

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANGELA CONSOLAÇÃO DA COSTA SANTOS

FATORES QUE INTERFEREM NA NÃO ADESÃO DO PACIENTE PORTADOR DE  
TRANSPLANTE HEPÁTICO À TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA

Belo Horizonte

2012

ANGELA CONSOLAÇÃO DA COSTA SANTOS

FATORES QUE INTERFEREM NA NÃO ADESÃO DO PACIENTE PORTADOR DE  
TRANSPLANTE HEPÁTICO À TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Especialista. Área de concentração: Transplante.

Orientadora: Professora Dra. Fabíola Carvalho Almeida Lima Baroni.

Belo Horizonte

2012

Santos, Angela Consolação da Costa.  
S237f Fatores que interferem na não adesão do paciente portador de  
transplante hepático à terapia imunossupressora [manuscrito]. / Angela  
Consolação da Costa Santos. – Belo Horizonte: 2012.  
49 f.

Orientadora: Fabíola Carvalho Almeida Lima Baroni.  
Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar do Departamento de  
Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial  
à obtenção do título de Especialista.

1. Transplante Hepático. 2. Imunossupressores. 3. Adesão ao Medicamento. 4. Cooperação do Paciente.  
Dissertações Acadêmicas. I. Baroni, Fabíola Carvalho Almeida Lima. II. Universidade Federal de Minas  
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WJ 368

ANGELA CONSOLAÇÃO DA COSTA SANTOS

FATORES QUE INTERFEREM NA NÃO ADESÃO DO PACIENTE PORTADOR DE  
TRANSPLANTE HEPÁTICO À TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal de Minas Gerais, em 21 de agosto de 2012, como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista em Enfermagem.

Banca Examinadora

---

Profa. Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni (presidente)

---

Profa. Daclé Vilma Carvalho

---

Profa. Selme Silqueira de Matos

Belo Horizonte, 21 de agosto de 2012

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Raimundo Cornélio dos Santos e Maria Lúcia da Costa Santos, exemplos de honestidade, humildade, amor incondicional e respeito; por terem aberto mão dos seus sonhos para acreditarem nos meus; por me apoiarem sempre e terem me dado liberdade para seguir meu caminho.

A vocês eu devo mais do que sou capaz de agradecer...

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS,

Por ter me proporcionado força e perseverança na confecção desta monografia, mostrando que o possível é infinito, não importando as turbulências.

À Professora Dra. Fabíola Baroni,

Minha orientadora que com competência e paciência conduziu-me nesta jornada, não medindo esforços.

À Enfermeira e companheira de curso Cíntia Moraes,

Pelas grandes contribuições, sugestões e dicas durante a execução desta.

Aos profissionais de saúde dos serviços de transplante,

Que cuidam com empenho e dedicação, levando a esperança aos que muitas vezes já a perderam.

Àqueles que se submeteram ao transplante de fígado,

E que tomam medicamentos pelo resto de suas vidas enfrentando sua nova condição com perseverança, otimismo e fé.

## RESUMO

SANTOS, A. C. C. Fatores que interferem na não adesão do paciente portador de transplante hepático à terapia imunossupressora. Monografia. 49 f. 2012.

O transplante de fígado é um procedimento que traz nova oportunidade de vida para o paciente, pois se constitui na única opção de tratamento, num momento onde não há mais nenhuma alternativa terapêutica capaz de reverter alterações ocasionadas pela doença hepática no organismo. Portanto, a adesão ao regime terapêutico proposto é um fator determinante no sucesso do procedimento. O objetivo do presente estudo é identificar fatores que interferem na não adesão de pacientes ao tratamento com imunossupressores no pós-transplante hepático utilizando como referencial teórico a Prática Baseada em Evidências e a Revisão Integrativa como método de revisão de literatura. As bases de dados acessadas foram Medline, Cinahl, Cochrane, Web of Science, Lilacs, Ibecs e Scielo com os descritores transplante hepático/liver transplantation, imunossupressores/immunosuppressive agentes, adesão ao medicamento/medication adherence e cooperação do paciente/patient compliance. Após leitura exaustiva dos artigos foram selecionados (6), sendo que a maioria (4) era de origem europeia, porém publicados em periódicos no idioma inglês originários dos Estados Unidos. O periódico *Clinical Transplantation* apresentou o maior número de publicações (2). Com relação aos profissionais que conduziram os estudos, tem-se que (1) foi realizado só por médicos, (1) só por enfermeiros, (1) por ambos conjuntamente, (1) só por farmacêuticos e (2) estudos não citam a profissão. Quanto ao delineamento das pesquisas, verificou-se que (1) estudo possui nível de evidência 2; (3) são classificados com nível de evidência 3 e os (2) últimos estudos identificados como nível 4. Os resultados evidenciaram como principais fatores determinantes da não adesão do paciente portador de transplante hepático ao tratamento imunossupressor: mudança nos hábitos de vida, tempo de transplante, idade do paciente e não acompanhamento contínuo deste por parte do profissional de saúde. Conclui-se, portanto, que identificar tais fatores faz-se necessário para a intervenção da equipe de saúde com o objetivo de obter melhores resultados para o tratamento proposto.

**Descritores:** Transplante hepático. Imunossupressores. Adesão ao medicamento. Cooperação do paciente.

## ABSTRACT

SANTOS, A. C. C. Factors that interfere with patients noncompliance with liver transplantation immunosuppressive therapy. Monograph. 49 p. 2012.

Liver transplantation is a procedure that brings new lease of life for the patient, because it is the only option at a time where there is no other form of treatment that can reverse the changes caused by liver disease in the body. Therefore, adherence to the regimen proposed is a determining factor for the success of the procedure. The aim of this study is to identify factors that affect non-adherence of patients to treatment with immunosuppressants in post-liver transplantation using as theoretical Evidence-Based Practice and Integrative Review as a method of literature review. The databases accessed were Medline, CINAHL, Cochrane, Web of Science, Lilacs, SCIELO and IBECS with descriptors liver transplantation AND immunosuppressive agents AND medication adherence AND patient compliance. After carefully reading the articles were selected (6), most of which (4) was of European origin, but published in English language journals from the United States. The journal Clinical Transplantation had the highest number of publications (2). Regarding the professionals who conducted the studies, we have that (1) was performed only by physicians, (1) just for nurses, (1) by both together (1) only by pharmacists and (2) studies did not cite origin of professionals. Regarding the research design one study has shown that the level of evidence is (2) and (3) were classified as evidence level (3) and the last (2) studies identified with level (4). The results showed as major determinants of nonadherence in patients with liver transplantation immunosuppressive therapy: change in lifestyle, time of transplant, age of the patient and not continuous monitoring of the health professional. We conclude, therefore, that identifying such factors is necessary for the intervention of the healthcare team in order to get better results with the treatment.

