



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NAIANA PACÍFICO ALVES

ADESÃO AO TRATAMENTO APÓS TRANSPLANTE DE FÍGADO

FORTALEZA

2018

NAIANA PACÍFICO ALVES

ADESÃO AO TRATAMENTO APÓS TRANSPLANTE DE FÍGADO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Isis Freire de Aguiar

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A481a Alves, Naiana Pacífico.

Adesão ao tratamento após transplante de fígado / Naiana Pacífico Alves. – 2018.
66 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Maria Isis Freire de Aguiar .

1. Transplante de Fígado. 2. Adesão à Medicação. 3. Autogestão. I. Título.

CDD 610.73

NAIANA PACÍFICO ALVES

ADESÃO AO TRATAMENTO APÓS TRANSPLANTE DE FÍGADO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 28/06/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Isis Freire de Aguiar (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Andrea Bezerra Rodrigues
Universidade Federal do Ceará – UFC

Esp. Clébia Azevedo de Lima
Ambulatório de Transplante de Fígado – HUWC/UFC

A Deus.

Aos meus pais, Nabuco e Edvanda.

Às minhas irmãs, Liana e Gisele.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pois sem ele não teria chegado até aqui. Ele sempre esteve comigo me dando forças para enfrentar essa caminhada com fé e perseverança.

Aos meus pais, Nabucodonozou Cruz Alves e Edvanda Pacífico Alves, que sempre estiveram ao meu lado e me deram todo o suporte emocional e financeiro necessário para que esse sonho se torna-se realidade. Agradeço por cada palavra e gesto de amor que me deram e por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos.

Às minhas irmãs, Liana e Gisele e ao meu namorado, André, por me apoiarem e proporcionarem momentos de alegria para que eu pudesse relaxar e continuar firme na minha caminhada.

Aos meus amigos e familiares, que compreenderam minha ausência em algumas ocasiões, bem como pelo apoio e torcida pelo meu sucesso profissional e por compartilharem momentos de vitórias alcançadas durante a graduação.

À UFC, agradeço pelas bolsas concedidas pelo Programa de Iniciação Científica e Iniciação à Docência que contribuíram para meu desenvolvimento acadêmico.

Às minhas amigas de turma, Adriana Moreno, Jorgiana Cavalcanti, Guadá Bezerra e Monique Teles por compartilharem comigo os momentos de angústia, medo e preocupação, por me darem força para continuar seguindo em frente apesar de todas as dificuldades encontradas durante a Graduação e também por terem compartilhado momentos de alegria e relaxamento.

À Professora Dr^a Maria Isis Freire de Aguiar e à Enfermeira Clébia Azevedo de Lima por tornarem a realização dessa pesquisa possível. Pela amizade, generosidade, confiança, disponibilidade e pelo apoio desde o começo. Vocês são meu exemplo de profissional e me motivam a seguir a profissão com muito amor e dedicação.

À professora Dr^a Andrea Bezerra Rodrigues por sua disponibilidade, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos profissionais do Ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio e pesquisadores William Oliveira, Amanda Flor e Michelle Ingridy que tornaram possível o desenvolvimento da pesquisa.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado e por acreditarem no meu potencial, na minha profissão e nas minhas escolhas.

Os meus mais sinceros agradecimentos a todos vocês!

“Se nossos pés aprenderam a galgar o caminho do que pensam ser impossível, logo alcançaram o ápice da tão almejada vitória.”

(Vantuilô Gonçalves)

RESUMO

O transplante de fígado é uma modalidade de tratamento que proporciona melhor qualidade de vida aos receptores, contudo, é importante que os pacientes atentem para algumas mudanças no estilo de vida e tenham adesão completa ao plano terapêutico, visando evitar rejeição do enxerto e outras complicações. O estudo tem como objetivo geral analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza. Para a população foram considerados os pacientes transplantados atendidos na unidade no período de 2002 a 2016. A amostra foi determinada por meio do cálculo para a amostra finita, sendo definido 180 participantes. A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários e entrevista, utilizando-se instrumento semiestruturado. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS versão 22.0. Verificou-se predominância de pacientes do sexo masculino (67,8%), aposentados (50,3%), com média de idade de 53,9 anos e tempo de transplante de 59,9 meses. Quanto à adesão medicamentosa, 21,7% dos participantes afirmaram já ter deixado de tomar as medicações, sendo o principal motivo o esquecimento (74,1%). As variáveis sociodemográficas situação trabalhista e a idade se mostraram significativamente associadas à adesão ao tratamento medicamentoso. Em relação ao tratamento não medicamentoso, 56,7% dos pacientes admitiram não seguir adequadamente as recomendações sobre cuidados com o corpo, sendo o principal motivo a falta de motivação (48%). Além disso, 47,8% dos pacientes admitiram não seguir adequadamente as recomendações nutricionais, sendo a falta de motivação (56%) o motivo mais citado. Houve significância estatística entre adesão aos cuidados com corpo e as variáveis procedência e comorbidades. As variáveis idade e renda foram associadas a maior adesão nutricional. A maioria dos participantes afirmou sempre comparecer às consultas agendadas (83,89%) e relatou possuir suporte social para ajudá-los no seguimento do regime terapêutico (92,78%). A adesão ao regime terapêutico é essencial para o sucesso do transplante. O estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento sobre a adesão à terapêutica no pós-transplante de fígado, possibilitando o desenvolvimento de estratégias adequadas para manutenção ou melhora da adesão ao tratamento.

Palavras-Chave: Transplante de Fígado. Adesão à Medicação. Autogestão.

ABSTRACT

Liver transplantation is a treatment modality that provides better quality of life to recipients, however, it is important that patients watch for some changes in lifestyle and have complete adherence to the therapeutic plan in order to avoid graft rejection and other complications. The general purpose of the study was to verify adherence to medication and non-medication treatment of patients who underwent liver transplantation. This is a descriptive, observational, cross-sectional study with a quantitative approach, performed at the liver transplant outpatient clinic of the Walter Cantídio University Hospital (HUWC), Federal University of Ceará, Fortaleza. The population of this study was composed by patients who have undergone liver transplantation at the unit in the period from 2002 to 2016. Through a finite sample calculation, 180 participants were selected for the study. The data collection was performed through the analysis of medical records and interview, using a semi-structured instrument. Data were analyzed using SPSS software version 22.0. There were predominance of male patients (67.8%), retired (50.3%), mean age 53.9 years and transplant time 59.9 months. Regarding medication adherence, 21.7% of the participants stated that they had stopped taking the medications, the main reason was being forgetfulness (74.1%). Working status and age were shown to be significantly associated with immunosuppressant treatment adherence. Regarding non-medication treatment, 56.7% of the patients admitted not following the recommendations regarding body care by reason of lack of motivation (48%). In addition, 47.8% of the patients admitted not following the nutritional recommendations adequately, mostly due to lack of motivation (56%). There was statistical significance between adherence to body care, geographic location and comorbidities. Additionally, age and income level were associated with greater nutritional compliance. The majority of the participants always said they attended scheduled appointments (83.89%) and reported having social support to assist them follow the treatment regimen (92.78%). Adherence to the therapeutic regimen is essential for successful transplantation. The study may contribute to increase knowledge about adherence to therapy after liver transplantation, permitting the development of suitable strategies for the maintenance or improvement of adherence to treatment.

Keywords: Liver Transplantation. Medication Adherence. Self-Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Cálculo Amostral	20
Gráfico 1 — Apresentação de variáveis de adesão ao tratamento medicamentoso	26
Gráfico 2 — Apresentação de variáveis relacionadas à adesão não medicamentosa	28
Gráfico 3 — Apresentação de variáveis relacionadas ao suporte social	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	— Distribuição das características sociodemográficas de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário de referência no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	23
Tabela 2	— Valores médios e desvio padrão das variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e renda de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário de referência no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	24
Tabela 3	— Distribuição das características clínicas de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	25
Tabela 4	— Distribuição das variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	27
Tabela 5	— Distribuição das variáveis relacionadas à adesão às mudanças no estilo de vida de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	29
Tabela 6	— Tipo de suporte social de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	31
Tabela 7	— Associação entre variáveis sóciodemográficas e adesão ao tratamento medicamentoso. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	32
Tabela 8	— Valores médios nas variáveis sóciodemográficas e adesão ao tratamento Medicamentoso. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	33
Tabela 9	— Associação entre variáveis sóciodemográficas e adesão às recomendações ao cuidado com o corpo. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.....	33
Tabela 10	— Associação entre presença de comorbidade e adesão ao tratamento medicamentoso. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	34
Tabela 11	— Valores médios nas variáveis sóciodemográficas e adesão às recomendações nutricionais. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	34
Tabela 12	— Associação entre suporte social e adesão às recomendações aos cuidados com o corpo. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivos Gerais	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	HIPÓTESES	18
4	MÉTODO	19
4.1	Tipo de estudo	19
4.2	Período e local do estudo	19
4.3	População e amostra	20
4.4	Coleta e análise de dados	21
4.5	Aspectos éticos	22
5	RESULTADOS	23
5.1	Caracterização Sociodemográfica e Clínica	23
5.2	Dados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso	26
5.3	Caracterização da adesão não medicamentosa	28
5.4	Suporte social	30
5.5	Associação entre adesão ao tratamento e aspectos sociodemográficas, clínicas e suporte social	31
6	DISCUSSÃO	35
6.1	Caracterização sociodemográfica e clínica X Adesão ao tratamento	35
6.2	Análise da adesão farmacológica	37
6.3	Seguimento das recomendações de mudanças no estilo de vida	38
6.4	Suporte social e adesão ao tratamento	41
7	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO “ADESÃO AO TRATAMENTO APÓS TRANSPLANTE DE FÍGADO	52
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC/PROPESQ	58
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUWC/UFC	62

1 INTRODUÇÃO

O transplante de fígado é uma modalidade de tratamento para pacientes com doenças hepáticas que não mais respondem a outros tratamentos e consiste na substituição do fígado do receptor por um fígado saudável de um doador vivo ou falecido (NEGREIROS et al., 2016). As indicações são múltiplas e podem ser classificadas em doença hepática em estágio final, insuficiência hepática aguda e certos tumores hepáticos benignos e malignos (FARKAS; HACKL; SCHLITT, 2014). As principais indicações para o transplante são carcinoma hepatocelular, cirrose hepática secundária ao vírus C e cirrose alcoólica. Outras indicações são cirrose criptogênica e esteato-hepatite. (JÚNIOR et al., 2015).

De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), divulgado anualmente pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), no ano de 2016, o Brasil foi o segundo em número absoluto de transplantes hepáticos realizados (2.017), estando atrás somente dos Estados Unidos, com 7.842 (RBT, 2017). Em 2017 houve uma retomada do crescimento da doação, da efetivação da doação e da maioria dos transplantes de órgãos. A análise dos últimos dez anos (2007 a 2017) revelou um aumento de 85% nas realizações de transplante hepático a nível nacional. O Ceará ocupa o 4º lugar dentre os estados que mais transplantaram fígado em 2017, com 201 transplantes hepáticos realizados de um total de 2.109, correspondendo ao número anual por estado (RBT, 2017).

As escalas de prognóstico de gravidade são critérios utilizados em vários países e têm como principal objetivo avaliar a urgência do indivíduo em receber determinado procedimento, escolhidas de acordo com os critérios individuais de cada paciente. Para indicação e inclusão em lista única de espera para o transplante de fígado são utilizadas duas escalas: *Model for End-stage Liver Disease* (MELD) e *Child-Turcotte-Pugh* (CTP) (MORAES; OLIVEIRA; FONSECA-NETO, 2017).

O escore MELD é uma das escalas que prediz o prognóstico de gravidade dos pacientes. É utilizada no Brasil desde 2006 e possibilitou um enorme avanço no número de transplantes de fígado, passando de 1037 transplantes em 2006 a 1880 em 2016 (RBT, 2016). O MELD é formado pelas variáveis: creatinina sérica, bilirrubina total e a *International Normalized Ratio* (INR), onde a partir destes valores é feito um cálculo para obter o valor de MELD para receptores a partir de 12 anos de idade $[0,957 \times \text{Log e} (\text{creatinina mg/dl}) + 0,378 \times \text{Log e} (\text{bilirrubina mg/dl}) + 1,120 \times \text{Log e} (\text{INR}) + 0,643 \times 10]$, que deverá ser arredondado para o valor inteiro mais próximo, e a partir desse número, o paciente é posicionado na lista de acordo com sua gravidade (MORAES; OLIVEIRA; FONSECA-NETO, 2017).

O escore CTP é outra classificação de gravidade que é utilizada para estratificar pacientes em graus de cirrose e indicação para transplante de fígado. Esta escala tem como pontos de avaliação os níveis de albumina, bilirrubina, graus de ascite, encefalopatia e tempo de protrombina, alocados de acordo com o cálculo em escalas de pontuação, variando de 05 a 15 pontos, divididos em classe A (5-6), B (7-9) ou C (10-15), sendo os valores maiores os de maior gravidade, antevendo também a sobrevida dos pacientes em um ou dois anos (AGUIAR et al., 2016).

Após a confirmação da indicação de transplante, o paciente é submetido a uma série de exames pré-operatórios para investigar contraindicações ao procedimento cirúrgico e definir o estado patológico atual. Em seguida, ele é inscrito na Central Nacional de Transplante de Órgãos, onde será incluído na lista de espera.

