10}

► Infecções oportunistas (bacterianas, fúngicas e virais)

As infecções representam grande perigo para receptores de transplantes de órgãos e tecidos. Essas infecções podem se apresentar por meio de manifestações bucais mesmo sem sintomas

sistêmicos. As infecções bucais com repercussões sistêmicas podem ser bacterianas, fúngicas e virais, e podem ser a causa de morbimortalidade em pacientes transplantados.^{1-4,7,11}

A necessidade de imunossupressores sistêmicos nos transplantados de órgãos predispõe à infecção oportunista fúngica. A candidíase é a infecção mais frequente e deve ser diagnosticada e tratada adequadamente pelo cirurgião-dentista. Os sintomas e sinais são ardência bucal, queimação, vermelhidão na boca e/ou presença de placas brancas que se soltam quando se realiza a escovação.^{1,2,4,9}

Atenção especial deve ser dada aos pacientes que usam próteses dentárias, totais ou parciais, pois a falta de higienização adequada dos aparelhos protéticos pode causar infecções fúngicas, que são mais agressivas nos pacientes imunossuprimidos, algumas vezes, com difícil resposta aos tratamentos propostos.^{1,2,9}

As infecções virais podem ser comuns, principalmente as causadas pelos vírus herpes simples, epstein-barr e citomegalovírus. As manifestações são, na maioria das vezes, úlceras dolorosas que dificultam a alimentação e a limpeza, devendo ser tratadas devidamente, para que a condição de normalidade seja estabelecida rapidamente.^{1,11}

Quadro 1 – Ações da odontologia no suporte ao tratamento de pacientes em lista de transplante e transplantados

PRÉ-TRANSPLANTE	DURANTE O TRANSPLANTE	PÓS-TRANSPLANTE
Identificação e remoção de focos de infecção, como cáries dentárias, abscessos, lesões de gengiva	Prevenção e tratamento dos efeitos adversos da imunossupressão imediata	Manutenção das condições de higiene para prevenção de infecções oportunistas (virais, bacterianas e fúngicas)
Remoção de fatores traumáticos, como dentes fraturados, aparelhos ortodônticos, restaurações mal adaptadas, próteses desgastadas e quebradas	Procedimentos odontológicos eletivos são suspensos; devem ser restringidos apenas a casos de urgência	Diagnóstico e tratamento das lesões de mucosa da boca desencadeadas pelo uso dos imunossupressores. Monitoramento de lesões malignas da boca com aparecimento tardio (linfomas, câncer bucal)

PRÉ-TRANSPLANTE	DURANTE O TRANSPLANTE	PÓS-TRANSPLANTE
Realização de cirurgias bucais para remoção de focos de infecção (extrações dentárias)		Cuidados especiais nos tratamentos invasivos odontológicos (raspagem periodontal, extrações e implantes dentários)
Orientações e manutenção da higiene bucal		Orientações e manutenção da higiene bucal

Fonte: Adaptado de Greenberg; Glick, 2008; Santos; Soares Jr., 2012; Ikuta et al., 2016.

Diante dessas informações, considera-se que o tratamento odontológico deva ser uma rotina, iniciando-se precocemente ao transplante e seguindo ao longo de toda a vida, com intervalos preestabelecidos, de acordo com as necessidades individuais. O tratamento deve ser realizado por um cirurgião-dentista capacitado, preferencialmente membro da equipe de transplante.

Quanto mais precocemente for iniciado o acompanhamento odontológico, mais seguro o paciente irá para o transplante e mais tranquilos ficarão o paciente e a equipe transplantadora quanto ao afastamento de riscos de complicações bucais ou infecções no processo.