**Key words:** Liver transplantation. Immunosuppressants. Medication adherence. Patient compliance.



## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	10
1 - APRESENTAÇÃO.....	11
2 - INTRODUÇÃO.....	12
3 - OBJETIVO.....	14
4 - REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5 - REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	19
5.1 - Referencial Teórico: A Prática Baseada em Evidências.....	19
5.2- Referencial Metodológico: Revisão Integrativa.....	21
6 - PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
7 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
8 - FATORES RELACIONADOS À NÃO ADESÃO.....	32
9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE.....	41

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidências.....	20
Quadro 2 – Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa.....	23
Quadro 3 – Bases de dados com os cruzamentos dos descritores e artigos obtidos.....	26
Quadro 4 – Artigos selecionados para o estudo de acordo com a base de dados pesquisada.....	27
Quadro 5 – Caracterização do trabalho de acordo com o tipo de estudo e nível de vidência.....	30
Quadro 6 – Fatores relacionados à não adesão analisados nos artigos pesquisados.....	34

## **1 APRESENTAÇÃO**

Em minha trajetória profissional atuei como enfermeira de Bloco Cirúrgico em duas instituições de médio porte de Belo Horizonte. Durante esse período adquiri habilidades e conhecimentos que me impulsionaram na continuidade de atuação na área, levando-me ao desejo de obter mais entendimento e aprofundamento neste campo. Por tal motivo, optei em fazer uma especialização voltada para a área cirúrgica escolhendo o Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Transplante da Universidade Federal de Minas Gerais, uma vez que não tive oportunidade de trabalhar nesta área específica que desperta curiosidade, é polêmica e está em crescente desenvolvimento na área médica, além de ser uma oportunidade de crescimento profissional.

À medida que o curso foi se desenvolvendo o meu interesse aumentou e finalmente tive a oportunidade de participar dos estágios do ambulatório de transplantes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, que culminou, também, na minha atual participação como voluntária na equipe de enfermagem deste.

Com o maior envolvimento no curso e nos campos de prática, foram surgindo novas inquietações e um desejo ainda maior de atuação na área, sempre respaldado por um conhecimento técnico-científico, vislumbrando o acompanhamento da evolução do transplante de fígado em todo o seu processo. É importante ressaltar que o enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, é o profissional que mais participa ativamente de todas as etapas do transplante. Essas etapas iniciam-se com a abordagem do paciente e familiar, em um momento onde nem sempre há a indicação segura do procedimento, e não terminam, uma vez que há a necessidade de um acompanhamento permanente na vida do indivíduo.

## 2 INTRODUÇÃO

A partir das três últimas décadas do século XX houve significativa evolução da hepatologia na identificação das hepatites virais, no manejo da ascite e da síndrome hepatorenal, melhorando sobremaneira a expectativa de vida do doente portador de doença hepática crônica. No entanto, o transplante do fígado foi o espetacular avanço da hepatologia moderna (CASTRO E SILVA JR. *et al.*, 2002).

De acordo com os retro citados autores, o transplante hepático tem por objetivo o prolongamento da vida do paciente, proporcionando, de modo satisfatório, qualidade de vida e recuperação da capacidade de trabalho. Está indicado, sobretudo, nos casos em que o paciente apresenta doença hepática terminal, tais como cirrose biliar primária, alcoolismo, síndrome de Budd-Chiari, colangite esclerosante primária, cirrose hepática, insuficiência hepática fulminante e tumores de fígado. Porém, para seleção do paciente é fundamental que este preencha as condições para o transplante e não seja portador de outras doenças concomitantes que impliquem em curta expectativa de vida.

Desde os primeiros transplantes de fígado nas décadas de 50 e 60 do século passado, assistiu-se a um progresso extraordinário nos resultados do procedimento devido ao aperfeiçoamento da técnica operatória, maior precisão das indicações e, principalmente, devido a uma melhor compreensão dos mecanismos imunológicos presentes no fenômeno da rejeição. De tal modo, a introdução da terapia imunossupressora com a Ciclosporina nos anos de 1980 foi responsável pelos resultados cada vez melhores que vem sendo observados na prática clínica, que até então apresentava baixos índices de sobrevivência — 20% em dois anos (CASTRO E SILVA JR. *et al.*, 2002).

A indicação do transplante hepático tem por objetivo prolongar a vida do paciente proporcionando satisfatória qualidade de vida e recuperação da capacidade de trabalho (COSTA, 2009). Sendo assim é inquestionável a importância da adesão ao tratamento para a garantia do aumento da sobrevida do indivíduo transplantado (NÓBREGA; LUCENA, 2011).

Portanto, realizar uma análise dos fatores que interferem na não adesão ao tratamento com imunossupressores nos pacientes portadores de transplante hepático é de suma importância para a prática clínica de toda a equipe multidisciplinar que acompanha o paciente, sobretudo para os enfermeiros, pois a atuação destes se inicia desde o momento em que o paciente é referido ao serviço de transplantes da instituição, passando pela internação, cirurgia

e se mantém pelo resto da vida do mesmo através das consultas ambulatoriais de acompanhamento pós-transplante.

Para o direcionamento deste estudo foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: quais são os fatores que interferem na não adesão do paciente ao tratamento imunossupressor no pós-transplante hepático?

A partir do estudo em questão, esperamos orientar a nossa prática clínica e de outros profissionais, tendo como subsídios os achados na literatura. Esperamos também poder contribuir para as tomadas de decisões das instituições de saúde que lidam com a problemática da não adesão ao tratamento medicamentoso do paciente submetido a transplante hepático, no sentido de melhorar a assistência prestada a ele, aumentando inclusive, as taxas de sobrevida atuais. Esperamos, ainda, que os resultados deste estudo forneçam informações para novas investigações sobre o tema, agregando, assim, conhecimento científico.

### **3 OBJETIVO**

O presente estudo tem como objetivo identificar fatores que interferem na não adesão de pacientes ao tratamento com imunossupressores no pós-transplante hepático.

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

O fígado é considerado a maior glândula do corpo humano. Dentre suas principais funções está a produção, armazenamento, alteração e excreção de diversas substâncias envolvidas no metabolismo. É igualmente importante na regulação metabólica da glicose e proteínas, na fabricação e secreção da bile, na remoção dos produtos residuais da corrente sanguínea e na secreção destes dentro da bile (MENDES, 2006).