O transplante implica em tratamento permanente, por isso, os pacientes precisam estar conscientes de que algumas restrições serão necessárias para que se mantenha a qualidade do enxerto, como abstinência do uso de álcool e tabaco, e restrições de horários de alimentação, de acordo com a medicação. Os pacientes recebem orientações acerca de exames periódicos, medicações imunossupressoras, cuidados com o enxerto, alimentação e atividades diárias, dentre outros aspectos. É importante que os pacientes pós-transplantados se adaptem às mudanças no estilo de vida e sigam corretamente o plano terapêutico, visando evitar ao máximo a rejeição do enxerto, entre outras complicações.

A longo prazo, as comorbidades que surgem, como hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias, recorrência de hepatite C e neoplasias, fazem com que haja maior necessidade de medidas preventivas e terapêuticas para minimizar a morbidade e melhorar a sobrevivência a longo prazo, sendo a redução desses fatores estando diretamente ligada há uma boa adesão ao tratamento proposto (DOPAZO et al., 2015).

Ao longo do tempo, vários conceitos foram elaborados para definir o que seria o cumprimento terapêutico. Em conferência de consenso sobre não adesão terapêutica, realizada na Flórida em 2008, as organizações participantes decidiram que o termo mais adequado para definir adesão terapêutica seria *Adherence*, por considerarem que o conceito envolve parceria entre paciente e profissional de saúde (FINE et al., 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adesão ao tratamento refere-se a ações que vão além da terapia medicamentosa prescrita, mas a inúmeros comportamentos relacionados à saúde como seguimento de dieta e estilo de vida saudável e acompanhamento contínuo após o transplante nos serviços de saúde (OMS, 2003). Neste contexto, o paciente

exerce papel ativo no tratamento, devendo junto com os profissionais de saúde, familiares, cuidadores e outras redes sociais estabelecer os melhores meios de manter o plano terapêutico.

Conforme a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e autoria do *International Council of Nurses (ICN)*, o conceito de adesão é definido como “ *Ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. Frequentemente relacionado ao apoio da família e de pessoas importantes para o cliente*” (ICN, 2016, p. 38).

A adesão ao tratamento é multifatorial e, por isso, durante sua avaliação deve-se considerar várias características que incluem a assiduidade às consultas, realização periódica de exames médicos, seguimento de horários e doses corretas das medicações, cumprimento de mudanças no estilo de vida como evitar consumo de doces, frituras e produtos industrializados, evitar uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, e praticar regularmente exercício físico. Apesar da característica multifatorial e influência de fatores comportamentais no que se refere à adesão terapêutica, a maioria dos estudos realizados não se referem à adesão em um sentido mais amplo, limitando a pesquisa ao tratamento medicamentoso (STILLEY et al., 2010).

A terapia imunossupressora tem a função de evitar que o indivíduo rejeite o órgão, prolongando a vida dos enxertos nos transplantes de órgãos sólidos por meio da diminuição das defesas imunológicas do indivíduo. Nos pacientes submetidos ao transplante de fígado, o bom prognóstico está intimamente ligado ao compromisso diário do paciente com sua terapia imunossupressora. Apesar do papel essencial da terapia imunossupressora para os resultados positivos do transplante a longo prazo, os pacientes não cumprem o tratamento tanto quanto o esperado (DHARANCY et al., 2012). Telles-Correia et al. (2007) referem que após o primeiro mês de transplante surgem os primeiros comportamentos de não adesão ocasional, como esquecimento de tomadas e não cumprimento dos horários de medicação. A não adesão à imunossupressão comporta um risco de rejeição de enxerto e potencial perda, enquanto que a não adesão associada a não mudanças no estilo de vida após o transplante pode estar associada a outras complicações, como surgimento de tumores e aumento dos custos de cuidados de saúde (BURRA et al., 2011).

O seguimento dos regimes terapêuticos estabelecidos é uma preocupação dos profissionais de saúde. A não adesão é definida como “*Status Comprometido: não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento*” (ICN, 2016, p. 67). A baixa adesão às

prescrições médicas e ao estilo de vida adequado é comum entre os pacientes transplantados, principalmente aos que foram submetidos a transplante hepático (GERMANI et al., 2011). A não adesão tem sido citada como um dos principais fatores para redução da qualidade de vida, aumento da morbidade e mortalidade, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde para os doentes transplantados (LISSON et al., 2005; SIMPSON et al., 2006).

Telles-Correia et al. (2007) determinam que a não adesão em pacientes transplantados é frequente, podendo ser influenciada por fatores demográficos (idade, estado civil, sexo, raça e nível socioeconômico), psiquiátricos e psicológicos (depressão, perturbações de personalidade, atraso mental, álcoolismo, e crenças da doença) e outros (custo da medicação, história de transplante prévio). Essa afirmação corrobora com a meta-análise de Fine et al (2009) que enquadram os fatores de risco para não adesão ao uso de imunossupressores em cinco categorias: socioeconômicas; relacionado ao paciente; relacionado a comorbidades; relacionados ao tratamento e fatores relacionados à configuração de saúde e provedor.

Estudos têm sido realizados com o objetivo de verificar a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças nos hábitos de vida após o transplante. Estudo realizado com 218 pacientes submetidos ao transplante de órgãos sólidos: 103 fígados, 50 rim, 52 corações e 13 pulmões, observou que 37,9%, 38,8% e 12,8% dos pacientes relataram não adesão à terapia imunossupressora, ao estilo de vida recomendado após transplante e as prescrições médicas gerais, respectivamente. Entre os pacientes não aderentes ao estilo de vida correto, as taxas de homens (40,9%) e de pacientes aposentados (34,1%) foram significativamente maior em comparação aos pacientes aderentes. As porcentagens globais de pacientes que se referem a hábitos de tabagismo e consumo de álcool após o transplante foram 32% e 67%, respectivamente (GERMANI et al., 2011).

O consumo de bebidas alcoólicas, tabaco ou outras drogas por pacientes transplantados de fígados tem sido estudado e apontado como indicador de não adesão ao regime terapêutico. Uma meta-análise que incluiu 54 estudos (50 fígados, 3 rins e 1 coração) observou taxas médias de recidiva de álcool em pacientes transplantados hepáticos de 5,6 casos por 100 pacientes por ano (PPA) para recaída em qualquer uso de álcool e 2,5 casos por 100 PPA para recaída com alto consumo de álcool. A recaída de drogas ilícitas foi de 3,7 casos por 100 PPA, com uma taxa significativamente menor no fígado versus outros receptores (1,9 vs. 6,1 casos). As taxas médias em outras áreas (consumo de tabaco, não adesão a imunossupressores e comparecimento a consultas clínicas) foram de 2 a 10 casos por 100 PPA. O pouco apoio social, histórico familiar de abuso de álcool e a abstinência de pré-implantação

de ≤ 6 meses apresentaram associações pequenas, mas significativas com recaída ($r = 0,17-0,21$) (DEW et al., 2008).

A eficácia de qualquer tratamento depende não apenas da escolha da terapia, mas também da cooperação ativa do paciente. Após o transplante, podem surgir preocupações e questionamentos acerca da terapia farmacológica com imunossupressores, uma vez que estes podem ocasionar alguns efeitos adversos ao paciente. Uma auditoria retrospectiva realizada na Escócia com pacientes transplantados ($N = 435$) verificou que os fatores psicológicos implicados na baixa adesão estavam relacionados a maiores preocupações quanto aos potenciais efeitos adversos da medicação e uma forte convicção de que os medicamentos em geral são prejudiciais. Além disso, observou-se que aproximadamente 1 em cada 5 pacientes perdeu ou cancelou mais de 25% dos compromissos disponibilizados (O'CARROLL et al., 2006). Hugon et al. (2014) também concluíram que as crenças negativas em relação aos medicamentos são um fator de risco de baixa adesão.

Uma análise descritiva de fatores individuais e ambientais em relação à adesão ao tratamento foi realizada com 152 receptores adultos de transplante de fígado no Centro Médico da Universidade de Pittsburgh. Dos 124 pacientes que completaram a pesquisa, 47% perderam ou cancelaram compromissos e 73% apresentaram dificuldades em tomar corretamente a medicação, 5,6% dos receptores tiveram recaída no uso de drogas / álcool. Os padrões de enfrentamento, tomada de decisão, atitude e apoio social foram correlacionados com a adesão ($r = 0,22-0,45$). Dificuldades de enfrentamento, o pouco suporte afetivo e falta de suporte ao cuidador surgiram como preditores de resultados clínicos e de saúde mental negativos (STILLEY et al., 2010).

Um total de 147 estudos sobre receptores de rim, coração, fígado, pâncreas / rim-pâncreas ou pulmão / coração-pulmão publicados entre 1981 e 2005 foram incluídos em uma meta-análise. Em todos os tipos de transplante, as taxas médias de não-adesão variaram de 1 a 4 casos por 100 pacientes por ano (PPA) para uso de substâncias (tabaco, álcool e drogas ilícitas), para 19 a 25 casos por 100 PPA por não aderência a imunossupressores, dieta, exercício físico e outros requisitos de saúde. O pouco apoio social e a baixa percepção de saúde foram significativamente associados com maior não-adesão imunossupressora (DEW et al., 2007).

Após o transplante, os pacientes precisam enfrentar uma rotina que envolve acompanhamento médico frequente, realização de exames, restrições nutricionais e físicas, terapia imunossupressora contínua. É de fundamental importância que o enfermeiro realize o acompanhamento e cuidado individualizado dos pacientes pós-transplantados hepáticos,

oferecendo todo o suporte para ajudá-lo no enfrentamento das mudanças e atendendo as necessidades da família e do paciente.

A equipe de enfermagem tem o papel de incentivar a adesão terapêutica e de acompanhar o transplantado em suas dificuldades, ajudando-o a integrar o plano terapêutico a seu estilo de vida. Os pacientes devem ter acesso a todas as informações e orientações referentes ao tratamento como nome e modo correto de administração dos medicamentos, objetivo da prescrição medicamentosa de cada um deles e seus possíveis efeitos secundários e consequências de uma tomada incorreta ou decisão de deixar de tomá-los (CORDEIRO et al., 2013).

Durante levantamento bibliográfico acerca da adesão ao tratamento após o transplante hepático, foram identificados poucos estudos realizados no Brasil, e a maior parte dos artigos internacionais abordaram a adesão ao tratamento medicamentoso, discutindo-se pouco acerca da adesão às recomendações relacionadas às mudanças no estilo de vida. Dessa forma, justifica-se a utilização de instrumentos que possam avaliar a adesão ao tratamento de uma forma mais ampla no contexto nacional, tendo em vista que o cuidado de enfermagem ao paciente pós-transplantado hepático ainda é pouco explorado e envolve desde orientações quanto a tomada de medicação a adaptações aos novos hábitos de vida. A adesão ao tratamento é um desafio no sistema de saúde no que se refere aos cuidados após o transplante de fígado, uma vez que o plano terapêutico é contínuo e por toda a vida. Estudos que auxiliem na compreensão dos fatores envolvidos no seguimento do plano terapêutico tornam-se relevantes para elaboração de estratégias eficientes de apoio aos pacientes transplantados, contribuindo para redução da não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, diminuição do risco de complicações do enxerto e óbitos após o transplante.

Diante do exposto, percebe-se que os pacientes submetidos ao transplante de fígado necessitam de acompanhamento contínuo de uma equipe multiprofissional, sendo necessário verificar a adesão desses pacientes ao tratamento como forma de proporcionar subsídios para o melhor planejamento da assistência da equipe de transplante, além de contribuir para aumento do conhecimento sobre a adesão à terapêutica. Portanto, desperta-se os seguintes questionamentos: De que forma os pacientes que foram submetidos ao transplante hepático aderem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso? Quais os fatores que dificultam a adesão às recomendações terapêuticas após o transplante?

2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático.

Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos ao transplante de fígado;

- Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso após o transplante;

- Identificar as principais causas da não adesão ao tratamento;

- Verificar a frequência de comparecimento às consultas/exames pós-transplante;

- Verificar o seguimento de recomendações pós-transplante hepático.

3 HIPÓTESES

1ª Há uma taxa subnotificada de pacientes que não aderem completamente ao tratamento.

2ª A adesão medicamentosa e não medicamentosa é maior em pacientes com menor tempo de transplante.

3ª A adesão é menor em pacientes mais jovens.

4ª Pacientes com maior tempo de transplante tem menor taxa de comparecimento às consultas.

4 MÉTODO

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa consiste na interpretação do objeto de estudo através de dados que possam ser quantificáveis, baseando-se na assertividade, que permite a realização de análises completas e passíveis de serem projetadas para um determinado público (HULLEY et al., 2015).

Estudos do tipo descritivo possibilitam a descrição de incidências de patologias ou situações de interesse durante um período determinado, proporcionando conhecimento aos profissionais e gestores de uma determinada área ou setor que sirva de auxílio para caracterização dos pacientes dos serviços.

O estudo transversal descreve a situação em um dado momento e possibilita a identificação dos desfechos existentes dentro de uma população, sendo possível identificar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em diferentes graus de associação. Esse tipo de estudo tem como principais vantagens fácil exequibilidade, baixo custo e menor tempo para análise e obtenção de dados (ARAGÃO, 2011).

Utiliza-se de instrumentos para coleta de dados e de análises estatísticas para a avaliação dos resultados (moda, percentagem, média, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação e etc) e relevância do estudo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, na cidade de Fortaleza durante os anos de 2017 a 2018.

O Hospital Universitário Walter Cantídio é uma instituição de grande porte, localizado na cidade de Fortaleza - CE, que desempenha importante papel na assistência à saúde. É integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como centro de referência para a formação de recursos humanos, ensino, extensão e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Como centro de referência para ensino, funciona como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos da área da saúde da UFC, mas também recebe alunos de outras universidades do Ceará ou outros Estados.