► Transplantes de tecido ósseo em odontologia

Os ossos maxilares são aqueles que dão sustentação aos nossos dentes e sofrem muitas alterações ao longo do tempo. Assim como qualquer outro tecido do corpo humano, esses ossos poderão sofrer agressões, como traumatismos, excesso de carga mastigatória por meio de próteses dentárias com adaptação deficiente, alterações por meio de desenvolvimento de tumores e, não muito raramente, infecções denominadas periodontias, que efetivamente estarão localizadas ao redor dos dentes. Todas essas alterações podem, portanto, de acordo com sua intensidade e frequência, levar à perda de tecido ósseo em maior ou menor proporção. Tais perdas conduzirão à deformidade óssea, que exigirá uma reconstrução de natureza cirúrgica e/ou protética, para que a qualidade de estética e função da mastigação sejam recuperadas. Nos dias de hoje, o exem-

plo mais comum seja a necessidade de reabilitar aqueles pacientes que perderam dentes e, conseqüentemente, o suporte adequado de tecido ósseo maxilar e desejam substituir suas próteses dentárias convencionais por aquelas sustentadas por implantes.^{12,13}

Por se tratar de um tecido muito especializado, devemos buscar inicialmente obtê-lo do próprio paciente, em áreas em que ainda possa ser removido sem causar maiores complicações. Esse tecido ósseo é chamado de autógeno e é o material de enxertia mais amplamente utilizado. Contudo, em algumas situações, em que temos perdas mais extensas ou quando o paciente se recusa a ser submetido a mais de uma cirurgia para obter o volume adequado de tecido para sua reconstrução óssea, optamos por solicitar amostras de tecidos doados por humanos, que então receberão o nome de tecido ósseo homogêneo.¹²⁻¹⁴

No Brasil, há bancos de tecidos musculoesqueléticos monitorados pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), sendo que amostras de tecido são encaminhadas aos profissionais de Odontologia, devidamente credenciados. Assim, em todo o território nacional, cirurgias de reconstrução óssea podem ser executadas com qualidade e segurança.^{14,15}

A Comissão de Odontologia da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) deseja prestar algumas informações para melhor esclarecer as possíveis dúvidas relacionadas à utilização de tecidos ósseos provenientes de bancos de tecido musculoesquelético. Leia atentamente as perguntas e respostas mais comuns listadas a seguir e converse com seu cirurgião-dentista, caso necessite de outros esclarecimentos.¹⁴

► Quais as vantagens do uso de enxertos ósseos doados em minha cirurgia?

- Todo material ósseo de doador será utilizado apenas por profissionais especializados, sendo isso garantido legalmente pelo Ministério da Saúde, por meio do cadastro do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);^{14,15}
- O enxerto ósseo de doador proveniente de bancos de tecido musculoesquelético permitirá que sejam mantidas suas reservas de osso,

quando elas forem insuficientes ou mereçam ser preservadas, evitando que o paciente passe por uma ou mais cirurgias, apenas para obter enxertos dele mesmo. Desse modo, a recuperação do paciente, após a cirurgia, seguindo as recomendações profissionais e fazendo uso adequado de medicamentos, proporcionará igual ou maior conforto quando comparada às cirurgias convencionais, podendo, entre outros benefícios, reduzir os riscos de sangramento, infecções e dor;^{14,16,17}

- A cirurgia com enxerto de tecido ósseo doado poderá ser realizada mais de uma vez, se necessária, e planejada adequadamente, sem maiores perdas para o paciente.^{14,15}

▶ **Como será o pós-operatório de uma cirurgia de enxertia óssea?**

- A recuperação de uma cirurgia de enxerto doado é semelhante à da cirurgia convencional. Entretanto, cabe lembrar que todas as cirurgias dependem do quanto o paciente coopera ou não no pós-operatório, em relação às orientações sugeridas pelo profissional, e, também, se esse paciente possui saúde plena. Pacientes fumantes, diabéticos ou com problemas cardíacos exigem cuidados específicos, e, quando não tratados adequadamente, poderão, por exemplo, oferecer maiores riscos à sua recuperação, principalmente promovendo falhas no reparo da área operada.¹⁴

▶ **Existem provas de que a cirurgia de enxerto ósseo doado tem sucesso?**

- Sim, existem inúmeros trabalhos científicos que comprovam a eficiência e os resultados dos transplantes ósseos de doador na Odontologia, sobretudo em áreas que receberam implantes dentários.^{12,14-19}