As doenças hepáticas primárias, como as obstruções do fluxo biliar e os distúrbios da circulação hepática levam a uma disfunção que resulta no comprometimento das células parenquimatosas do fígado. Tais ocorrências geram distúrbios neste órgão, que podem ser virais ou não virais. Os distúrbios virais mais conhecidos por hepatites virais (A, B, C, D e E), são infecções sistêmicas, na qual a necrose e a inflamação das células hepáticas produzem alterações clínicas, bioquímicas e celulares. Os distúrbios hepáticos não virais são caracterizados pelos efeitos tóxicos causados no fígado por determinadas substâncias, produzindo necrose celular hepática aguda ou crônica, destacando-se a hepatite tóxica, a hepatite induzida por medicamento, insuficiência hepática fulminante e a cirrose hepática (podendo ser alcoólica, pós-necrótica, ou biliar). Além disso, ainda existem os tumores de fígado, podendo ser primários (geralmente associados à doença hepática crônica, infecções por hepatite B e C, e cirrose) ou secundários — devido às metástases, a partir de outros sítios primários (MENDES, 2006).

Ressalta-se que os processos crônicos da doença hepática podem acarretar diversos prejuízos às pessoas e podem levar inclusive à morte, quando não é possível tratar nem com medicamentos de última geração e nem com técnicas cirúrgicas que possibilitem a remoção de parte do fígado. Sendo assim, o transplante hepático surge como alternativa de tratamento para os casos em que mais nenhum outro tipo de procedimento possa levar à cura da doença ou mesmo à amenização dos sinais e sintomas das incapacidades causadas pelas doenças do fígado (MENDES, 2006).

No entanto, transplantar não é apenas operar. É um complexo conjunto de medidas que associa conhecimentos teóricos, técnicas cirúrgicas inovadoras e avançada tecnologia que permitem que órgãos e/ou tecidos sejam removidos de uma pessoa e transferidos, com êxito, para outra. Trata-se, sem dúvida, de um dos mais desafiadores procedimentos terapêuticos (FERREIRA; VIEIRA; SILVEIRA, 2000).

A primeira tentativa de transplante de fígado em humanos foi realizada nos Estados Unidos, em Denver, Colorado, por Thomas Starzl, em 1963. Este autor tentou o transplante em uma criança de três anos de idade portadora de atresia de vias biliares. A criança foi operada e, durante a cirurgia, apresentou alterações da coagulação sanguínea, falecendo no intra operatório por sangramento (MIES, 1998).

No Brasil, o primeiro transplante de fígado foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em agosto de 1968, tendo o paciente sobrevivido por sete dias e falecido em decorrência de lesão hepática por isquemia (pelo próprio ato de retirada do órgão durante a cirurgia do doador) e por rejeição do órgão (MENDES, 2006).

Os transplantes de órgãos sólidos só se tornaram viáveis com o desenvolvimento de drogas imunossupressoras capazes de inibir a resposta do receptor contra o enxerto. A droga inicialmente utilizada foi a Azatioprina, porém resultava em efeitos colaterais muito intensos, inclusive infecciosos. Ulteriormente, esquemas imunossupressores mais seletivos possibilitaram o aumento na sobrevida dos pacientes. Neste contexto, o uso e a popularização da Ciclosporina no início dos anos de 1980 teve um papel fundamental na história dos transplantes hepáticos. Esta nova droga associada aos corticóides permitiu uma redução na incidência de rejeição aguda em todos os órgãos transplantados. Até então, os regimes de imunossupressão eram baseados no uso de esteróides e Azatioprina, desenvolvidos para o transplante renal (FREIRE, 2006).

Não se pode deixar de relatar que toda a medicina sofreu enorme impulso na década de 70 e princípios da década de 80 do século passado. Nessa época, reconheceu-se a resistência do fígado à rejeição mediada por anticorpos (rejeição hiperaguda), desenvolveram-se novas soluções de preservação de órgãos e iniciou-se o uso sistemático de enxertos arteriais e venosos na revascularização de enxertos de cadáveres. Além disso, é importante fazer referência aos progressos da metabologia, infectologia, da terapia intensiva, nutrição, anestesiologia e da própria hepatologia, que nascia como especialidade médica, levando o transplante hepático a se tornar sem dúvida, um procedimento que acarreta grandes benefícios ao receptor e à sociedade. Um paciente extremamente debilitado torna-se, depois do transplante, socialmente útil e com vida praticamente normal e plena reinserção social. (MIES *et al.*, 2005).

Geralmente, os candidatos a esse procedimento possuem uma qualidade de vida ruim e vivem na perspectiva de morte iminente. Assim, a inclusão do paciente na lista de espera do



transplante hepático representa a possibilidade de viver, de mudar de vida, de ser feliz. Entretanto, a espera prolongada por um órgão a ser transplantado propicia o aparecimento de uma série de complicações para o paciente, tornando-o de alto risco para o procedimento e sendo responsável por um número considerável de óbitos dos que estão na fila de espera. Dessa forma, a taxa de mortalidade para os potenciais receptores é alta, fazendo com que, em muitos casos, a morte preceda a disponibilidade de um órgão para ser transplantado (MASSAROLO; KURCGANT, 2000).

Apesar dos prejuízos causados nos pacientes pela doença hepática, a não adesão mostra-se presente e frequente e ocorre mesmo quando há o risco de perda da vida, como em transplantes de fígado e coração (BRAHM, 2012). Segundo Correia *et al.* (2006), a não adesão é hoje reconhecida como um fator determinante para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde para os doentes transplantados.

A adesão ao tratamento pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde (DEWULF *et al.*, 2006; WHO, 2003).

Por ser um tratamento invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes, é a dificuldade destes em segui-lo de forma regular e sistemática. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir (REINERS *et al.*, 2008)

Portanto, o termo adesão refere-se à conduta do indivíduo ao seguir as prescrições médicas no que diz respeito à posologia, a quantidade de medicamentos por horário, o tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. Porém, deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o indivíduo não apenas obedece orientações médicas mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida. Significa que deve haver um acordo entre o profissional de saúde e o indivíduo, relação na qual são firmadas as responsabilidades de cada um e também de outras pessoas envolvidas no processo (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005).

O paciente pode receber recomendações e filtrá-las de acordo com suas crenças e necessidades, adaptando-as a sua maneira de levar a vida. Esta autonomia relativa pode ser aceitável na medida em que não prejudique o resultado final desejável: o controle clínico da doença. No entanto, os termos obediência ou adesão remetem à possibilidade de um

comportamento não desejável por parte do paciente: não obediência ou não adesão (HELENA, 2007).