Dentre os serviços oferecidos nas mais diversas especialidades médicas, realiza os transplantes de fígado, rim, medula óssea, pâncreas e córnea, sendo referência nacional em transplante hepático, especialmente para as regiões Norte e Nordeste.

O ambulatório de transplante hepático do HUWC é referência nacional e recebe pacientes de todo o Brasil. O ambulatório possui uma equipe multiprofissional que inclui as áreas de enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes no pré e pós-transplante de fígado.

4.3 População e amostra

A população do estudo consistiu de todos os pacientes submetidos ao transplante de fígado na instituição selecionada para pesquisa, entre os anos de 2002 a 2016, totalizando 1.349 receptores.

Foram incluídos na pesquisa pacientes submetidos ao transplante hepático acompanhados no Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC, no período total de 2002 a 2016, com idade a partir de dezoito anos, procedentes de qualquer estado do país, que estavam com o período mínimo de 3 meses pós-transplante, uma vez que durante esse período o paciente ainda está se adaptando a nova rotina e possui muitas restrições pós-operatórias.

Como critérios de exclusão foram considerados pacientes com prontuários e pasta-arquivo do transplante com dados incompletos, que impossibilitassem a coleta dos dados relevantes para a análise da pesquisa. Para a coleta de dados, a partir de entrevista, foram excluídos pacientes que estavam impossibilitados de comunicação e interação a critério do avaliador. No entanto, nenhum dos documentos e pacientes avaliados se enquadraram nos critérios de exclusão. Para estimativa da amostra, foi utilizado o cálculo para a amostra finita, totalizando 180 participantes, conforme figura 1.

$$n = \frac{\alpha^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + \alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

Figura 1. Cálculo amostral

Onde: n: Tamanho da amostra; α^2 : Coeficiente de confiança, expresso em desvio padrão; p: Percentagem com a qual o fenômeno se verifica; q: Percentagem complementar (100-p); N: Tamanho da população; e e^2 = Erro máximo permitido.

$$n = \frac{2^2 \cdot 9.91 \cdot 1349}{4^2 \cdot (1349 - 1) + 2^2 \cdot 9.91} = 180$$

4.4 Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e análise de pasta-arquivos do ambulatório de transplante e dos prontuários do HUWC dos receptores de transplante de fígado.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados utilizada quando o pesquisador visa obter informações acerca de sentimentos, atitudes, valores e comportamentos, podendo a partir das respostas dos entrevistados realizar associações, reflexões e inferências para realizar sua própria interpretação dos resultados (RIBEIRO, 2008, p.141).

A entrevista estruturada se desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados. Por possibilitar o tratamento quantitativo dos dados, este tipo de entrevista torna-se o mais adequado para o desenvolvimento de levantamentos sociais. Esse método permite rapidez na coleta de dados, custos relativamente baixos e análise estatística dos dados, já que as respostas obtidas são padronizadas (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

A entrevista teve duração média de dez minutos, sendo realizada a partir de um instrumento semiestruturado elaborado pelo próprio pesquisador. O instrumento possui questões sobre adesão ao tratamento como: tempo de transplante, comorbidades, imunossupressor utilizado, frequência de comparecimento às consultas, uso de bebidas alcoólicas ou tabaco e seguimento do plano terapêutico (APÊNDICE A).

A análise de dados foi realizada de forma descritiva e inferencial, sendo os dados processados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Na análise estatística descritiva, foram considerados média, desvio padrão (DP), frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis. Na análise estatística inferencial, foram

utilizados o teste do qui-quadrado e teste t de Student para a comparação entre os grupos de adesão e não-adesão ao tratamento.

Considerou-se como grupo aderente ao tratamento os pacientes que relataram sempre seguir as recomendações medicamentosas e as relacionadas às mudanças no estilo de vida. Pacientes que referiram deixar de tomar ou tomar incorretamente as medicações e aqueles que relataram já ter deixado de seguir as recomendações nutricionais e de cuidados com corpo foram considerados grupo não aderente. As variáveis analisadas foram apresentadas em forma de tabelas e gráficos, sendo discutidas com base na literatura publicada sobre a temática abordada no estudo.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu às normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, e a Resolução 510/2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (UFC/PROPESQ) cujo número do Parecer é 2.402.635 e pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio, instituição co-participante da pesquisa, parecer nº 2.613.912.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a fim de se seguir todos os princípios éticos com o respeito à dignidade e não maleficência dos pacientes. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores, garantindo-se sempre o anonimato. A pesquisa contribuirá para melhorar a assistência aos pacientes transplantados, apresentando apenas possíveis riscos de constrangimento ao paciente. A pesquisa faz parte de um projeto amplo que foi enviado inicialmente à Coordenação Geral do ambulatório de transplante hepático para aprovação prévia por se tratar de pesquisa envolvendo dados de prontuários e seres humanos.

Os pesquisadores assinaram um termo de compromisso para utilização de dados de prontuários médicos, comprometendo-se a garantir a confidencialidade dos participantes e preservar as informações dos prontuários e bases de dados médicas utilizadas. Além disso, foi autorizado pela Chefia do Setor de Arquivo Médico, mediante declaração de fiel depositário o uso dos prontuários e “pastas-arquivo”.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Conforme os dados descritos na tabela 1 e 2, verificou-se que a maioria dos pacientes foi do sexo masculino (67,8%), com a média de idade de 53,9 anos e média de 10,5 anos de estudo. A renda familiar média dos participantes foi de R\$ 3.199,9.

Em relação ao estado civil, observou-se um quantitativo de 60,6% participantes casados; 15,6% solteiros e 9,4% em união estável. No que se refere ao local de residência, identificou-se que 50% (n=90) dos pacientes transplantados eram provenientes de outros estados do Brasil, sendo prevalentes os estados do Piauí (22,2%) e Maranhão (18,9%), enquanto 26,1% dos participantes foram procedentes de Fortaleza.

No que concerne à situação trabalhista, 50,3% dos pacientes referiu ser aposentado, 19,6% afirmou receber auxílio saúde-doença e 15,6% relatou ser ativo profissionalmente.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário de referência no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(continua)		
Dados Sociodemográficos	N	%
Gênero		
<i>Masculino</i>	122	67,8
<i>Feminino</i>	58	32,2
Procedência		
<i>Capital</i>	47	26,1
<i>Interior</i>	43	23,9
<i>Outro Estado</i>	90	50,0
Principais Origens de Pacientes de Outros Estados (n = 90)		
<i>Piauí</i>	20	22,2
<i>Maranhão</i>	17	18,9
<i>Rio Grande do Norte</i>	15	16,7
<i>Amazonas</i>	15	16,7
<i>Pará</i>	11	12,2
<i>Outros</i>	12	13,3
Estado Civil		
<i>Casado</i>	109	60,6

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário de referência no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(conclusão)

Dados Sociodemográficos	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Solteiro</i>	28	15,6
<i>Viúvo</i>	12	6,7
<i>União Estável</i>	17	9,4
<i>Separado</i>	14	7,8
Ocupação		
<i>Aposentado</i>	90	50,3
<i>Ativo Profissionalmente</i>	28	15,6
<i>Pensionista</i>	3	1,7
<i>Auxílio Doença</i>	35	19,6
<i>Afastado INSS</i>	5	2,8
<i>Afastados Sem Auxílio</i>	7	3,9
<i>Inativo</i>	11	6,1

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 – Valores médios e desvio padrão das variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e renda de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário de referência no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Dados Sociodemográficos	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	53,9	14,2
Escolaridade (Em Anos de Estudo)	10,5	5,1
Renda (R\$)	3.199,9	3.815,8

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à caracterização clínica descrita na tabela 3, a média dos anos de transplante foi de 59,9 meses (DP = 53,4). Dos 180 participantes, 110 (61,1%) afirmaram possuir comorbidades, sendo prevalentes Diabetes Mellitus (38,9%) e Hipertensão Arterial (29,4%). A maioria dos entrevistados referiu fazer uso regular de medicações para tratamento dessas comorbidades. Quanto ao uso de imunossupressores, 47,2% responderam que fazem uso da associação de Tacrolimos e Mycopenolato, 40,6% utilizam somente Tacrolimos e 5,5% fazem uso individual de Mycopenolato.

Dentre as etiologias da doença hepática que conduziram à necessidade de transplante, as principais foram cirrose alcoólica (31,1%), hepatite C (25,6%), cirrose criptogênica (15%), hepatite B (11,1%), hepatite autoimune (10,6%) e carcinoma hepatocelular (9,4%).

Tabela 3 – Distribuição das características clínicas de pacientes submetidos ao transplante de fígado em hospital universitário no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Dados Clínicos ¹	N	%
Comorbidade		
<i>Sim</i>	110	61,1
<i>Não</i>	79	38,9
Principais Comorbidades ²		
<i>Diabetes</i>	70	38,9
<i>Hipertensão</i>	53	29,4
<i>Doença Cardíaca</i>	12	6,7
<i>Doença Renal</i>	9	5,0
<i>Outros</i>	37	20,5
Etiologia ³		
<i>Cirrose Alcoólica</i>	56	31,1
<i>Hepatite C</i>	46	25,6
<i>Cirrose Criptogenica</i>	27	15,0
<i>Hepatite B</i>	20	11,1
<i>Hepatite Autoimune</i>	19	10,6
<i>Carcinoma hepatocelular</i>	17	9,4
<i>Hepatite D</i>	5	2,8
<i>Doença de Wilson</i>	5	2,8
<i>Hepatite Fulminante</i>	5	2,8
<i>Colangite Esclerosante Primária</i>	3	1,7
<i>Outras</i>	10	5,7
Imunossupressor Utilizado		
<i>Tacrolimus + Mycopenolato</i>	85	47,2
<i>Tacrolimus</i>	73	40,6
<i>Mycopenolato</i>	10	5,5
<i>Outros</i>	8	4,6
<i>Tacrolimus + Everolimus</i>	4	2,2

Fonte: dados da pesquisa.

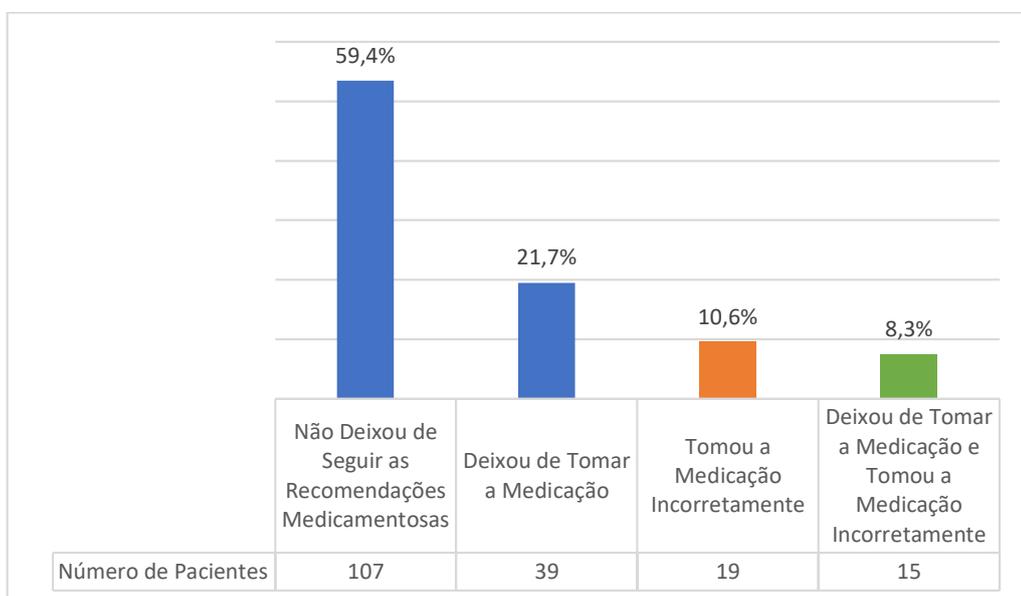
Nota: ¹ Tempo Média de Transplante = 59,9 meses (DP = 53,4); ² A soma das porcentagens de comorbidades pode ser maior do que 100%, uma vez que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma comorbidade. ³ A soma das porcentagens de etiologias pode ser maior que 100%, pois um mesmo paciente pode apresentar mais de uma etiologia para indicação ao transplante.

5.2 Dados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso

Os entrevistados foram questionados se já haviam deixado de tomar ou tomado incorretamente as medicações em algum momento após o transplante e, em caso afirmativo, o motivo. Conforme dados apresentados no gráfico 1 e na tabela 4, 21,7% dos pacientes responderam que já haviam deixado de tomar as medicações (21,7%), sendo o motivo prevalente o esquecimento (74,1%); e 10,6% dos pacientes transplantados afirmaram já ter tomado a medicação incorretamente, sendo o motivo prevalente o esquecimento da forma correta de administração ou das doses e horários das medicações (91,4%). Além disso, 8,3% dos respondentes afirmaram já ter deixado de tomar e ter tomado incorretamente as medicações.

Os participantes foram questionados acerca da utilização de métodos de organização para facilitar a tomada das medicações relativas ao transplante. De acordo com os dados apresentados na tabela 3, 30 participantes afirmaram não possuir nenhum método para facilitar a tomada das medicações (16,7%), relatando confiar apenas na memória para tomar as medicações ou em algum membro da família; enquanto 18 pacientes referiram utilizar porta medicamento exclusivo para os imunossupressores, juntamente com lembretes e alarmes (10,0%) e 9,4% afirmou utilizar apenas alarmes e lembretes em aparelhos eletrônicos.