▶ **Existe chance de rejeição?**

- Essa possibilidade é praticamente nula, pois o transplante ósseo não possui o mesmo comportamento biológico que o transplante de órgãos, como coração ou rim.^{12,14,16,17}

▶ **Onde o cirurgião-dentista obtém o material ósseo que será usado em minha cirurgia?**

- A doação é regulamentada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT-MS), e esses tecidos são entregues por bancos de tecidos musculoesqueléticos devidamente autorizados.^{14,15}

▶ **Quais são os cuidados tomados para que esse material ósseo doado possa ser considerado seguro?**

- Todas as amostras são rigorosamente testadas para evitar a transmissão de infecções;^{14,15}
- Todas as amostras são mantidas com controle de temperatura e monitoradas regularmente;^{14,15}
- Todas as amostras são protegidas com embalagens especiais, com revestimento triplo de segurança;^{14,15}
- Todas as amostras são acompanhadas de documentos legais que garantem tanto a procedência quanto a qualidade do tecido ósseo junto ao Ministério da Saúde e ao banco de tecido credenciado.^{14,15}

▶ **Eu estou pagando por utilizar um enxerto ósseo doado?**

Não. O comércio de órgãos ou tecidos é crime. O tecido ósseo é doado ao paciente, cabendo a este ressarcir o banco de tecidos apenas pelos custos dos exames e processamento. Isso é previsto por lei (Portaria GM/MS 1.687, de 20 de setembro de 2002). Os demais gastos são associados aos custos ambulatoriais ou hospitalares e honorários profissionais, como em qualquer outro procedimento cirúrgico.^{14,15}

▶ **Sensibilização**

Os pacientes que recebem transplante ósseo podem começar a produzir pequenas quantias de anticorpos contra o doador, mas esse fenômeno, que chamamos de sensibilização, não é capaz de impedir futuros transplantes de órgãos sólidos,

tais como coração, rins e pulmão, nem mesmo fazer com que o paciente tenha o seu tecido ósseo transplantado rejeitado. A concentração desses anticorpos contra o doador é seguramente baixa e oscilatória, desaparecendo ao longo do tempo.¹²

Tal fato é justificável basicamente por dois motivos. Primeiro, porque os tecidos ósseos frescos

congelados apresentam ausência de células, ou, eventualmente, uma presença insignificante delas. Segundo, porque as amostras são submetidas a processos de criopreservação (mantidas a temperaturas abaixo de -800° C) nos bancos de tecido musculoesqueléticos, o que impede a permanência de proteínas capazes de criar uma reação imunológica severa.^{12,14}

Referências

1. GREENBERG, M. S.; GLICK, M. *Medicina oral de Burket: Diagnóstico e tratamento*. 10. ed. São Paulo: Editora Santos, 2008.
2. SANTOS, P. S. S.; SOARES JR., L. A. V. *Medicina bucal: a prática na odontologia hospitalar*. São Paulo: Editora Santos, 2012.
3. SANTOS, P. S. S. et al. Transplante de medula óssea: considerações gerais e manifestações bucais em pacientes odontopediátricos. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 62, p. 450-454, 2008.
4. IKUTA, C. R. S. et al. A equipe multidisciplinar e a ação do cirurgião dentista nos pacientes transplantados renais: uma revisão integrativa. *RBM Transplantes*, v. 73, n. esp. L2, p. 26-32, 2016.
5. FERNANDES, K. S. et al. Repercussão bucal da doença do enxerto contra o hospedeiro em pacientes submetidos ao TCTH. *Prat. Hospitalar*, v. 77, p. 47-50, 2011.
6. SANTOS, P. S. S. et al. Oral graft vs host disease: An immune system disorder in hematopoietic cell transplantation. *World J. Stomatol.*, v. 4, n. 2, p. 96-102, 2015.
7. FERNANDES, K. S. et al. Manifestações bucais em pacientes pediátricos onco-hematológicos. *Prat. Hospitalar*, v. 83, p. 7-11, 2012.
8. LINS, L. et al. Oral health profile of cirrhotic patients awaiting liver transplantation in the Brazilian Northeast. *Transplant Proc.*, v. 43, n. 4, p. 1319-1321, 2011.
9. LINS, L.; BASTOS, J. Oral health protocol for liver transplant patients. *Transplantation Technology*, v. 2, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.hoajonline.com/journals/pdf/2053-6623-2-2.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.
10. CORACIN, F. L. et al. Ação do tacrolimo versus ciclosporina no crescimento gengival em transplantados de órgãos: revisão sistemática. *RBM Transplantes*, v. 71, n. esp. I1, 2014.
11. SANTOS, P. S. S. et al. Viral opportunistic infections in organ and tissue transplanted patients: comparison between clinical examination and PCR. *Int. J. Clin. Dent.*, v. 7, n. 1, p. 95-101, 2014.
12. BRAGA, M. P. *Alorreatividade dos enxertos ósseos homólogos na reconstrução alveolar em humanos*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
13. SPIN-NETO, R. et al. Remodeling of cortical and corticocancellous fresh-frozen allogeneic block bone grafts—a radiographic and histomorphometric comparison to autologous bone grafts. *Clin. Oral Implants Res.*, v. 26, n. 7, p. 747-752, 2015.
14. BALDAN, R. F. C. *Transplantes de tecido ósseo em odontologia*. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=1047>>. Acesso em: ago. 2017.

15. PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R. C.; SOLER, W. V. *Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)*. São Paulo: ABTO, 2009. 144p. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.
16. SPIN-NETO, R. et al. Graft incorporation and implant osseointegration following the use of autologous and fresh-frozen allogeneic block bone grafts for lateral ridge augmentation. *Clin. Oral Implants Res.*, v. 25, n. 2, p. 226-233, 2014.
17. PEREIRA, E. et al. Horizontal Resorption of Fresh-Frozen Corticocancellous Bone Blocks in the Reconstruction of the Atrophic Maxilla at 5 Months. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.*, v. 17, suppl. 2, p. e444-58, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cid.12268/epdf>>. Acesso em: jul. 2017.
18. CARINCI, F. et al. A retrospective study on 287 implants installed in resorbed maxillae grafted with fresh frozen allogeneous bone. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.*, v. 12, n. 2, p. 91-98, 2010.
19. MESSORA, M. R. et al. Effect of platelet-rich plasma on the healing of mandibular defects treated with fresh frozen bone allograft: a radiographic study in dogs. *J. Oral Implantol.*, v. 40, n. 5, p. 533-541, 2014.



ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRANSPLANTE

Uma vez que o tratamento escolhido pelo paciente e pela equipe médica será o transplante, mais um profissional passará a integrar a equipe multiprofissional.

Desde o início, o Serviço Social, juntamente com o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o nutricionista e o farmacêutico, elabora estratégias para que o paciente possa ser acolhido mediante as suas necessidades biopsicossociais. Após o mapeamento dessas necessidades, caberá ao Assistente Social utilizar as melhores ferramentas para que o usuário tenha acesso ao tratamento.

A atuação do Assistente Social no pré-transplante facilita a interação entre paciente/família e profissionais da equipe transplantadora.

► Ambulatório do pré-transplante

Sabemos que existem alguns tipos de transplante em que há a possibilidade de se receber um órgão ou parte dele, seja de um doador vivo ou falecido.

O primeiro contato que o paciente, os familiares e os possíveis doadores (*inter vivos*) terão com a equipe transplantadora inicia-se pelo Assistente Social.

► Primeira consulta

Durante a consulta social serão selecionados os potenciais doadores mediante critérios, tais como tipagem sanguínea, grau de parentesco, idade e, em alguns casos específicos, religião. Em seguida, serão esclarecidas as dúvidas pertinentes ao processo de doação.

Além disso, a anamnese social fornecerá elementos para que se possa ter conhecimento das necessidades de ordem previdenciária, como: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), direito ao benefício nacional, como Tratamento Fora do

Domicílio (TFD), levantamento social (composição familiar, grau de instrução, profissão, procedência, local de moradia), entre outros.¹

O parecer social irá compor o hall de informações que irá subsidiar a liberação para a realização do transplante. Em seguida, o futuro receptor e os potenciais doadores passarão por outras consultas com a equipe multiprofissional.