Não ocorrendo adesão ao tratamento, poderá haver o agravamento da doença, com conseqüente piora das condições clínicas e da qualidade de vida, podendo também levar à necessidade da realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos mais custosos e complexos. Assim, ressalta-se a necessidade de se realizar o acompanhamento e a avaliação desses pacientes (DEWULF, 2005). Avaliar a não adesão, sobretudo a relacionada ao uso de imunossupressores, indica a real extensão e potenciais riscos deste comportamento, além de contribuir para a seleção de estratégias de intervenção na busca de melhores resultados (BRAHM, 2012).

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Para a elaboração desta monografia foi adotada a Prática Baseada em Evidências (PBE) como referencial metodológico e a Revisão Integrativa como método de revisão de literatura.

### 5.1 Referencial Metodológico: A Prática Baseada em Evidências

A Prática Baseada em Evidências teve origem no trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane e tinha a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004; GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Ela surge como um elo que interliga os resultados da pesquisa e sua aplicação prática, uma vez que conduz a tomada de decisão no consenso das informações mais relevantes para o melhor cuidar (PEDROLO *et al.*, 2009).

O termo baseado em evidências implica o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). É uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino fundamentado no conhecimento e qualidade da evidência; envolve a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura e posterior avaliação crítica, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua aplicabilidade para o paciente (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesse contexto, a enfermagem baseada em evidências surge dentro do movimento da medicina baseada em evidências, sendo definida como “o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar uma decisão sobre o cuidado individual do paciente”. A enfermagem baseada em evidências requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, buscar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações (CRUZ; PIMENTA 2005).

A prática baseada em evidências focaliza sistemas de classificação de evidências. Geralmente esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo (GALVÃO, 2006).

A *melhor evidência* é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção (PEDROLO et al., 2009).

A classificação hierárquica das evidências, para a avaliação das pesquisas ou outras fontes de informação é baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

O QUADRO a seguir apresenta os níveis de evidência de forma hierarquizada proposto por STETLER *et al.* (1998) e adotada neste estudo.

Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidências

<b>Nível e Qualidade das Evidências</b>	<b>Classificação das Evidências</b>
Nível I (qualidade do estudo de A-D)	Meta-análise de múltiplos estudos controlados
Nível II (qualidade do estudo de A-D)	Estudos experimentais individuais (Ensaio Clínico Randomizado – ECR)
Nível III (qualidade do estudo de A-D)	Estudos quase experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso controle
Nível IV (qualidade do estudo de A-D)	Estudos não experimentais, tais como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisas com abordagem metodológica qualitativa e estudos de caso
Nível V (qualidade do estudo de A-D)	Dados de avaliação de programas, dados obtidos de forma sistemática
Nível VI	Opinião de especialistas, relatos de experiências, consensos, regulamentos e legislações

Fonte: MENDES, 2006.

Tal classificação leva em consideração a abordagem metodológica do estudo, o delineamento de pesquisa empregado e o seu rigor, sendo que permite a inclusão de estudos com abordagem metodológica qualitativa, os quais são muito desenvolvidos na enfermagem (MENDES, 2006).

Além disso, a Prática Baseada em Evidências motivou o desenvolvimento de métodos de revisão de literatura, os quais têm como principal propósito buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado, dentre estes se destacam a revisão sistemática, a meta-análise e a revisão integrativa (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Ainda segundo os retro citados autores, a revisão sistemática é um método de pesquisa que tem como princípio geral a exaustão na busca dos estudos relacionados à questão clínica formulada, seguindo método rigoroso de seleção, avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas. Tem sido recomendado que os estudos incluídos neste tipo de revisão tenham delineamento de pesquisa experimental, ou seja, que se caracterizem como ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC).

Quando os estudos incluídos na revisão sistemática apresentam a mesma questão clínica, a mesma população e o mesmo delineamento de pesquisa, implementam e mensuram a intervenção de uma mesma forma, lança-se mão da meta-análise como método de pesquisa. Neste método, utiliza-se a estatística para combinar e reunir os resultados de múltiplos estudos primários, melhorando a objetividade e validade dos resultados (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Já a revisão integrativa tem como finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## **5.2 Referencial Metodológico: Revisão Integrativa**

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, optou-se pela revisão integrativa como método de revisão de literatura. A escolha é justificada devido ao fato de ser este um método que possibilita a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A revisão integrativa reúne e sintetiza os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo. Estes são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento preexistente sobre o tema investigado. É um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática; a construção da revisão integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitarão, ao leitor,

identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; GALVÃO; ROSSI, 2009).

A revisão integrativa tem o potencial de construir um conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Torna os resultados de pesquisa mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento, na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Uma das vantagens no uso de revisões integrativas é a habilidade de reunir dados de diferentes tipos de delineamentos de pesquisas, abrangendo literatura teórica empírica. Embora a inclusão de múltiplos delineamentos de pesquisas possa complicar a análise, uma maior variedade no processo de amostragem tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões. A riqueza do processo de amostragem também pode contribuir para um retrato compreensivo do tópico de interesse (WHITTEMORE, 2005).

Portanto, a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, pois facilita a utilização desses na prática clínica, proporcionando uma síntese do conhecimento produzido e fornecendo subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## 6 PERCURSO METODOLÓGICO

Para a elaboração deste estudo foram percorridas seis fases propostas por Ganong (1987), Whitemore e Kanaf (2005), descritas a seguir:

**Primeira fase:** identificação do tema e definição da questão de pesquisa

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O assunto deve ser definido de maneira clara e específica, sendo que a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e organizados por meio da estratégia PICO. *PICO* representa um acrônimo para *Paciente*, *Intervenção*, *Comparação* e “*Outcomes*” (desfecho). A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outras. Uma pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correta de quais informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados, focando o escopo da pesquisa e evitando a realização de buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Considerando que esta monografia é baseada em evidências, utilizamos como processo para encontrar a resposta apropriada à dúvida a estratégia PICO demonstrada no QUADRO (2).

Quadro 2 – Descrição da estratégia de PICO para elaboração da pergunta de pesquisa

<b>Acrônimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
P	Paciente ou População	Paciente submetido a transplante hepático
I	Intervenção	Utilização da medicação imunossupressora

C	Controle ou comparação	Não adesão ao tratamento
O	<i>Outcomes/Desfechos</i>	Compreensão de fatores que interferem na não adesão à terapêutica imunossupressora

Sendo assim, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: quais são os fatores que interferem na não adesão do paciente ao tratamento imunossupressor no pós-transplante hepático?