Gráfico 1 – Apresentação de variáveis de adesão ao tratamento medicamentoso



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Adesão às recomendações medicamentosas	N	%
Motivos para Deixar de Tomar Medicação (n = 54) *		
<i>Esquecimento</i>	40	74,1
<i>Faltou Medicação</i>	7	13,0
<i>Teve recaída Alcoólica</i>	3	5,6
<i>Dificuldade de Entender Esquema Terapêutico</i>	3	5,6
<i>Não Acha Necessário Continuar o Tratamento</i>	1	1,9
<i>Outros</i>	2	3,8
Motivos para Tomar Medicação Incorretamente (n = 35) *		
<i>Esqueceu a Forma Certa de Tomar</i>	32	91,4
<i>Dificuldade de Entender o Esquema Terapêutico</i>	1	2,9
<i>Acha que Não Recebeu Orientação Suficiente</i>	1	2,9
<i>Outros</i>	2	5,7
Métodos de Organização Utilizados*		
<i>Não Utiliza nenhum Método de Organização</i>	30	16,7
<i>Porta Medicamentos Exclusivo para Imunossupressores + Alarmes e Lembretes</i>	18	10,0
<i>Apenas Alarmes e Lembretes</i>	17	9,4
<i>Apenas Porta Medicamentos Exclusivo para Imunossupressores</i>	14	7,8
<i>Apenas Deixa Medicamento em Lugar de Fácil Acesso</i>	12	6,7
<i>Deixa Medicamento em Lugar de Fácil Acesso + Utiliza Alarmes e Lembretes</i>	12	6,7
<i>Porta Medicamentos para Qualquer Medicação + Alarmes e Lembretes</i>	12	6,7
<i>Outros Métodos</i>	65	36

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: *A soma das porcentagens dos motivos e métodos pode ser maior do que 100% devido a possibilidade de mais de uma resposta.

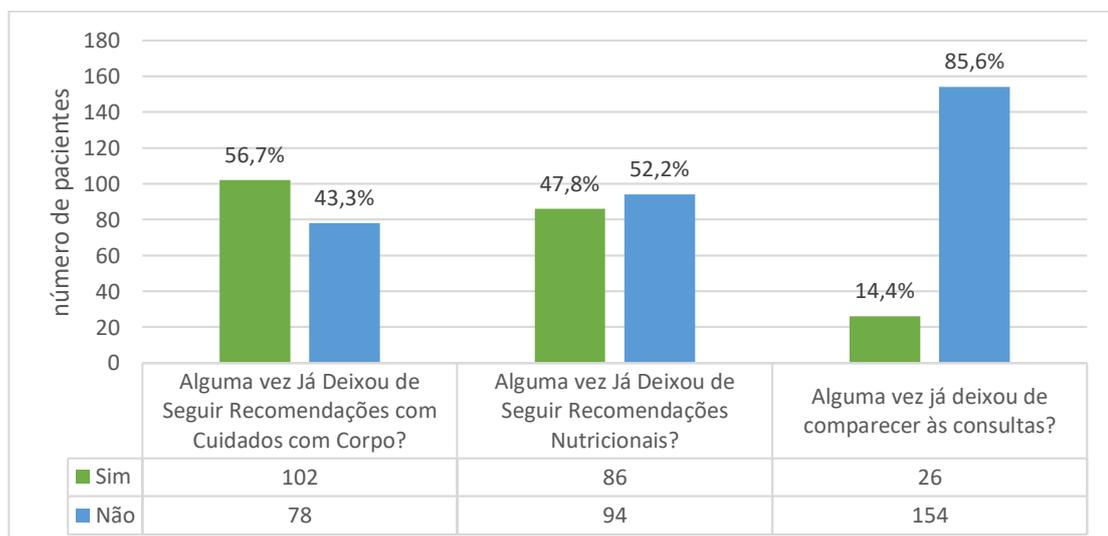
5.3 Caracterização da adesão não medicamentosa

Na avaliação da adesão ao tratamento não medicamentoso, foram incluídos quatro eixos: Cuidados com o corpo, Nutrição, Consumo de álcool, tabaco ou outras drogas e Comparecimento às consultas de acompanhamento.

Conforme dados apresentados na tabela 5 e no gráfico 2, no que se refere ao seguimento de recomendações sobre cuidados com corpo, 56,7% dos pacientes afirmou alguma vez já ter deixado de segui-las, principalmente devido à falta de motivação/vontade (48,0%) e de tempo (19,6%). Quanto ao eixo nutricional, 47,8% dos pacientes já deixou de seguir as orientações em algum momento após o transplante, sendo citados como principais motivos o esquecimento (12,9%), a falta de motivação/vontade (56,5%) e não achar mais necessário seguir as recomendações (9,4%). A maioria dos participantes relatou às vezes (50%) consumir refrigerantes, doces, frituras, massas e produtos enlatados. Além disso, a maior parte dos pacientes transplantados negou consumir bebida alcóolica (94,4%) e fazer uso de tabaco ou outras drogas (95,6%). No eixo relacionado à prática de atividade física regularmente, 43,9 % (n=79) afirmou não praticar atividade física regularmente devido à falta de interesse/motivação (44,3%), problema de saúde (29,1%) e falta de tempo (22,8%).

No que concerne à frequência de comparecimento às consultas de acompanhamento pós-transplante, observou-se alta assiduidade em consultas, exames e tratamentos relacionados ao tx (85,6%).

Gráfico 2 – Apresentação de variáveis relacionadas à adesão não medicamentosa



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis relacionadas à adesão às mudanças no estilo de vida de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(continua)		
Adesão às recomendações	N	%
Motivos para Deixar de Seguir Orientações de Cuidados com Corpo (n = 102) *		
<i>Falta de Motivação para Seguir as Recomendações</i>	49	48,0
<i>Falta de Tempo</i>	20	19,6
<i>Problemas de Saúde</i>	17	16,7
<i>Esquecimento</i>	11	10,8
<i>Não Acha mais Necessário Seguir as Recomendações</i>	9	8,8
<i>Dificuldade de Entender Plano Terapêutico</i>	8	7,8
<i>Baixa Condição Financeira</i>	7	6,9
<i>Insuficiente Orientação Profissional</i>	5	4,9
<i>Outros</i>	3	3,0
Motivos para Deixar de Seguir Orientações Nutricionais (n = 86) *		
<i>Falta de Motivação/Não Consegue Seguir Recomendações</i>	49	57,0
<i>Esquecimento</i>	11	12,8
<i>Dificuldade de Entender Plano Terapêutico</i>	9	10,5
<i>Não Acha mais Necessário Seguir Recomendações</i>	9	10,5
<i>Baixa Condição Financeira</i>	7	8,1
<i>Insuficiente Orientação Profissional</i>	5	5,8
<i>Outros</i>	6	7,0
Pratica Atividade Física Regularmente		
<i>Sim</i>	101	56,1
<i>Não</i>	79	43,9
Principais Motivos para não Realizar Atividade Física (n = 79) *		
<i>Falta de Interesse/Motivação</i>	35	44,3
<i>Problema de Saúde</i>	23	29,1
<i>Falta de Tempo</i>	18	22,8
<i>Outros</i>	4	5,1
Consumo Enlatados, Refrigerantes, Doces, Frituras.		
<i>Sempre</i>	4	2,2
<i>Quase Sempre</i>	22	12,2
<i>Às Vezes</i>	90	50,0
<i>Raramente</i>	40	22,2
<i>Nunca</i>	24	13,3
Faz uso de Bebidas Alcoólicas		
<i>Sempre</i>	1	0,6
<i>Quase Sempre</i>	1	0,6
<i>Às Vezes</i>	4	2,2

Tabela 5 – Distribuição das variáveis relacionadas à adesão às mudanças no estilo de vida de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(Conclusão)

Adesão às recomendações	<i>N</i>	%
<i>Raramente</i>	4	2,2
<i>Nunca</i>	170	94,4
Faz uso de Tabaco e/ou Outras Drogas		
<i>Sempre</i>	5	2,8
<i>Quase Sempre</i>	3	1,7
<i>Nunca</i>	172	95,6

Fonte: dados da pesquisa.

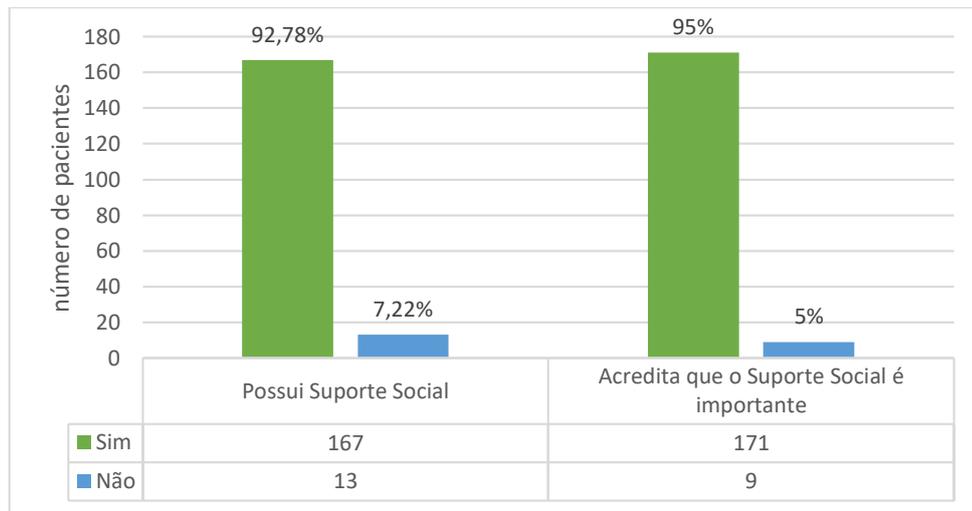
Nota: *A soma das porcentagens pode ser maior do que 100% devido a possibilidade de mais de uma resposta.

5.4 Suporte social

De acordo com dados descritos no gráfico 3, 92,78% dos pacientes transplantados afirmaram possuir suporte social para ajudá-los a seguirem as orientações. A família (85,6%) e a equipe multidisciplinar (66,1%) foram os suportes sociais mais citados (TABELA 6).

Na avaliação da percepção acerca do apoio social, 95% dos pacientes transplantados afirmaram que acreditam que o suporte social é importante para o seguimento do tratamento, tendo argumentado que familiares, amigos e equipe de transplante os ajudam a lembrar dos horários e doses dos medicamentos, os dias das consultas, a manter uma dieta equilibrada e a praticar regularmente atividade física. Alguns pacientes relataram que os grupos religiosos os ajudam a ter força e perseverança para permanecer com um estilo de vida saudável. Somente 5% responderam que não acreditam que o apoio social os ajuda a seguir o plano terapêutico, citando como motivos: reduzida interferência familiar e profissional na mudança do estilo de vida, pouca proximidade com a família e dificuldade de aceitar sugestões e ajuda social. Alguns transplantados argumentaram que são independentes e, portanto, não recebem influência de familiares quanto ao estilo de vida.

Gráfico 3 – Apresentação de variáveis relacionadas ao suporte social



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 6 – Tipo de suporte social de pacientes submetidos ao transplante de fígado no período de 2002 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

<i>Suporte Social</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Tipo de Suporte Social *</i>		
<i>Família</i>	154	85,6
<i>Equipe Multiprofissional</i>	119	66,1
<i>Amigos</i>	25	13,9
<i>Grupos Religiosos</i>	25	13,9

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: *A soma das porcentagens pode ser maior do que 100% devido a possibilidade de mais de uma resposta para a questão.

5.5 Associação entre adesão ao tratamento e características sociodemográficas, clínicas e suporte social

Conforme dados apresentados nas tabelas 7 e 8, as variáveis sociodemográficas situação trabalhista e a idade se mostraram significativamente associadas à adesão ao tratamento medicamentoso. Pacientes que tinham maior idade apresentaram maior adesão às orientações quanto ao uso de imunossupressores quando comparados aos pacientes mais jovens. Verificou-se que pacientes ativos profissionalmente e que recebiam auxílio-doença apresentaram menor adesão. Associações entre outras variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e a adesão às recomendações medicamentosas não foram significativas.

No que concerne à associação entre variáveis sociodemográficas e seguimento das recomendações com o cuidado do corpo, observou-se relação estatística significativa entre

adesão e a procedência do paciente, sendo observado que pacientes do interior e pacientes com presença de comorbidades tem proporcionalmente uma menor adesão às recomendações de cuidado com o corpo (TABELA 9 e TABELA 10).

No que diz respeito às recomendações nutricionais, os aspectos sociodemográficos que se mostraram associados à maior adesão foram a idade e a renda (TABELA 11), uma vez que tanto a média de idade, quanto a renda do grupo de pacientes que seguiram todas a recomendações nutricionais foi estatisticamente superior a do grupo que não seguiu.

Em relação à associação entre suporte social e adesão às recomendações medicamentosas e as mudanças no estilo de vida, o suporte familiar destacou-se como fator essencial para a adesão do paciente aos cuidados relacionados ao corpo (TABELA 12).