O transplante não é a cura, mas, sim, uma forma de tratamento que merece todo o empenho do paciente e de seu círculo familiar.

► Segunda consulta

A equipe médica define qual potencial doador possui maior compatibilidade após a realização dos exames. Nessa consulta será agendada a data provável da realização do transplante.

Uma vez definido, o Assistente Social preencherá o **“termo de autorização para realização do transplante”**,² em duas vias, que será lido e, depois de esclarecidas as dúvidas, deverá ser as-

sinado pelo futuro doador e pelo receptor. Esse documento será encaminhado ao **Ministério Público da região de moradia do futuro doador**,³ e este, após protocolar o recebimento, deverá levá-lo na próxima consulta no Ambulatório do Pré-Transplante.

▶ Terceira consulta

O futuro doador e o receptor deverão entregar a via do termo ao Assistente Social. Em seguida, serão fornecidas informações sobre internação, alta hospitalar, cuidados básicos de higiene, retorno em consultas ambulatoriais que acontecem duas vezes por semana no decorrer do primeiro mês.

▶ Candidatos a transplante de órgãos de falecido

Os pacientes que necessitam desse tratamento são encaminhados ao Ambulatório do Pré-Transplante de sua escolha pela sua equipe médica.

Após a avaliação da equipe multiprofissional transplantadora é que o paciente será inserido no cadastro técnico (fila única)⁴ da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CN-CDO). É importante que os dados pessoais, como número de telefone, endereço e exames, estejam atualizados, para que possa estar com *status* de ativo em seu cadastro.

O retorno ao Ambulatório do Pré-Transplante é anual, assim, qualquer evento, como um novo tratamento clínico e/ou cirúrgico ou mesmo o falecimento, deve ser comunicado imediatamente.

Mantenha seu cadastro atualizado!

▶ Enfermaria

Em sua visita diária pela enfermaria, o Assistente Social é informado pela equipe multiprofissional dos casos em que é necessária sua intervenção.

Uma nova entrevista social é realizada com os recém-transplantados, principalmente com aqueles que recebem órgãos de falecido. O

parecer social identificará os riscos de baixa adesão ao tratamento, o que envolve desde o uso de medicamentos até o retorno em consultas ambulatoriais.

É importante que os familiares/apoiadores participem do tratamento.

▶ Liberação dos medicamentos imunossupressores

Todos os pacientes transplantados têm direito aos medicamentos imunossupressores⁵ pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No terceiro dia após o transplante, o hospital transplantador confecciona o documento Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC),⁶ no qual constarão os nomes e a quantidade de cada medicamento imunossupressor utilizado por mês. Esse documento tem validade de três meses. As próximas APACs serão preenchidas pela Equipe do Ambulatório do Pós-Transplante.

Durante o período de internação, a secretária de ala avisará os familiares da necessidade de retirar os medicamentos imunossupressores junto ao posto de saúde de referência, munidos dos seguintes documentos: RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência e formulário preenchido para um representante ser responsável para a retirada. As demais retiradas serão previamente agendadas pelo posto.

O aprendizado quanto aos medicamentos inicia-se na internação.

▶ Alta hospitalar

O Assistente Social apresenta o plano de alta desenvolvido ao longo da internação. Dentro do *checklist* de alta há itens como: agendamento da primeira consulta ambulatorial; compreensão do paciente e familiares/cuidadores quanto aos cuidados em casa e aos medicamentos prescritos (identificação, quantidade, horários e via de

administração); preenchimento do caderno de medicamentos.

Em casos que necessitem de encaminhamento para outro setor/instituição por perda do transplante, será providenciado um local para atendimento o mais próximo de sua moradia.

Esclareça suas dúvidas o quanto antes com a equipe transplantadora.

Os telefones do hospital funcionam 24 horas por dia.

▶ Ambulatório do Pós-Transplante

As ações são voltadas para que o transplantado compareça sistematicamente, conforme programadas pela equipe multiprofissional.