### **Segunda fase:** amostragem ou busca na literatura

Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

No presente estudo de revisão, os dados foram coletados utilizando-se a internet para acessar as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Biblioteca Cochrane, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e Web of Science. A escolha foi feita a partir da necessidade de se investigar a produção em saúde de forma geral sobre o tema investigado.

Para a busca bibliográfica, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que possuem vocabulário estruturado, trilingue (português, inglês e espanhol), baseado em coleções de termos organizados para facilitar o acesso à informação (PELLIZON, 2004).

Foram utilizados os seguintes descritores indexados: transplante hepático (*liver transplantation*), adesão ao medicamento (*medication adherence*), cooperação do paciente (*patient compliance*) e imunossupressores (*immunosuppressive agents*). O período adotado para a coleta nas bases de dados foi de 01.01.2000 a 15.07.2012.

A busca foi iniciada na base de dados Medline através do Pubmed, utilizando para o primeiro cruzamento os três descritores *liver transplantation* AND *immunosuppressive agents* AND *medication adherence*, obtendo-se um total de (20) artigos. Após serem usados



os filtros disponíveis na referida base e os critérios de inclusão e exclusão do estudo, somente um estudo foi pré-selecionado. No segundo cruzamento os descritores utilizados foram *liver transplantation* AND *immunosuppressive agents* AND *patient compliance*, tendo sido obtidos (76) artigos no total. Após a adoção dos critérios já citados anteriormente, foram escolhidos (4) estudos. O terceiro cruzamento da Medline teve como descritores *liver transplantation* AND *medication adherence* e teve como resultado (39) artigos. Com a ativação dos filtros e dos critérios foram utilizados apenas (2) estudos. No quarto e último cruzamento utilizou-se os descritores *liver transplantation* AND *patient compliance* resultando em (241) artigos, que após as devidas exclusões resultaram em (6) estudos. Portanto, na base de dados Medline foram pré-selecionados ao todo (13) estudos.

Seguindo-se os mesmos passos adotados na base de dados Medline, inclusive os mesmos descritores e a mesma sequência de cruzamentos, foram obtidos na base de dados Cinahl, respectivamente, o número de estudos citados a seguir: primeiro cruzamento: (3) artigos obtidos e nenhum pré-selecionado; segundo cruzamento: (4) artigos obtidos e nenhum pré-selecionado; terceiro cruzamento: (7) artigos obtidos e (2) pré-selecionados; quarto cruzamento: (18) artigos obtidos e (2) pré-selecionados. De tal modo, foram obtidos em toda base de dados Cinahl (4) estudos pré-selecionados.

O mesmo ocorreu na base de dados Cochrane, obtendo-se, respectivamente os resultados listados a seguir: primeiro cruzamento: (4) artigos obtidos e nenhum pré-selecionado; segundo cruzamento: (28) artigos obtidos e (1) pré-selecionado; terceiro cruzamento: (10) artigos obtidos e nenhum pré-selecionado; quarto cruzamento: (112) artigos obtidos e (2) pré-selecionados. Sendo assim, na base de dados (Cochrane) foram pré-selecionados (3) estudos ao todo.

Na Web of Science, assim como nas buscas anteriores utilizou-se os mesmos critérios, a mesma ordem e a mesma sequência, obtendo-se os respectivos resultados: primeiro cruzamento: (3) artigos obtidos e nenhum pré-selecionado; segundo cruzamento: (6) artigos obtidos e nenhum pré-selecionado; terceiro cruzamento: (81) artigos obtidos e (17) pré-selecionados; quarto cruzamento: (201) artigos obtidos e (18) pré-selecionados. Portanto, foram obtidos na Web of Science (35) estudos no total.

No LILACS, obteve-se apenas (1) estudo no terceiro cruzamento. No entanto, este não foi pré-selecionado por não atender aos critérios e limites estabelecidos.

Nas bases de dados Ibecs e Scielo os cruzamentos entre os descritores não retornaram resultados, após serem seguidos os mesmos passos adotados anteriormente.

Os cruzamentos realizados estão sintetizados no QUADRO (3).

Quadro 3 – Bases de dados com os cruzamentos dos descritores e artigos obtidos

Bases de Dados	Primeiro Cruzamento		Segundo Cruzamento		Terceiro Cruzamento		Quarto Cruzamento	
	Obtidos	Pré-selecionados	Obtidos	Pré-selecionados	Obtidos	Pré-selecionados	Obtidos	Pré-selecionados
Medline	20	1	76	4	39	2	241	6
Cinahl	3	-	4	-	7	2	18	2
Cochrane	4	-	28	1	10	-	112	2
Web of science	3	-	6	-	81	17	201	18
Lilacs	-	-	-	-	-	-	1	-
Ibics	-	-	-	-	-	-	-	-
Scielo	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>114</b>	<b>5</b>	<b>137</b>	<b>21</b>	<b>573</b>	<b>28</b>

Finalizadas as estratégias de busca, procedeu-se à leitura do título, ano de publicação e resumo dos artigos pré-selecionados com o intuito de analisar se eles atendiam à questão proposta para esta revisão integrativa. Além disso, foram adotados os critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori* pelo autor, que são:

*Critérios de Inclusão:*

- artigos envolvendo pessoas com idade acima de 18 anos, uma vez que o número de transplantes é mais expressivo em adultos pelo acometimento hepático e por uma maior disponibilidade de órgãos doados;
- artigos publicados a partir de 2000, considerando-se que a evolução da hepatologia e das técnicas cirúrgicas, além da introdução da Ciclosporina, se deu a partir dos anos de 1980 e esta foi se consolidando de forma mais efetiva até o final dos anos de 1990;
- artigos que tratam do tema adesão e/ou não adesão ao tratamento medicamentoso com imunossuppressores no pós-transplante hepático.

*Critérios de Exclusão:*

- artigos com animais;

- artigos que não estejam na íntegra;
- artigos que tratem de transplante de órgãos que não seja o fígado.

Após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão, leitura do título, do ano de publicação, do resumo ou dos artigos pré-selecionados na íntegra, alguns foram excluídos pelas razões listadas a seguir:

Na base de dados Medline num total de (13) artigos pré-selecionados, haviam (6) repetidos e (4) não tratavam de assunto diretamente relacionado ao tema, sendo então selecionados apenas (3).