Tabela 7 – Associação entre variáveis sócio-demográficas e adesão ao tratamento medicamentoso. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis	Adesão (n = 107)		Não Adesão (n = 73)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Gênero						
<i>Masculino</i>	76	62,3	46	37,7	1,27	>0,05
<i>Feminino</i>	31	53,4	27	46,6		
Procedência						
<i>Capital</i>	27	57,4	20	42,6	2,23	>0,05
<i>Interior</i>	22	51,2	21	48,8		
<i>Outro Estado</i>	58	64,4	32	35,6		
Estado Civil						
<i>Casado</i>	70	64,2	39	35,8	4,66	>0,05
<i>Solteiro</i>	16	57,1	12	42,9		
<i>Viúvo</i>	7	58,3	5	41,7		
<i>União Estável</i>	9	52,9	8	47,1		
<i>Separado</i>	5	35,7	9	64,3		
Ocupação						
<i>Aposentado</i>	60	66,7	30	33,3	15,48	0,01*
<i>Ativo Profissionalmente</i>	11	39,3	17	60,7		
<i>Pensionista</i>	3	100,0	0	0,00		
<i>Auxílio Doença</i>	15	42,9	20	57,1		
<i>Afastado INSS</i>	3	60,0	2	40,0		
<i>Afastados Sem Auxílio</i>	6	85,7	1	14,3		
<i>Inativo</i>	8	72,7	3	27,3		

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 8 - Valores médios nas variáveis sócio-demográficas e adesão ao tratamento Medicamentoso. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis	Adesão (n = 107)		Não Adesão (n = 73)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	55,9	12,6	51,1	16,0	2,11	0,03*
Escolaridade (Anos de Estudo)	10,1	5,5	11,29	4,5	1,63	>0,05
Renda (R\$)	3.304,7	4.409,9	3.044,9	2.732,6	0,44	>0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 9 – Associação entre variáveis sócio-demográficas e adesão às recomendações ao cuidado com o corpo. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis	Adesão (n = 78)		Não Adesão (n = 102)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Gênero						
<i>Masculino</i>	57	46,7	65	53,3	1,77	>0,05
<i>Feminino</i>	21	36,2	37	63,8		
Procedência						
<i>Capital</i>	21	44,7	26	55,3	5,83	0,04*
<i>Interior</i>	12	27,9	31	72,1		
<i>Outro Estado</i>	45	50,0	50	50,0		
Estado Civil						
<i>Casado</i>	52	47,7	57	52,3	3,84	>0,05
<i>Solteiro</i>	11	39,3	17	60,7		
<i>Viúvo</i>	6	50,0	6	50,0		
<i>União Estável</i>	5	29,4	12	70,6		
<i>Separado</i>	4	28,6	10	71,4		
Ocupação						
<i>Aposentado</i>	43	47,8	47	52,2	6,07	>0,05
<i>Ativo Profissionalmente</i>	8	28,6	20	71,4		
<i>Pensionista</i>	1	33,3	2	66,7		
<i>Auxílio Doença</i>	18	51,4	17	48,6		
<i>Afastado INSS</i>	2	40,0	3	60,0		
<i>Afastados Sem Auxílio</i>	2	28,6	5	71,4		
<i>Inativo</i>	3	27,3	8	72,7		

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 10 – Associação entre presença de comorbidade e adesão ao tratamento medicamentoso. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Presença de Comorbidades	Adesão (n = 107)		Não Adesão (n = 73)		χ^2	p
	n	%	n	%		
<i>Sim</i>	76	60,9	43	39,1	0,25	>0,05
<i>Não</i>	40	57,1	30	42,9		

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 11 – Valores médios nas variáveis sócio-demográficas e adesão às recomendações nutricionais. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis	Adesão (n = 94)		Não Adesão (n = 86)		t	P
	M	DP	M	DP		
Idade	56,2	13,6	51,5	14,6	2,25	0,02*
Escolaridade (Anos de Estudo)	10,5	5,7	10,5	4,5	0,02	>0,05
Renda (R\$)	3.746,9	4.524,1	2.572,8	2.685,7	2,12	0,03*

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 12 – Associação entre suporte social e adesão às recomendações aos cuidados com o corpo. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis	Adesão (n = 78)		Não Adesão (n = 102)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Suporte Familiar						
<i>Sim</i>	73	93,6	81	79,4	7,19	0,007*
<i>Não</i>	5	6,4	21	20,6		
Suporte de Amigos						
<i>Sim</i>	13	16,7	12	11,8	0,88	>0,05
<i>Não</i>	65	83,3	90	88,2		
Suporte Religioso						
<i>Sim</i>	10	12,8	15	14,7	1,31	>0,05
<i>Não</i>	68	87,2	87	85,3		
Suporte da Equipe						
<i>Sim</i>	52	66,7	67	65,7	0,19	>0,05
<i>Não</i>	26	33,3	35	34,3		

Fonte: dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica e clínica X Adesão ao tratamento

No que concerne aos aspectos sociodemográficos, a amostra em estudo apresentou perfil semelhante às pesquisas prévias as quais identificaram com maior prevalência pacientes do sexo masculino, acima de 50 anos, casados, aposentados ou recebendo auxílio doença (GERMANI et al., 2011; MORALES; VARO; LÁZARO, 2012).

As etiologias prevalentes nesta pesquisa reforçam os achados de estudos nacionais que mostram como principais indicações para o transplante hepático cirrose por vírus B, cirrose por vírus C, hepatite autoimune, carcinoma hepatocelular, cirrose alcoólica, cirrose criptogênica, esteato-hepatite e insuficiência hepática aguda (LIMA et al., 2011; MEIRELLES JÚNIOR et al., 2015; PORTELA et al., 2010).

No contexto Internacional, de acordo com guia prático de 2013, elaborado pela *American Association for the Study of Liver Diseases* (AASLD) e *American Society of Transplantation* (AST), observa-se a prevalência de Cirrose por infecção crônica por hepatite B e C, doença hepática alcoólica e carcinoma hepatocelular. O guia destaca que a esteatohepatite não alcoólica (NASH) pode se tornar a principal causa de transplante devido aos altos índices de obesidade. Um estudo realizado nos Estados Unidos aponta que apesar da infecção por HCV e cirrose alcoólica permanecerem como principais indicações para o transplante de fígado, observa-se crescimento da NASH como etiologia do transplante hepático e redução nos transplantes devido a infecções por vírus B e C devido ao avanço nas modalidades de tratamento (SINGAL et al., 2013).

O presente estudo obteve como comorbidades prevalentes hipertensão arterial (29,4%) e diabetes melitus (38,9%). Os resultados corroboram com análise retrospectiva realizada na Espanha com todos os pacientes adultos submetidos ao transplante hepático entre 1988 a 1993, a qual também apontou como principais comorbidades em pacientes pós-transplantados hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, tendo sua prevalência aumentada durante todo o acompanhamento desses pacientes (DOPAZO et al., 2015). A maioria dos pacientes transplantados apresentou algum tipo de comorbidade e fazia uso de medicamentos orais para o tratamento das mesmas, porém não se observou significativa relação entre comorbidades e não adesão, corroborando com Lamba et al. (2012) que concluíram que taxas de não aderência não diferem significativamente pela presença de comorbidades. Apesar disso, é preciso que a equipe de enfermagem oriente os pacientes acerca das medicações

imunossupressoras e relativas às suas comorbidades, evitando confusão entre os horários, doses e tipos de comprimidos.

Vários estudos têm tentado comprovar as relações entre adesão ao tratamento após o transplante e fatores socioeconômicos e clínicos, no entanto, ainda há bastante divergência entre os resultados, o que pode ser justificado devido à análise das variáveis de forma isolada. Na presente pesquisa, não se observou associação estatística significativa entre gênero, estado civil e adesão ao tratamento. Esses resultados corroboram parcialmente com estudo transversal realizado nos Estados Unidos por Lamba et al. (2012), o qual verificou que as taxas de não adesão não diferiram significativamente entre homens e mulheres, entre casados, solteiros, viúvos. No entanto, os autores apontam taxas significativamente mais altas de não adesão em receptores divorciados ($p = 0,009$).

Nesta pesquisa, identificou-se associação estatística significativa entre adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis situação trabalhista e idade. Resultados similares foram observados em pesquisa realizada em Lisboa com 75 pacientes transplantados, a qual constatou significativa associação entre não adesão e idade ($p=0,008$) e entre ocupação/atividade profissional ($p=0,043$), na qual pacientes ativos profissionalmente apresentaram menor adesão à terapêutica (66,7%) (MORENO, 2012). Outro estudo, realizado na China, com 124 pacientes transplantados de fígado constatou que a situação trabalhista é uma das principais variáveis que afetam a autogestão dos receptores de fígado ($n=124$) (XING et al., 2015).

Outra associação estatística significativa foi verificada entre a procedência do paciente e a adesão às orientações sobre cuidados com corpo, sendo observado que pacientes do interior tem proporcionalmente uma menor adesão. Além disso, as variáveis sociodemográficas idade e renda foram associadas a maior adesão nutricional.

Dentre as variáveis clínicas, os testes estatísticos mostraram associação significativa entre comorbidades e adesão ao tratamento relacionado aos cuidados com o corpo, enquanto que não houve relação estatística significativa entre tempo de transplante e adesão ao tratamento. Resultado similar é observado em estudo de coorte prospectivo na Alemanha, o qual não apontou variação significativa entre a taxa de adesão e o tempo decorrido após o transplante, embora haja destacado que a adesão é maior quando o paciente faz uso de dose única do imunossupressor (EBERLIN; OTTO; KRÄMER, 2013). Em contraste, estudo realizado na França com 135 pacientes que se submeteram ao transplante hepático em 2009, identificou diferenças significativas entre as taxas de boa adesão dependendo do tempo decorrido desde o transplante (DHARANCY et al., 2012).

6.2 Análise da adesão farmacológica

O seguimento correto da terapia farmacológica é importante para o sucesso do transplante. Os pacientes transplantados reconhecem que o transplante é uma segunda oportunidade e isso determina a forma como aderem ao tratamento (MORENO, 2012).

O presente estudo revelou que os pacientes procuram seguir corretamente as prescrições medicamentosas, no entanto, alguns ainda deixam de tomar ou tomam incorretamente as medicações, o que requer atenção por parte dos profissionais, pois é reconhecido que a suspensão da medicação ou irregularidade das tomadas pelo transplantado pode causar rejeição irreversível, acarretando a perda do novo órgão (CORDEIRO et al., 2013).

Constatou-se uma taxa de 21,7% de receptores de transplante que deixaram de tomar as medicações, 10,6% que tomaram incorretamente as medicações e 8,3% que tanto já deixaram de tomar quanto já tomaram incorretamente os comprimidos. Dentre os motivos que conduziram a utilização incorreta de medicação, o esquecimento ou confusão quanto aos horários foi prevalente (91,4%). Esses resultados corroboraram com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com 236 pacientes transplantados de fígado, a qual observou uma taxa de 35% (n=82) de pacientes que perdiam a dose do medicamento e 14% (n=34) de pacientes que não tomavam a dose corretamente (RODRIGUE et al., 2013). Estudo realizado por Eberlin, Otto e Krämer (2013) referiu que mesmo pacientes transplantados de fígado estando cientes da importância de tomar seus medicamentos imunossupressores, muitas vezes não tomam os remédios nos horários corretos.

Apesar das baixas taxas de pacientes que deixaram de tomar ou que tomaram de forma incorreta a medicação em algum momento após o transplante observadas no presente estudo, destaca-se a necessidade da identificação dos pacientes não aderentes pela equipe de enfermagem e avaliação dos motivos que os levam ao não cumprimento da tomada de medicação a fim de se elaborar, juntamente com o paciente, estratégias para seguir a terapia farmacológica, evitando-se complicações no enxerto. Sá e Soares (2016) apontam que o enfermeiro possui responsabilidades relativas não só ao manejo dos imunossupressores no ambiente hospitalar, mas também relacionadas à educação em saúde, pois deve ensinar o paciente e a família a respeito das medidas de promoção da saúde após o transplante.

De acordo com Jorge e Popov (2011) o enfermeiro deve fornecer instruções verbais e escritas sobre quando e como tomar os medicamentos, além de orientá-los sobre a identificação de sinais e sintomas que podem necessitar de consulta com a equipe de transplante. Segundo os autores, tanto o paciente quanto a família devem compreender as razões

pelas quais devem aderir de forma contínua ao regime terapêutico, destacando-se as justificativas, métodos de administração e efeitos adversos esperados dos agentes imunossupressores prescritos.

Verificou-se que a maior parte dos transplantados (n=150) utiliza algum tipo de método para facilitar a tomada de medicações, tendo sido citados: a utilização de alarmes/lembretes, diários/registros, porta-medicamentos e o armazenamento de medicações em lugar de fácil acesso. Observou-se ainda que a maior parte dos pacientes que possuem métodos de organização para uso de medicações apresentou uma boa adesão ao tratamento, porém não é possível afirmar que esse dado é fator preditivo de adesão ao tratamento, uma vez que pacientes que não faziam uso de algum método também tiveram uma boa adesão ao tratamento. A pesquisa corrobora com resultados identificados por Moreno (2012), que em estudo transversal em Lisboa identificou como métodos mais utilizados para evitar esquecimento de medicações a utilização dos alarmes de celular e despertadores (32%) e a utilização de caixas de medicação (10,6%). Ainda nesse estudo, observou-se que indivíduos que utilizaram essas ferramentas apresentaram uma taxa de adesão superior ao observado nos indivíduos que não utilizaram nenhum método, no entanto, essa associação entre a utilização de métodos para evitar o esquecimento e o comportamento de não adesão não foi estatisticamente significativa ($p=0,229$).

Lamba et al. (2012) constataram que o grupo de maior adesão ao tratamento foi aquele que mantinha suas consultas regularmente com seus profissionais de saúde (87%) e possuía registro de seus medicamentos (46%). Assim, possuir algum método para tomada dos imunossupressores pode facilitar a adesão farmacológica, como é suportado pelos dados.