▶ Faltas

O Assistente Social é acionado após a ausência em consulta agendada. São levados em consideração os fatores impeditivos do não comparecimento, sejam eles referentes ao benefício TFD, transporte, internação, vínculo empregatício, empobrecimento do suporte familiar, abandono do tratamento, entre outros.

▶ Transferências

O retorno para o local de origem é realizado após a liberação da equipe transplantadora, uma vez que o quadro clínico se apresenta estabilizado. Compete ao Assistente Social realizar contato com a equipe de origem para acolher o paciente e dar continuidade ao seu tratamento.

▶ Interconsultas e exames específicos

Os encaminhamentos de interconsulta e/ou exames específicos são direcionados para que o transplantado seja atendido em tempo hábil no mesmo serviço ou em outras instituições, uma vez que já existe parceria preestabelecida.

▶ Conclusão

O Assistente Social, assim como todos os profissionais que compõem a equipe transplantadora, é apenas um agente coadjuvante. Com esse entendimento, o **transplantado é convocado a assumir papel ativo nas tomadas de decisão em seu tratamento.**

O sucesso do transplante depende de vários fatores, mas a participação ativa do paciente é fundamental!

Referências

1. AMIGOS DO RIM. **Direitos dos portadores de doenças renais crônicas.** Disponível em: <<http://www.amigosdorim.com.br/textosimportantes/direitodospacientes.pdf>>. Acesso em: ago. 2017.
2. SECRETARIA DA SAÚDE. **Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de transplante geral.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/ANEXO_VIII_ITCLE_TransplanteGeral.pdf>. Acesso em: jul. 2017.
3. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº9.434, de 4 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm>. Acesso em: ago. 2017.
4. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº9.434, de 4 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm>. Acesso em: ago. 2017.

5. SAUDE DIRETA. **Medicamentos excepcionais (uso contínuo e alto custo)**. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331122392Medicamentos%20Excepcionais.pdf>>. Acesso em: ago. 2017.
6. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://anvisa.gov.br/hotsite/cd_sngpc_old/portaria344.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

Bibliografia

BRASIL. Previdência Social. Aposentadoria por invalidez. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/aposentadoria-por-invalidez/>>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Previdência Social. Auxílio-doença. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/>>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Receita Federal. Ministério da Fazenda. Isenção do IPI e IOF para Pessoas com Deficiência e Autistas. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/isencao-i-pi-iof-pessoas-fisicas>>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Receita Federal. Ministério da Fazenda. Isenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física para Portadores de Moléstia Grave. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/isencao-do-irpf-para-portadores-de-molestia-grave>>. Acesso em: jul. 2017.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Isenção do IPTU**. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/isencao-do-iptu/1659/4/>>. Acesso em: ago. 2017.

BRASIL. Presidência de República. Casa Civil. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Presidência de República. Casa Civil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Previdência Social. Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC). Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: jul. 2017.



FISIOTERAPIA EM TRANSPLANTES

A fisioterapia desempenha um importante papel nas várias fases do transplante. Atuando antes de sua realização, por meio de exercícios físicos e respiratórios com o objetivo de minimizar alguns sintomas causados pela patologia que levou à indicação do transplante. A fisioterapia pode ser realizada de maneira segura e melhora a qualidade de vida do paciente no período de espera na fila.¹⁻³

Também atua no período imediato depois do transplante, durante a internação hospitalar, com o objetivo de minimizar as complicações pulmonares, circulatórias e motoras; e no período pós-transplante, depois da alta hospitalar, por meio de orientações e exercícios com o objetivo de restaurar as condições físicas de antes do transplante e auxiliar no retorno do indivíduo à atividade produtiva.⁴

Algumas orientações sobre exercícios serão dadas neste manual, porém é fundamental que você converse com o seu médico sempre que decidir iniciar alguma atividade física.