Já na base Cinahl, foi escolhido (1) artigo, pois outros (2) eram repetidos e (1) tratava de abordagem em crianças.

Na Cochrane um estudo foi incluído e outros dois eliminados também por repetição.

Na Web of Science (35) artigos foram pré-selecionados, mas apenas (1) foi incluído, pois além de haver repetições, alguns artigos não tratavam do tema e um não estava disponível.

Nas bases de dados Lilacs, Ibecs e Scielo os resultados dos cruzamentos não apresentaram artigos para inclusão no estudo.

Sendo assim, obteve-se a amostra do presente trabalho composta por (6) artigos.

O QUADRO (4) apresenta o número total de artigos selecionados para o estudo, de acordo com cada base de dados pesquisada.

Quadro 4 – Artigos selecionados para o estudo de acordo com cada base de dados pesquisada

<b>Base de Dados</b>	<b>Total de Artigos</b>
MEDLINE	3
CINAHL	1
LILACS	0
COHCRANE	1
SCIELO	0
IBECS	0
WEB OF SCIENCE	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

**Terceira fase:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados — categorização dos estudos

Para a definição das informações a serem extraídas dos estudos que compuseram a amostra, foi utilizado um instrumento para coleta de dados elaborado e validado por Ursi (2005) e adaptado pela autora para o presente estudo (ver APÊNDICE). Os seguintes itens contemplam o instrumento: identificação do artigo, periódico, sede do estudo, características metodológicas (objetivo, amostra, níveis de evidência), avaliação do rigor metodológico (limitações, vieses, trajetória metodológica), das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Para a análise do delineamento de pesquisa dos artigos incluídos na presente revisão, adotou-se também a classificação das evidências de Stetler *et al.* (1998), citado anteriormente (QUADRO 1).

**Quarta fase:** avaliação dos resultados incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

**Quinta fase:** interpretação dos resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

**Sexta fase:** apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão integrativa deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter então, informações pertinentes e detalhadas baseadas em metodologias contextualizadas sem omitir qualquer evidência relacionada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Os resultados são apresentados na sequência em tabelas de acordo com o instrumento elaborado por Ursi (2005) e de forma descritiva.

Importante salientar que as fases 4, 5 e 6 serão apresentadas e discutidas nos resultados do estudo em tela.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão integrativa elaborada permitiu reunir e sintetizar o conhecimento já produzido sobre o tema investigado. Após o término das estratégias de busca foram encontrados (6) artigos no total com análise e descrição mostradas a seguir.

Do total de estudos contidos na amostra (6), tem-se que 5 eram publicações em inglês e 1 em espanhol, indicando a escassez de estudos nacionais, requerendo o domínio de outro idioma. Com relação aos periódicos, com exceção do *Clinical Transplantation* que publicou 2 artigos, os demais publicaram apenas 1. Ao considerar o país de origem das publicações, tem-se que 1 é de origem espanhola, 2 são holandeses, 1 é alemão e 2 são americanos. Verifica-se, assim, que a maioria das publicações é europeia, porém publicadas em periódicos americanos de impacto e circulação internacional. Marques, (2011) afirma que os artigos não publicados em inglês diluem o impacto médio das publicações. Isso acontece particularmente em campos aplicados, como a medicina clínica e a engenharia e também, com as ciências sociais e as humanas.

Dentre os artigos selecionados, 5 eram oriundos de periódicos médicos e 1 de enfermagem. Dentre esses, 1 foi escrito por médicos e enfermeiros conjuntamente, 1 somente por enfermeiros, 1 por médicos, 1 por farmacêuticos e outros 2 estudos não citavam a categoria profissional dos autores. A presença do enfermeiro em parceria com outros profissionais de saúde é importante, uma vez que o trabalho executado em equipe e a troca de experiência são de grande valia para a melhora da qualidade da assistência.

Ressalta-se que todos os estudos foram realizados em instituições hospitalares vinculadas a universidades. De modo geral, as instituições são centros de ensino, de pesquisa e de grande atendimento ao público em geral. Conforme Galvão *et al.* (2003), as instituições prestadoras de serviços de saúde devem proporcionar suporte organizacional para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde fundamentem suas ações em conhecimento científico, e os órgãos formadores devem direcionar esforços para o preparo destes profissionais frente a pesquisa.

No que diz respeito ao período das publicações, estas foram realizadas nos anos de 2001, 2005, 2008, 2009, 2010 e 2011, compreendendo um intervalo de 10 anos. Apesar de grande parte dos artigos pré-selecionados não fazerem parte da amostra do presente estudo, todos eles tratavam de algum modo da temática transplante e a maior parte deles também foi publicada neste período. Em seu estudo sobre transplante hepático, Mies *et al.* (2005), afirma

que foram vários os fatores que influenciaram na evolução do sucesso dos transplantes; dentre eles, pode-se citar o aparecimento de drogas imunossupressoras, o desenvolvimento de soluções de preservação, a descoberta de antimicrobianos potentes, a evolução das técnicas operatórias e das unidades de terapia intensiva. Por tais motivos, a efetiva consolidação dos transplantes se deu no fim dos anos de 1990, o que teve como consequência um aumento da produção científica neste campo após esse período.

Quanto ao delineamento das pesquisas, baseado nos níveis de evidência proposto por Stetler *et al.* (1998), verificou-se que 1 estudo possui nível de evidência 2; 3 são classificados com nível de evidência 3 e os 2 últimos estudos identificados com nível 4. Todos eles são estudos quantitativos, com amostras satisfatórias e mostram uma forte evidência científica. De acordo com Galvão *et al.* (2003), o conhecimento da hierarquia das evidências fornece diretrizes que podem auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica das pesquisas, ou seja, conhecer a abordagem metodológica na qual a pesquisa está inserida consiste em aspecto crucial para a utilização dos resultados na prática profissional e, conseqüentemente, a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.

O QUADRO (5) apresenta a caracterização dos artigos de acordo com o tipo de estudo e o nível de evidência de cada um.