6.3 Seguimento das recomendações de mudanças no estilo de vida

O manual de orientação ao paciente em transplante disponibilizado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) contém informações relevantes sobre os cuidados pré e pós-operatórios. O manual aborda cuidados permanentes como manutenção de dieta equilibrada, evitando produtos industrializados; higienização de mãos antes e depois das refeições e de alimentos antes de consumi-los; manutenção de peso ideal; contra-indicação da ingestão de quaisquer tipos de bebidas que contenham álcool; prática regular de atividades e exercícios e utilização de protetor solar.

No período pré e pós-transplante são dadas orientações alimentares com informações detalhadas sobre a dieta e cuidados com a manipulação e preparo dos alimentos.

Com o tempo, os pacientes transplantados poderão ter uma dieta semelhante a de pacientes não transplantados, porém devem sempre atentar para os tipos de alimentos que estão consumindo e as condições higiênico-sanitárias a fim de evitar infecções e outras complicações no pós-transplante. É preciso sempre higienizar as mãos, frutas, legumes e verduras, observar a validade dos alimentos, evitar alimentos ricos em sódio, gordura, açúcares e conservantes (ABTO, 2015).

Os resultados da presente pesquisa mostraram que os pacientes possuem uma boa adesão ao tratamento, uma vez que procuram seguir as recomendações nutricionais e de cuidado com o corpo e não faltar às consultas de acompanhamento. No entanto, as orientações sobre cuidados com o corpo precisam ser reforçadas e incentivadas, pois se verificou uma quantidade significativa de pacientes que deixam de seguir as recomendações relacionadas ao cuidado com o corpo, principalmente referentes à realização de atividade física. Uma alta porcentagem de pacientes negou fazer uso de bebidas alcoólicas (94,4%) e tabaco (95,6%). Esses dados sugerem que pacientes transplantados estão cientes da importância de permanecer com hábitos de vida saudáveis após o transplante para o sucesso do tratamento.

Apesar dos resultados bastante positivos, alguns pacientes entrevistados ainda relataram fazer uso de bebidas alcoólicas ou tabaco e ter deixado de seguir as orientações nutricionais e de cuidados com corpo em algum momento após o transplante. Dentre os motivos para não cumprimento das recomendações de mudanças nos hábitos de vida, a falta de motivação para seguir as recomendações foi a mais citada. Esses dados suportam estudo realizado por Moreno (2012) o qual verificou que as indicações consideradas mais difíceis de cumprir são deixar de fumar (10,7%), seguir uma dieta (28%) e praticar exercício (33,3%). O'Grady et al. (2010) afirmaram que a equipe multiprofissional deve considerar a utilização de programas e técnicas motivacionais, visando fornecer apoio aos não aderentes.

Revisão retrospectiva com 300 pacientes submetidos a transplante de fígado nos Estados Unidos entre 1995 e 2007 observou que 48 (16,0%) pacientes voltaram a fazer uso de álcool. O padrão de recaída foi um evento único para 10 pacientes (20,8%), recidivas intermitentes para 22 pacientes (45,8%) e beber pesado contínuo para 16 pacientes (33,3%). A revisão verificou associação entre consumo contínuo de álcool após transplante e à perda de enxerto (RICE et al., 2013).

Embora os resultados tenham mostrado um baixo número de transplantados tabagistas, a equipe multiprofissional deve sempre reforçar a contraindicação ao tabaco, pois o tabagismo ativo tem sido associado a maior risco de mortalidade relacionada com infecção cardiovascular e sepse (LEITHEAD; FERGUSON; HAYES, 2008).

Comportamentos de tabagismo têm sido investigados antes e depois do transplante de órgãos, revelando que existe uma taxa de 12% de reicidência de uso de cigarro após o transplante e maior risco de malignidade em transplantados fumantes (VAN DER HEIDE et al., 2009). Nesse contexto, faz-se relevante que a equipe que realiza o acompanhamento pós-transplante utilize ferramentas de conscientização para prevenção do consumo de cigarro para pacientes fumantes, não fumantes e ex-fumantes. Pacientes que possuem dificuldade de parar de fumar devem receber auxílio profissional adequado.

É importante que, após liberação médica, os pacientes busquem praticar atividade física regularmente, pois é reconhecido que exercícios atuam na restauração das condições de saúde uma vez que melhora o condicionamento físico após a cirurgia, ajuda na manutenção do peso adequado e reduz o impacto dos imunossupressores no organismo (MATHUR, 2014; KHWAJA; MEGUID, 2012).

Os resultados mostraram que uma parcela dos pacientes transplantados não realiza exercícios (n=79) por falta de interesse/motivação (44,3%) e problemas de saúde (29,1%). Os dados revelam a necessidade de utilização de ferramentas que esclareçam as dúvidas acerca da realização de atividade física, aumentando o grau de informação relacionado ao assunto e estimulando essa prática. Gustaw et al. (2017) destacam em seu estudo transversal quatro facilitadores mais comuns para prática de atividade física no pós-transplante: sentimento de saúde, um alto nível de motivação, apoio de família e amigos, e conhecimento acerca da prática de exercícios. Identificam ainda que a ausência de orientações sobre exercícios é uma barreira para manutenção de atividade física regular. Nesse contexto, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar não só incentive a prática de atividade física, mas também realize atendimentos direcionados, buscando encaminhar para profissionais específicos, quando julgarem necessário, visando adequação do tipo de atividade física com as particularidades de cada paciente, uma vez que se observou que alguns pacientes faziam uma associação inadequada entre problemas de saúde e a prática de exercício físico.

Tem-se observado que dieta inadequada e ausência de exercícios regulares contribuem para a incidência de obesidade, conduzindo ao aumento de problemas cardiovasculares e comorbidades como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e síndrome metabólica na população transplantada (ANASTÁCIO, 2011, 2013). Uma parte dos pacientes entrevistados ainda possuem dificuldades de seguir o plano terapêutico, portanto, ressalta-se a importância da equipe reforçar as práticas de educação em saúde, esclarecendo sobre os malefícios que podem ser gerados devido a não adesão e incentivando as mudanças nos hábitos de vida.

Assim como o uso de medicamentos imunossupressores, consultas periódicas de acompanhamento são obrigatórias (PORTAL DA SAÚDE, 2016). Os resultados desta pesquisa revelaram uma alta taxa de comparecimento às consultas marcadas, sugerindo-se que os pacientes estão cientes da importância de manter a assiduidade às consultas e exames periódicos para manutenção da qualidade do fígado transplantado.

6.4 Suporte social e adesão ao tratamento

Uma rede social é o grupo de pessoas com quem um indivíduo se mantém em contato, relacionadas aos cônjuges, família, amigos, comunidades e instituições (BORGES et al., 2016). Por sua vez, o apoio social refere-se a cuidados, incentivos ou serviços prestados por membros dessas redes sociais (LADIN et al., 2018).

Levantamento de publicações científicas brasileiras dos anos de 1987 a 2007 observou que relações sociais são importantes para a saúde física e mental das pessoas, sendo considerados fatores protetivos e promotores de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações específicas como doenças crônicas ou agudas, estresse e exercendo efeitos diretos e indiretos sobre a saúde dos indivíduos, reforçando o senso de controle sobre a própria vida (GONÇALVES et al., 2011). Além disso, Stilley et al. (2010), em estudo conduzido no Centro Médico da Universidade de Pittsburgh, verificaram que a melhor adesão ao tratamento está relacionada aos padrões de enfrentamento, tomada de decisão e apoio social, enquanto que a limitação afetiva foi fator preditor de desfechos clínicos negativos.

Diversos estudos têm buscado estabelecer relações entre adesão ao tratamento após o transplante e suporte social. Na presente pesquisa, o suporte familiar destacou-se como um importante fator para a adesão do paciente aos cuidados relacionados ao corpo e a prática de exercícios físicos. Em contraste, Ladin et al. (2018) apontaram que associação entre adesão ao tratamento e o suporte social não é consistente e significativa.

Neste estudo, os resultados mostraram que a família e a equipe multidisciplinar, principalmente a equipe de enfermagem, são os principais suportes sociais, sendo outros tipos também citados como relevantes para o seguimento da terapia após o transplante (amigos, grupos religiosos, cuidadores). O resultado corrobora com estudo exploratório-descritivo realizado em um centro de transplante dos Estados Unidos com 258 receptores de transplantes de rim, fígado e pâncreas, o qual também aponta a família como principal rede de apoio (67%) e organizações de saúde, grupos religiosos, amigos e vizinhos (32.6%) (CETINGOK et al., 2008)

O apoio dos familiares é considerado fator importante desde a indicação de transplante até o momento atual do tratamento, pois pode influenciar positivamente os transplantados a seguirem as orientações da equipe multiprofissional. Nobrega e Lucena (2011) afirmam que a participação familiar no tratamento contribui para a adesão por meio de palavras de incentivo, cobranças referentes ao uso da medicação e acompanhamento às consultas. Além disso, observa-se que alguns fatores têm sido descritos como promotores da adesão como o acompanhamento familiar em encontros terapêuticos que propiciem a educação em saúde; o recebimento de informações padronizadas e o estabelecimento de contato direto com profissional que seja responsável pelo acompanhamento clínico do paciente (OLIVEIRA; TURRINI; POVEDA, 2016).

A equipe multiprofissional atua como suporte social fundamental para um resultado positivo no processo de transplante de fígado. Após o transplante, a equipe deve direcionar os cuidados para a prevenção de complicações, empoderamento para o autocuidado e estímulo da participação ativa do paciente transplantado e rede de apoio para continuidade dos cuidados no convívio domiciliar e social. É papel da enfermagem estimular o paciente a comparecer as consultas agendadas e realizar exames periódicos, além de orientá-lo quanto a tomada de medicações imunossupressoras e cuidados com o enxerto, retirando dúvidas que venham a surgir após o transplante de fígado a fim de assegurar que o paciente siga corretamente o plano terapêutico e tenha uma melhor qualidade de vida (NEGREIROS et al., 2016).

Os profissionais de enfermagem atuam como principais facilitadores do processo de transição saúde-doença por terem maior vínculo e melhor compreensão acerca das necessidades dos pacientes (MOTA; RODRIGUES; PEREIRA, 2011). A enfermagem atua na implementação de intervenções centradas no regime medicamentoso, na gestão e manutenção do regime terapêutico, na dieta, nos hábitos de exercício, na prevenção de complicações, na detecção precoce de sinais de infecção e rejeição do enxerto (MOTA; BASTOS; BRITO, 2018). Por isso, exercem papel essencial no cuidado ao paciente transplantado, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento. Negreiros et al. (2017) constataram em seu estudo de abordagem qualitativa que a educação em saúde realizada pelo enfermeiro, além de ser uma ferramenta para esclarecimento de todo o processo pré e pós-transplante, contribui para melhor recuperação após o transplante, conscientização do cliente na adesão ao tratamento, empoderamento sobre o autocuidado, mudança de comportamento e aceitação do novo estilo de vida.

A participação de grupos religiosos também foi identificada como um dos fatores para a adesão ao tratamento de pacientes transplantados de fígado. Após o transplante, a busca por atividades espirituais aumenta, favorecendo o seguimento das recomendações de saúde e

revelando que práticas religiosas podem contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, a equipe multiprofissional deve atentar para a inclusão da espiritualidade em suas práticas de saúde como forma de auxiliar na recuperação do paciente e manutenção do tratamento (SANTOS et al., 2014).

A criação de aplicativos contendo as principais informações sobre os imunossupressores e dicas para facilitar a tomada das medicações pode auxiliar na redução da ingesta incorreta ou esquecimento dos comprimidos. Além disso, é preciso que a equipe multiprofissional estimule a cada consulta a manutenção do tratamento, enfatizando a importância do mesmo.

7 CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo, foi possível determinar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes transplantados, sendo prevalente pacientes do sexo masculino, casados, provenientes de outros estados do Brasil, aposentados, com média de tempo de transplante de 59,9 meses, com presença de comorbidades, sendo as principais Diabetes e Hipertensão, em uso de associação de Tacrolimus e Mycopenolato e apresentando como etiologias principais as hepatites virais e cirrose alcoólica. As variáveis ocupação e idade foram associadas à adesão ao tratamento medicamentoso, enquanto que idade e renda foram associados a maior adesão às recomendações nutricionais. A presença de comorbidades e procedência do paciente foram fatores associados a maior ou menor adesão às recomendações com o cuidado do corpo. O suporte familiar exerceu papel positivo para a adesão do paciente em cuidados relacionados ao corpo e a prática de exercícios físicos.

Constatou-se uma elevada taxa de pacientes aderentes ao tratamento medicamentoso e ao seguimento das recomendações profissionais acerca das mudanças no estilo de vida. A maior parte dos pacientes relatou não consumir bebidas alcoólicas ou fazer uso de tabaco e nunca faltar às consultas e exames. Esses dados sugerem que os pacientes transplantados reconhecem a importância da manutenção do tratamento após o transplante. Apesar dos resultados positivos encontrados, ainda verificou-se uma parcela de pacientes que relataram dificuldades para seguir o plano terapêutico. Dentre as principais barreiras para adesão medicamentosa, o esquecimento foi o mais citado e, em relação à adesão ao estilo de vida saudável, a falta de motivação e de tempo foi prevalente.

Como limitações do estudo, destaca-se a dificuldade para realização de análise aprofundada sobre a temática, uma vez que estudos no Brasil relativos à adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito ao seguimento de recomendações nutricionais e de cuidados com corpo, ainda são escassos. Além disso, questões que envolvem a adesão ao tratamento apresentam algumas divergências entre os resultados de estudos, principalmente em relação à influência dos fatores sociodemográficos na adesão ao tratamento, dificultando-se uma conclusão precisa acerca da adesão ao tratamento, por isso, é preciso haver continuidade à investigação nesta área. Sugere-se em estudos futuros a realização da análise das variáveis de forma agrupada, verificando o efeito das mesmas em conjunto, permitindo uma melhor compreensão do fenômeno da adesão ao regime terapêutico nos transplantados hepáticos, principalmente no contexto nacional.