► Durante a internação hospitalar

Nos primeiros dias depois da cirurgia você será avaliado e atendido pelo fisioterapeuta, que dará início a exercícios respiratórios, com intuito de melhorar a capacidade respiratória e evitar o acúmulo de secreções pulmonares; e exercícios motores, a fim de manter e melhorar a sua capacidade física e evitar que ocorram complicações circulatórias, como a trombose venosa profunda.^{4,5}

► Logo depois da alta hospitalar

Acabei de receber alta hospitalar, o que posso fazer em casa?

Nos primeiros 30 dias depois de seu transplante é importante dar continuidade aos exercícios respiratórios ensinados pelo fisioterapeuta durante o período de internação, já que a capacidade pulmonar é afetada pela cirurgia e os exercícios auxiliam na sua recuperação.

Nesse período, você deve evitar pegar peso, como carregar sacolas, empurrar móveis, segurar crianças no colo etc., pois a cicatrização total da ferida operatória pode ser prejudicada.

Procure realizar caminhadas em locais planos. Inicie por alguns minutos e aumente gradativamente o tempo, de acordo com sua tolerância. Usamos a escala de percepção de esforço para garantir maior segurança durante a realização dos exercícios, que devem ser realizados até que você perceba que eles estão relativamente cansativos.⁶

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESFORÇO	
6	
7	MUITO FÁCIL
8	
9	FÁCIL
10	
11	RELATIVAMENTE FÁCIL
12	
13	RELATIVAMENTE CANSATIVO
14	
15	CANSATIVO
16	
17	MUITO CANSATIVO
18	
19	EXAUSTIVO
20	

Fonte: Adaptado de Borg; Kaijser, 2006.

A atividade deve ser interrompida a qualquer momento na presença de mal-estar geral e sinais como: falta de ar, cansaço excessivo, ton-

tura, suor frio, boca seca, palpitação e dor no peito. E não deve ser realizada se você estiver com febre.

Referências

1. FLORIAN, J. et al. Impact of pulmonary rehabilitation on quality of life and functional capacity in patients on waiting lists for lung transplantation. *J. Bras. Pneumol.*, v. 39, n. 3, p. 349-356, 2013.
2. MYERS, J. N.; FONDA, H. The Impact of Fitness on Surgical Outcomes: The Case for Prehabilitation. *Curr. Sports Med. Rep.*, v. 15, n. 4, p. 282-289, 2016.
3. YOSHIMORI, D. Y. et al. Assessment and medium-term follow up of heart transplant candidates undergoing low-intensity exercise. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, v. 25, n. 3, p. 333-340, 2010.
4. SILVA, K. M. P. et al. Analysis of cardiopulmonary rehabilitation programs in cardiac transplantation. *Fisioterapia Brasil*, v. 13, n. 4, p. 299-308, 2012.
5. BOOTH, F. W. Effect of limb immobilization on skeletal muscle. *J. Appl. Physiol. Respir. Environ. Exerc. Physiol.*, v. 52, n. 5, p. 1113-1118, 1982.
6. BORG, E.; KAIJSER, L. A comparison between three rating scales for perceived exertion and two different work tests. *Scand. J. Med. Sci. Sports*, v. 16, n. 1, p. 57-69, 2006.

Apoio



Membros Efetivos do GAT: gestão atual

Maria Celeste do Patrocínio de Almeida (Coordenadora)

João Luiz Erbs (Enfermeiro)

Letícia de F. Lazarini (Enfermeira)

Renata F. Leite (Enfermeira)

Sandra Maria Matta (Nutricionista)

Graça Maria Marino Totaro (Psicóloga)

Paulo Sérgio da Silva Santos (Dentista)

Membros Colaboradores do GAT: gestão atual

Bartira de Aguiar Roza / Malvina Maria de Freitas Duarte

Eugenia Filizola Salmito Machado / Karina Dal Sasso Mendes

Gladys Antonioli / Fabio Luiz Coracin

Autores convidados

Carmen Pujol (Serviço Social), Rafael Mendes da Silva (Fisioterapia),
Darlene Yuri (Fisioterapia), Paulo Sérgio da Silva Santos (Comissão de Odontologia da ABTO)

Colaboradores deste Projeto

Enfermeiras: Renata Leite e Letícia Lazarini

Apoio

Libbs
Porque se trata da vida