Quadro 5 – Caracterização do trabalho de acordo com o tipo de estudo e nível de evidência

ARTIGO	CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO	
	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
<b>A 1</b>	Estudo de corte retrospectivo	III
<b>A2</b>	Estudo prospectivo	III
<b>A 3</b>	Estudo transversal	III
<b>A4</b>	Ensaio clínico randomizado controlado	II
<b>A5</b>	Estudo descritivo	IV
<b>A6</b>	Estudo transversal descritivo	IV

Dos (6) objetivos descritos nos artigos, 3 tratam diretamente da adesão/não adesão ao tratamento com imunossupressores no pós-transplante hepático, 1 descreve sobre adesão ao

regime terapêutico em sua totalidade, 1 avalia um plano desenvolvido para educação do paciente submetido ao transplante e o último se refere a um programa de avaliação da eficácia da orientação verbal do paciente para uma maior adesão ao regime terapêutico. Todos os objetivos descritos nos artigos consideram sobre a adesão/não adesão ao tratamento com imunossuppressores. Entretanto, 3 deles ultrapassam a questão da adesão ao tratamento com imunossuppressores ao focar o regime terapêutico. Segundo Reiners *et al.* (2008), nos meses seguintes ao transplante alguns doentes podem apresentar uma não adesão intermitente, que pode se tornar persistente e total. Essa não adesão ocorre pelos efeitos secundários dos fármacos e pela sensação de imortalidade, reforçada por muito tempo sem problemas de saúde.

Outro dado importante refere-se ao método para medida da adesão à medicação. Do total de artigos selecionados, verificou-se que quase sempre se utilizava mais de um método para essa medida, sendo monitorização eletrônica da medicação adotada em 4 estudos e eleita como método de preferência dos pesquisadores. Outras medidas adotadas foram: o questionário (adotado em 3 estudos) pela sua facilidade de aplicação e boa aceitação e o restante, medida de concentração sérica, contagem de pílulas e escalas adotados uma única vez.

Dentre os artigos analisados, 2 não citam limitações e vieses dos estudos. Nos demais, foram citados como tais o falecimentos de participantes, número reduzido da amostra, barreiras na instituição para a realização do estudo, perda do contato com participantes, abordagem restrita dos fatores de adesão/não adesão, curto período de acompanhamento e violação das diretrizes do estudo, além de interrupções devido a internações hospitalares e alterações na dosagem do medicamento imunossupressor.

## 8 FATORES RELACIONADOS À NÃO ADESÃO

Os artigos analisados apresentam fatores que interferem na não adesão à terapia imunossupressora por parte do paciente que foi submetido a um transplante hepático. Considerando a importância dos estudos, estes foram abordados individualmente.

No primeiro artigo (A1) foram abordados hábitos de higiene, vícios e proteção individual/cuidados da pele. Um grupo tinha mais tempo de transplante e outro menos tempo. Com relação às medidas de higiene, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Hábitos etílicos: o grupo com menos tempo demonstrou menos frequência no uso. Sobre conhecimentos relacionados aos medicamentos imunossupressores, o primeiro grupo (com menos tempo de transplante) demonstrou maior conhecimento e ajuste à medicação em relação ao segundo, com mais tempo de transplante. Por último, no caso das medidas de proteção individual, observou-se que os pacientes com mais tempo de transplante (pertencentes ao segundo grupo) usam menos protetor solar.

Nos resultados exibidos no primeiro artigo (A1), os autores mostram que o compromisso com o regime de tratamento proposto diminui com o tempo decorrido do transplante, evidenciado principalmente na indicação de transplante para pacientes diagnosticados com cirrose por alcoolismo. Mies, (1998) afirma a importância do paciente se manter abstinente para submeter a esse tipo de procedimento e que a equipe tenha segurança de que ele não voltará a ingerir bebida alcoólica após o transplante, não sendo, entretanto, responsabilidade somente médica excluir o paciente da lista de espera.

Não foi estabelecido no segundo artigo (A2) a relação entre os sintomas provenientes da utilização de imunossupressores e adesão/não adesão à prednisona. Os resultados exibem que a não adesão não tem relação com o uso de imunossupressor. Os achados sugerem que o fator de não adesão em uma pequena porcentagem de pacientes é a idade. Adultos jovens tendem a não manterem a frequência pré-determinada para as medicações. Kourrouski (2008), afirma que estes nem sempre estão preocupados com o uso correto de remédios, pois têm outras prioridades.

Os resultados apresentados no terceiro artigo (A3) mostraram que o crescimento de pelos foi o sintoma mais frequente em ambos os sexos. A sensação de angústia foi mais acentuada em mulheres, relacionada principalmente a períodos menstruais dolorosos, enquanto que em homens, foi impotência. De acordo com Pereira et al., (2007) os sintomas citados anteriormente são devido às alterações provocadas na hipersecreção das glândulas



supra renais, afirmando também, que o aumento dos pelos no corpo pode ser de localização facial — podendo haver crescimento aumentado sobre o abdome, mamas, tórax e parte superior das coxas, além de alterações menstruais na mulher, na libido e nos órgãos genitais dos homens. Adultos jovens foram citados no estudo comparativo como os que menos aderiram ao regime medicamentoso proposto. Demonstrando ser a idade mais jovem um fator de risco relacionado à baixa adesão.

No quarto artigo (A4) os dados mostram que o grupo de intervenção que recebeu orientações sobre o uso da medicação imunossupressora e acompanhamento durante todo o período do estudo respondeu melhor à tomada de medicamentos, DC = 90%, em comparação com 81% do grupo de controle que obteve apenas orientações básicas sobre o uso da medicação. Dois pacientes (10%) no grupo de intervenção e nove pacientes (43%) no grupo de controle mostraram um DC (tomada de medicamentos) inferior a 80%. O resultado demonstra que a responsabilidade pela adesão/não adesão ao tratamento quando conferida ao paciente e também aos profissionais e serviços de saúde tem um resultado positivo, melhorando as taxas de adesão. Em seu estudo sobre adesão ao tratamento em doenças intestinais, Dewoulf *et al.* (2006) descrevem a necessidade de maior atenção voltada para aspectos da atenção à saúde, como a comunicação com o paciente, com maior preocupação na informação e na educação destes, por meio de intervenções que permitam que estes se conscientizem sobre a importância do uso correto dos medicamentos.

Os resultados apresentados no quinto artigo (A5) mostram que a não adesão às consultas foi de 47%, não adesão à medicação de 73%, recaídas ao uso de drogas/álcool, 5,6%. Esses dados refletem o tipo de participante no estudo, ou seja, mais da metade recebeu um transplante de fígado devido à cirrose alcoólica e hepatite e outra grande parcela devido ao uso abusivo de drogas. A recorrência ao uso do álcool costuma ser maior nos pacientes que deixaram de beber em período de tempo inferior a seis meses antes do transplante. Em seu artigo sobre transplante de fígado na doença hepática alcoólica, Parolin *et al.* (2002), afirmam que pacientes com doença hepática alcoólica, desde que devidamente selecionados, apresentam índices de sobrevivência pós-transplante semelhantes aos encontrados em outras causas de doença hepática. É recomendável que tratamentos de suporte para a dependência química sejam mantidos no seguimento pós-transplante, visto que a recidiva do consumo de álcool pode ter impacto negativo na sobrevivência pós-transplante.