A discussão sobre fatores sociodemográficos e clínicos envolvidos na adesão ao tratamento pode conduzir a uma melhor avaliação do perfil de pacientes transplantados, verificando-se o contexto em que se encontram, possibilitando-se a realização de consultas de enfermagem específicas para as necessidades do paciente. Além disso, os resultados científicos deste estudo poderão ser utilizados nas unidades de transplante, visando uma melhora na sobrevida do enxerto, diminuição das taxas de morbimortalidade dos pacientes, aumento da qualidade de vida e redução dos custos em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. I. et al. Gravidade da doença hepática e qualidade de vida no transplante de fígado. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 107-14, jan./feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100107&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2017.
- ANASTÁCIO, L. R. et al. Nutrição e transplante hepático: da lista de espera ao pós-operatório, **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 21, n.4, p. 433-443, out. 2011. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/146>>. Acesso em: 16 jun. 2018.
- ANASTÁCIO, L. R. et al. Excesso de peso em pacientes submetidos ao transplante hepático. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 502-507, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2018.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Rev. Práxis.**, Volta Redonda, v. 3, n. 6, 59-62, ago. 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 9 abr. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Registro Brasileiro de Transplantes 2017. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Manual de orientação ao paciente em transplante**, 2015. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/GAT/Manual_GAT_Congresso2015.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2018.
- BORGES, D. C. S. et al. A rede e apoio social do transplantado renal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p.e59519, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2018.
- BRITTO JÚNIOR, A. F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência.**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200/186>>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- BURRA, P. et al. Adherence in liver transplant recipients. **Liver Transpl.**, v. 17, n.7, p.760-70, jul. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.22294/full>>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- CETINGOK, M. et al. Relationships between sex, race, and social class and social support networks in kidney, liver, and pancreas transplant recipients. **Prog. Transplant.**, v. 18, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18615972>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015**. Edição portuguesa. Ordem dos Enfermeiros, 2016. 38 p. Disponível em: <<https://www.portalenf.com/2017/04/classificacao-internacional-pratica-enfermagem-cipe-2015/>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CORDEIRO, M. C. O. et al., Adesão à terapêutica do doente transplantado hepático: Vivências e dificuldades. **Rev. de Investigação em Enfermagem**, v.2, n.3, p. 7-17, mai. 2013 Disponível em: <http://www.eformasau.pt/files/Revistas/RIE_3_2Serie_0513.pdf#page=9>. Acesso em: 30 abr. 2018.

DEW, M. A. et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. **Transplantation**, v. 83, n.7, p. 858-87, abr. 2007. Disponível em: <https://journals.lww.com/transplantjournal/fulltext/2007/04150/Rates_and_Risk_Factors_for_Nonadherence_to_the.5.aspx>. Acesso em: 21 abr. 2018.

DEW, M. A. et al. Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. **Liver Transpl**, v.14, n.2, p. 159–172, fev. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883859/>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

DHARANCY, S. et al. Adherence with immunosuppressive treatment after transplantation: results from the French trial PREDICT. **Clin Transplant**, vol. 26, n.3, p. 293-9, mai/jun. 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/j.1399-0012.2012.01652.x>> Acesso em: 9 mar. 2018.

DOPAZO, C. et al. Analysis of adult 20-year survivors after liver transplantation. **Hepatol. Int.**, v. 9, n. 3, p. 461-470, mai/jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4473278/>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

EBERLIN, M.; OTTO, G.; KRÄMER, I. Increased Medication Compliance of Liver Transplant Patients Switched From a Twice-Daily to a Once-Daily Tacrolimus-Based Immunosuppressive Regimen. **Transplant. Proc.**, v. 45, n.6, p.2314–2320, jul/ag. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2372672>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

FARKAS, S.; HACKL, C.; SCHLITT, H. J. Overview of the Indications and Contraindications for Liver Transplantation. **Cold Spring Harb. Perspect. Med.**, v. 4, n. 5, p. a015602, mai. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3996378/>>. Acesso em: 28 out. 2016.

FINE, R. N. et al. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. **Am. J. Transplant.**, v. 9, n.1, p.35-41, ja. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2008.02495.x/pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

GERMANI, G. et al. Nonadherent Behaviors After Solid Organ Transplantation. **Transplant. Proc.**, v.43, n. 1, p.318-323, jan/fev. 2011. Disponível em: <[http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345\(10\)01523-X/fulltext](http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345(10)01523-X/fulltext)>. Acesso em: 30 set. 2017.

- GUSTAW, T. et al. Physical activity in solid organ transplant recipients: Participation, predictors, barriers, and facilitators. **Clin. Transplant.**, v.31, n.4, p. e12929, abr. 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ctr.12929>>. Acesso em: 11 jun. 2018.
- HUGON, A. et al. Influence of intention to adhere, beliefs and satisfaction about medicines on adherence in solid organ transplant recipients. **Transplantation**, v.98, n.2, p. 222-228, jul. 2014. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24926826>>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- JORGE, D. B. R.; POPOV, D. C. S. Aspectos fundamentais da assistência de enfermagem no transplante hepático. **Rev. Enferm. UNISA.**, v.12, n.2, p. 142-7, 2011. Disponível em: <<http://w2.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/volumes/2011-2.shtml>>. Acesso em: 17 jun 2018.
- KHWAJA, A.; MEGUID, EN. Transplantation in the obese: separating myth from reality. **Nephrol Dial. Transplant.**, v. 27, n.10, p. 3732–35, out. 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ndt/article/27/10/3732/1830159>>. Acesso em: 16 jun. 2018.
- LADIN, K. et al. Is social support associated with post-transplant medication adherence and outcomes? A systematic review and meta-analysis. **Transplant. Rev.**, v. 32, n.1 , p. 16-28, jan. 2018. Disponível em: <[https://www.transplantationreviews.com/article/S0955-470X\(16\)30140-9/fulltext](https://www.transplantationreviews.com/article/S0955-470X(16)30140-9/fulltext)>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- LAMBA, S. et al. Self-reported non-adherence to immune-suppressant therapy in liver transplant recipients demographic, interpersonal, and intrapersonal factors. **Clin. Transplant.**, v. 26, n.2, p.328–335, mar/abr. 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/j.1399-0012.2011.01489.x>>. Acesso em: 10 set. 2017.
- LEITHEAD, J. A.; FERGUSON, J. W.; HAYES, P. C. Smoking-related morbidity and mortality following liver transplantation. **Liver Transpl.**, v.14, n.8, p.1159-64, ago. 2008. Disponível em: <<https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lt.21471?scrollTo=references#>>. Acesso em: 01 mai. 2018.
- LIMA, A. et al. Migração de pacientes para transplante hepático. **Rev. Med. Minas Gerais.**, v.21, n.4, p. 413-421, out. 2011. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/144>>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- LISSON, G. L.; RODRIGUEZ J. R.; REED A. I.; NELSON, D. R. A brief psychological intervention to improve adherence following transplantation. **Ann. Transplant.**, v.10, n.1, p. 52-57, 2005 Disponível em: <<https://www.annalsoftransplantation.com/download/index/idArt/142738>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

- MARTIN, P. et al. Evaluation for liver transplantation in adults: 2013 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation. **Hepatology**, v. 59, n. 3, p. 1144-1165, mar. 2014. Disponível em: <<https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hep.26972>>. Acesso em: 11 jun. 2018.
- MATHUR, S. et al. Meeting Report: Consensus Recommendations for a Research Agenda in Exercise in Solid Organ Transplantation. **Am. J. Transplant.**, v.14, n.10, p. 2235-45, out. 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajt.12874>>. Acesso em: 16 jun. 2018.
- MEIRELLES JÚNIOR, R. F. et al. Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. **Einstein.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 149-152, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2018.
- MORAES, A. C. O.; OLIVEIRA, P. C.; FONSECA-NETO, O. C. L. Impacto do escore meld na alocação de fígado e nos resultados dos transplantes hepáticos: uma revisão integrativa. **Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo. v. 30, n. 1, p. 65-68, jan/mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v30n1/pt_0102-6720-abcd-30-01-00065.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- MORALES, J.; VARO, E.; LÁZARO, P. Immunosuppressant treatment adherence, barriers to adherence and quality of life in renal and liver transplant recipients in Spain. **Clin. Transplant.**, v. 26, n. 2, p. 369–376, mar/apr. 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-0012.2011.01544.x>>. Acesso em: 10 jun 2018.
- MORENO, M. F. C. H. Adesão terapêutica em doentes submetidos a transplante hepático e renal. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. 2012. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9707/4/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Maria%20Fernanda%20Moreno.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- MOTA, L.; RODRIGUES, L.; PEREIRA, I. A transição no transplante hepático: um estudo de caso. **Rev. Enf. Ref.**, v.3, n.5, p. 19- 26, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a02.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- MOTA, L.; BASTOS, F. S.; BRITO, M. A. C. A pessoa submetida a transplante de fígado: terapêuticas de enfermagem no follow-up. **Rev. Enf. Ref.**, v.4, n. 16, p. 19 – 28, jan./fev./mar. 2018. Disponível em: <https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2787&id_revista=24&id_edicao=119>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- NEGREIROS, F. D. S. et al. Liver transplant in reference hospital: nursing skills in outpatient service. **J. Nurs. UFPE online.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1351-1359, abr. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11075/12511>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

NEGREIROS, F. D. S. et al . Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 2, p. 242-248, abr. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200242&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2018.

NÓBREGA, R. T.; LUCENA, M. M. S. Para além do transplante hepático: explorando a adesão ao tratamento. **Est. Pesqui. Psicol.**, Brasília, v.11, n.3, p. 965-982, set. 2011.

Disponível em: < <http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a14.pdf> >. Acesso em 21 abr. 2018.

O' CARROLL, R. E. et al. Adherence to medication after liver transplantation in Scotland: a pilot study. **Liver Transpl.** v.12, n. 12, p. 1862-1868, dez. 2006. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.20828/epdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

O'GRADY, J. G. M. et al. Multidisciplinary Insights Into Optimizing Adherence After Solid Organ Transplantation. **Transplantation**, v. 89, n.5, p. 627-632, mar. 2010. Disponível em:

<https://journals.lww.com/transplantjournal/fulltext/2010/03150/Multidisciplinary_Insights_Into_Optimizing.19.aspx#R7-19>. Acesso em: 09 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003. Disponível em:

<<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adhetenceSection1.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

OLIVEIRA, R. A.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Adherence to immunosuppressive therapy following liver transplantation: an integrative review. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.**, v.24, p. e2778, ago. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02778.pdf> Acesso em: 01 mai. 2018.

PORTAL DA SAÚDE, Transplante de Órgãos, 13 Janeiro 2016. Disponível em:

<<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21682-transplante-de-orgaos>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

PORTELA, M. P. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil.

Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 56, n. 3, p. 322-6, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a18.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013. 276 p.

RICE, J. P. et al. Abusive drinking after liver transplantation is associated with allograft loss and advanced allograft fibrosis. **Liver Transpl.**, v. 19, n.12, p. 1377-1386, dez. 2013.

Disponível em: <<https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lt.23762>>.

Acesso em: 18 jun 2018.

RODRIGUE, J.R. et al. Patient-reported immunosuppression nonadherence 6 to 24 months after liver transplant: association with pretransplant psychosocial factors and perceptions of health status change. **Prog. Transplant.**, v. 23, n.4, p. 319-328, dez. 2013. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127806/>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá, v. 4, n. 4, p.129-148, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/328/310>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SÁ, R. C.; SOARES, C. R. S. Terapia imunossupressora no transplante de fígado: contribuição para a enfermagem. **Rev. Aten. Saúde.**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 50, p. 111-125, out./dez. 2016. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3992/pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

SANTOS, M. T. et al. Influência da espiritualidade em pacientes pós transplante hepático: um estudo transversal. **Rev. SBPH.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 24-48, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2018.

STILLEY, C. S. et al. Individual and environmental correlates and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation. **Prog. Transplant.**, v.20, n.1, p.58-67, mar. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858409/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **Br. Med. J.**, v..333(7557), n.4, p.15, jul. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1488752/>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SINGAL, A. K. et al. Evolving Frequency and Outcomes of Liver Transplantation Based on Etiology of Liver Disease. **Transplantation.**,v. 95, n. 5, p 755–760, mar. 2013. Disponível em: <https://journals.lww.com/transplantjournal/fulltext/2013/03150/Evolving_Frequency_and_Outcomes_of_Liver.17.aspx> Acesso em: 06 jun. 2018.

TELLES-CORREIA, D. et al. Adesão nos doentes transplantados. **Acta Med. Port.**, v. 20, p.73-85, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Diogo_Telles_Correia/publication/6214522_Adherence_in_transplantated_patients/links/5a59eded0f7e9b5fb3854ebb/Adherence-in-transplantated-patients.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

VAN DER HEIDE, F. et al. Smoking behavior in liver transplant recipients. **Liver Transpl.**, v.15, n. 6, p.648-655, jun. 2009. Disponível em: <<https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lt.21722>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

XING, L. et al. Self-management and self-efficacy status in liver recipients. **Hepatobiliary Pancreat Dis Int.**, Shanghai, v. 14, n.3, p. 253-62, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499387215603332?via%3Dihub>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

13.5 Doença Renal	1.()sim	2.()não
13.6 Câncer	1.()sim	2.()não
13.7 Outros	1.()sim Qual _____	2.()não
14. Utiliza outra medicação contínua/regulamente além das medicações imunossupressoras?		
1.()sim	Qual _____	2.()não
15. Etiologia da doença hepática		
15.1- Hepatite A	1.()sim	2.()não
15.2 - Hepatite B	1.()sim	2.()não
15.3 - Hepatite C	1.()sim	2.()não
15.4 - Hepatite D	1.()sim	2.()não
15.5 – Cirrose Alcoólica	1.()sim	2.()não
15.6 - Cirrose criptogênica	1.()sim	2.()não
15.7 - Hepatite autoimune	1.()sim	2.()não
15.8 - Hepatocarcinoma	1.()sim	2.()não
15.9 - D. Wilson	1.()sim	2.()não
15.10 - Sd. hepatopulmonar	1.()sim	2.()não
15.11 - Tumor neuroendocrino	1.()sim	2.()não
15.12 - Polineur. amiloidótica fam.	1.()sim	2.()não
15.13 - Hemocromatose	1.()sim	2.()não
15.14 - Colestase Autoimune	1.()sim	2.()não
15.15 - Cirrose Biliar Primária	1.()sim	2.()não
15.16 - Cirrose Biliar Secundária	1.()sim	2.()não
15.17 - Colangite esclerosante primária	1.()sim	2.()não
15.18 - Síndrome de Budd-Chiari	1.()sim	2.()não
15.19 - Def. alfa-antitripsina	1.()sim	2.()não
15.20 – Hepatite Fulminante	1.()sim	2.()nao
15.21 – Outros	1.()sim	2 () nao
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO		
16. Quais imunossupressores utiliza		
1. () Tacrolimus	2. () Ciclosporina	3. () Everolimus
4. () Mycofenolato	5. () Azatioprina	6. () Outros _____
17. Consegue seguir todas as recomendações relacionadas ao uso de medicamentos após o tx?		
1.()Sempre	2.()Quase sempre	3.()Às vezes
4.()Raramente	5.()Nunca	
18. Modo de uso dos comprimidos		
1. () Somente com água	4. () Antes das refeições	
2. () Outros líquidos e/ou alimentos sólidos	5. () Junto com as refeições	
3. () Jejum	6. () Após as refeições	
19. Alguma vez já deixou de tomar as medicações relacionadas ao Tx?		
1. Sim ()	2. Não ()	
Se sim , por qual motivo deixou de tomar a medicação?		
1.() Esquecimento	5. () Difícil acesso a medicação	
2.() Dificuldade de entender o esquema terapêutico	6. () Evitar Efeitos Colaterais	

1. Falta de tempo 2 falta de interesse/motivacao 3. problema de saude 4 baixa renda
25. Faz uso de enlatados, refrigerantes, doces, frituras, massas, temperos industrializados. 1.()Sempre 2.()Quase sempre 3.()Às vezes 4.()Raramente 5. ()Nunca
26. Faz uso de bebida alcóolica? 1.()Sempre 2.()Quase sempre 3.()Às vezes 4.()Raramente 5. ()Nunca
27. Faz uso de tabaco e/ou outras drogas? 1.()Sempre 2.()Quase sempre 3.()Às vezes 4.()Raramente 5. ()Nunca
28. Com que frequência comparece às consultas, exames e tratamentos relacionados ao Tx. 1.()Sempre 2.()Quase sempre 3.()Às vezes 4.()Raramente 5.()Nunca
29. Alguma vez já deixou de comparecer a consultas, exames e tratamentos relacionados ao Tx ? 1. () Sim 2. () Não Se sim, porque? 1. () Esquecimento 4. () Dificuldades de acesso ao serviço 2. () Mora em outro Estado/Cidade 5. () Custos da locomoção/deslocamento 3. () Não acha mais necessário comparecer 6. () Teve outro compromisso 7. () Problemas pessoais ou de saude
30. Possui algum suporte/apoio social para ajudá-lo a seguir as recomendações pós tx? 1. () Sim 2.() Não Se Sim, qual? 1.() Família 4. () Equipe Multidisciplinar 2.() Amigos 5. () Outros _____ 3.() Grupos religiosos
31. Acredita que o apoio social/familiar o ajuda a seguir o plano terapêutico? 1. () Sim 2.()Não Motivo? _____

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado como participante da pesquisa intitulada: “PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO”, cujo objetivo é avaliar as características clínicas e epidemiológicas de pessoas que foram submetidas ao transplante de fígado.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que poderá ter questões sobre os temas: 1. Câncer de pele. 2. Adesão ao tratamento. 3. Função reprodutiva e gravidez. 4. Retorno ao trabalho após o transplante, e autorizar o acesso às informações sobre o transplante em sua pasta-arquivo do ambulatório e prontuário médico. A entrevista terá duração média de 20 minutos. Os resultados contribuirão para aumentar o conhecimento científico sobre o perfil dos pacientes transplantados de fígado.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado à possível desconforto ou constrangimento durante as perguntas. Você poderá recusar-se a responder alguma pergunta que não se sinta a vontade.

As informações serão utilizadas unicamente para esta pesquisa e as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Gostaríamos de esclarecer ainda que:

- A qualquer momento você poderá recusar-se a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.
- Você tem o direito ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- Você não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa.
- Você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Endereço da pesquisadora responsável pela pesquisa:

Maria Isis Freire de Aguiar

Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 (Sala 12), Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.

Telefone para contato: 3366 8461. E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00 – 12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é o órgão da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador

Data: ____/____/____

Assinatura: *Maria Isis Freire de Aguiar*

Nome da testemunha(se o voluntário não souber ler) Data: ____/____/____ Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Data ____/____/____

Assinatura: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC/PROPESQ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO

Pesquisador: MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78793317.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.402.635

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese que visa identificar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático e buscará conhecer as principais causas de mortalidade após o transplante, se envolvem recidiva da doença, complicações biliares, rejeição e infecções; determinar a adesão ao tratamento; avaliar se o uso de imunossupressores pode contribuir para o surgimento de lesões precursoras de câncer de; se as mulheres conseguem melhorar a função sexual e reprodutiva após o transplante; determinar a taxa de retorno ao trabalho após o transplante.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar perfil clínico e epidemiológico de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático.

Específicos

- Investigar os fatores de risco e causas para mortalidade após o transplante de fígado;
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento após o transplante;
- Analisar quais fatores interferem na adesão ao tratamento após o transplante;
- Analisar as lesões precursoras de câncer de pele em pacientes transplantados hepáticos;
- Verificar os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele em pós-transplantados hepáticos;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.402.835

- Avaliar aspectos da função sexual e reprodutiva em mulheres após serem submetidas a transplante de fígado;
- Identificar complicações maternas e fetais associados à gravidez pós-transplante;
- Verificar quais fatores interferem no retorno ao trabalho para o paciente transplantado hepático.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos, pode ocasionar desconforto na aplicação dos instrumentos de coleta em virtude do tempo exigido e algum constrangimento pelo teor de perguntas que envolvem questões pessoais.

Benefícios: contribuirá para identificação do perfil clínico-epidemiológico dos participantes, e consequente melhoria da assistência aos pacientes transplantados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, realizado no ambulatório de transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, na cidade de Fortaleza. A população do estudo será composta por todos os pacientes submetidos ao transplante de fígado na instituição selecionada para pesquisa, entre os anos de 2002 a 2016, com idade a partir de dezoito anos, procedentes de qualquer estado do país. A coleta de dados será realizada por meio de fontes primárias e secundárias. Serão utilizados cinco instrumentos semi-estruturados, elaborados pelos pesquisadores para atender aos diferentes objetivos propostos, conforme temática detalhada a seguir: 1. Mortalidade: dados sócio-epidemiológicos e clínicos (informações sobre o doador e sobre o transplante, tempo de internação, comorbidades, complicações, retransplante, tratamento imunossupressor e causa do óbito); 2. Adesão ao tratamento: tempo de transplante, comorbidades, imunossupressor utilizado, frequência de comparecimento às consultas, uso de bebidas alcoólicas ou tabaco, seguimento do plano terapêutico; 3. Lesões precursoras de câncer de pele: dados sociodemográficos e clínicos, fatores de risco, e características clínicas com base na avaliação ABCDE recomendada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; 4. Função reprodutiva e gravidez: aspectos clínicos da doença, ciclo menstrual, método contraceptivo, intervalo de tempo entre o transplante e a gravidez, complicações durante a gravidez e/ou fetais; 5. Retorno ao trabalho: informações sociodemográficas e clínicas, história trabalhista pré e pós-transplante.

Os dados secundários serão coletados a partir da pasta-arquivo do ambulatório de transplante e dos prontuários do HUWC dos receptores de transplante de fígado, além dos prontuários da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) para complementar as informações obstétricas. A

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.402.635

análise de dados será realizada de forma descritiva e inferencial, sendo os dados processados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Na análise estatística descritiva, serão

consideradas frequência absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão (DP) das variáveis. Para análise estatística inferencial, será utilizado o teste do qui-quadrado para avaliar a associação entre variáveis qualitativas e análise multivariada por meio de testes complementares, quando indicado. As variáveis analisadas serão apresentadas em forma de tabelas e gráficos, e discutidas à luz da literatura publicada sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de forma adequada: ofício de encaminhamento ao CEP; Folha de rosto; anuência do local da pesquisa; termo de concordância dos pesquisadores; cronograma; orçamento; currículo do pesquisador principal; termo do fiel depositário e TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1000737.pdf	14/11/2017 11:28:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_VERSAO2.pdf	14/11/2017 11:25:40	naiana pacifico alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAO2.pdf	14/11/2017 11:23:15	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	Anuenciadrenan.pdf	10/10/2017 22:06:52	naiana pacifico alves	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/10/2017 18:19:29	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	carta_apreciacaoCEP.pdf	26/09/2017 20:05:55	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	fieldepositarioMEAC.pdf	26/09/2017 20:03:19	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	fieldepositarioHUWC.pdf	26/09/2017 20:02:57	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	compromissopesquisadores.pdf	26/09/2017	naiana pacifico	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.402.695

Outros	compromissopesquisadores.pdf	19:58:59	alves	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/09/2017 19:58:13	naiana pacifico alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIACHEFIA.pdf	26/09/2017 19:57:22	naiana pacifico alves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf	26/09/2017 19:58:38	naiana pacifico alves	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DEROSTO.pdf	26/09/2017 19:52:37	naiana pacifico alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Novembro de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO HUWC/UFC**

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO

Pesquisador: MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78793317.7.3001.5045

Instituição Proponente: Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.613.912

Apresentação do Projeto:

Este é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Será realizado no ambulatório de transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza. Para identificar dados relativos à mortalidade no pós transplante e informações sobre função reprodutiva/gravidez será considerada para amostra todos os pacientes transplantados no serviço no período de 2002 a 2016. Para a coleta de dados sobre adesão ao tratamento, lesões precursoras de câncer de pele e retorno ao trabalho após o transplante, serão considerados os pacientes atendidos na unidade no período de 2006 a 2016. Para determinar a amostra, foi utilizado o cálculo para a amostra finita, sendo estimados 178 participantes. A coleta de dados será realizada por meio de fontes primárias e secundárias. Serão utilizados cinco instrumentos semi estruturados, elaborados pelos pesquisadores para atender aos objetivos específicos propostos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral Avaliar perfil clínico e epidemiológico de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático.

Objetivos Específicos:

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: Rodofo Teófilo **CEP:** 60.430-370
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8613 **Fax:** (85)3281-4961 **E-mail:** cephuwc@huwc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.813.912

- Investigar os fatores de risco e causas para mortalidade após o transplante de fígado;
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento após o transplante;
- Analisar quais fatores interferem na adesão ao tratamento após o transplante;
- Analisar as lesões precursoras de câncer de pele em pacientes transplantados hepáticos;
- Verificar os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele em pós-transplantados hepáticos;
- Avaliar aspectos da função sexual e reprodutiva em mulheres após serem submetidas a transplante de fígado;
- Identificar complicações maternas e fetais associados à gravidez póstransplante;
- Verificar quais fatores interferem no retorno ao trabalho para o paciente transplantado hepático.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve:

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado à possível desconforto ou constrangimento durante as perguntas e riscos indiretos advindos do manuseio dos prontuários, tais como: exposição de dados, perda de sigilo e uso inadequado do mesmo. Você poderá recusar-se a responder alguma pergunta que não se sinta a vontade. Para minimizar esta questão, a pesquisadora apresenta um termo de compromisso para utilização dos dados dos prontuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados e estão adequados

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo atendido ao que foi solicitado, o protocolo se encontra adequado do ponto de vista ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório após o término do estudo.

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8613 Fax: (85)3281-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.613.912

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1042812.pdf	13/03/2018 12:12:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Perfil_Clinico_Hepatico_Revisionado.docx	13/03/2018 12:11:03	MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_hepatico_VERSAO3.docx	13/03/2018 12:08:27	MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_VERSAO2.pdf	14/11/2017 11:25:40	naiana pacifico alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAO2.pdf	14/11/2017 11:23:15	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	Anuenciadrenan.pdf	10/10/2017 22:08:52	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	carta_apreciacaoCEP.pdf	28/09/2017 20:05:55	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	fieldepositarioMEAC.pdf	28/09/2017 20:03:19	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	fieldepositarioHUWC.pdf	28/09/2017 20:02:57	naiana pacifico alves	Aceito
Outros	compromissopesquisadores.pdf	28/09/2017 19:58:59	naiana pacifico alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Maria de Fatima de Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8613 Fax: (85)3281-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br