Os autores do sexto artigo (A6) mostraram através dos resultados que pacientes com menor tempo de transplante tiveram melhor desempenho nas taxas de adesão. Total de

questionários respondidos: 49% (281/572). As maiores taxas de não adesão aos imunossupressores foram: pacientes divorciados (26/34, 76%); pacientes que possuem uma história de uso de drogas ou do álcool (42/69, 61%); pacientes com algum tipo de deficiência mental, necessitando da ajuda de outrem (50/84, 60%); não comparecimento às consultas médicas (25/30, 83%) e não manter registros de medicação (71/122, 58%). Os participantes que não compareciam às consultas foram mais de quatro vezes e meia como prováveis não aderentes à terapia imunossupressora. Pacientes com história de uso de álcool e/ou drogas têm mais dificuldade de adaptação ao novo estilo de vida, sendo que as chances de retorno aos hábitos nocivos se tornam elevadas. A utilização apenas do questionário como instrumento de medida da adesão apesar de avaliar vários parâmetros, infere ao estudo um caráter de pouca credibilidade, pois se baseia apenas no relato do paciente.

Os resultados evidenciam que há a necessidade de maior acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em relação à adesão ao tratamento com imunossupressores, sendo que Correia *et. al.* (2008), em seus estudos sobre questionário multidimensional de adesão, afirmam que nos doentes transplantados a não adesão, entendida num sentido mais extenso, incluindo a assiduidade às consultas e a realização de exames médicos e laboratoriais, é muito mais prevalente que a não adesão, relacionada apenas com a ingestão de medicação.

Nos artigos analisados foram evidenciados (4) fatores principais determinantes da não adesão ao tratamento no pós-transplante hepático e outros fatores que se somam a esses que estão apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 – Fatores relacionados à não adesão analisados nos artigos pesquisados

<b>PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS À NÃO ADESÃO</b>	<b>ARTIGO</b>
IDADE	A2, A3, A4
TEMPO DE TRANSPLANTE	A1, A2, A3, A4, A5, A6
ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL	A1, A4
MUDANÇA NOS HÁBITOS DE VIDA	A1, A5, A6
<b>OUTROS FATORES EVIDENCIADOS NOS ARTIGOS</b>	
DEPENDÊNCIA DE OUTREM	A6
EFEITOS COLATERAIS DAS DROGAS	A1, A2, A3
NÍVEIS: FINANCEIRO, EDUCACIONAL E CULTURAL	A2, A6
ALCOOLISMO	A1, A5, A6

Com relação à idade, há nos adultos jovens em muitos casos, falta de responsabilidade e comprometimento com o tratamento. A sensação de morte iminente está longe, e a pouca experiência de vida fazem com que estes creiam que são menos susceptíveis a outros problemas próprios da idade avançada que aos poucos se aproxima. Segundo Brahm (2012), o paciente submetido ao transplante deve seguir diversas recomendações essenciais para a manutenção do enxerto e maior sobrevida, incorporando em sua rotina diária novos cuidados. Sendo o transplante um tratamento, o seguimento dos cuidados necessários pós-transplante é imprescindível para que o paciente usufrua dos benefícios trazidos pelo mesmo.

Ficou evidenciado no presente estudo que as consultas ambulatoriais no período inicial decorrente ao transplante são mais frequentes quando o cuidado é reforçado. Decorrido um tempo maior a sensação de bem-estar é grande comparada ao período anterior ao transplante, levando muitos à interrupção das consultas médicas e dos imunossupressores.

O não acompanhamento contínuo do profissional de saúde faz com que os pacientes desconheçam parte daquilo que é importante e fraquejem ao longo do caminho, refletindo a deficiência dos serviços de saúde quanto às orientações e educação do mesmo e seus familiares. Ao prestar informações e esclarecimentos, o profissional de saúde possibilita a inserção de novos hábitos no cotidiano do indivíduo. Hábitos como tomar a medicação no horário, alimentar no período correto e seguir a dieta podem ganhar um novo sentido e, dessa forma, serem integrados à realidade de cada paciente (NÓBREGA; LUCENA, 2011).

Os fatores relacionados às mudanças de hábitos tais quais alimentação saudável, abandono de vícios como álcool e drogas, por exemplo, são vitais para a preservação do novo órgão implantado. Mudanças na qualidade e estilo de vida provocadas pela hepatopatia crônica favorecem o aparecimento de dificuldades subjetivas importantes, que exigem uma reorganização da dinâmica pessoal, familiar e social, necessitando de compreensão e apoio daqueles que lidam diretamente com o paciente, incluindo a família, os amigos e os profissionais da saúde que o assistem (AGUIAR; BRAGA, 2011).

Outros fatores identificados como a dependência de outrem, os próprios efeitos colaterais das drogas, a questão financeira, a educação e o nível cultural dos pacientes, mostram a necessidade de se trabalhar com as questões ligadas à adesão/não adesão ao regime terapêutico de forma multidisciplinar.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transplante de fígado é atualmente a única opção de tratamento para as doenças hepáticas terminais. Os resultados encontrados neste estudo mostraram consideráveis índices de não adesão. Tendo em vista os objetivos deste, acredita-se que será possível fornecer subsídios que auxiliarão na tomada de decisão para a melhoria da assistência prestada aos pacientes submetidos ao transplante hepático.

Consideramos necessário criar estratégias tais como a implementação de programas de educação do paciente a partir do momento da indicação deste para o transplante, além de métodos que identifiquem possíveis candidatos a não adesão como, por exemplo, os pacientes de idade mais jovem para o planejamento de intervenções que garantam os resultados esperados. Orientar para a criação de novos hábitos que envolvam rotinas diárias pode ser benéfico, uma vez que após o transplante, todo o estilo de vida do mesmo é modificado.

Ressalta-se a importância da realização de pesquisas que investiguem a adesão/não adesão sob a ótica daqueles que vivenciam o problema, ou seja, pacientes, familiares e profissionais de saúde, pois estas poderão fornecer subsídios para uma compreensão mais ampla dessa problemática. Lacunas identificadas como o nível cultural e financeiro dos pacientes, também merecem estudos futuros como prováveis fatores determinantes da não adesão ao tratamento. É essencial também que as instituições de saúde apoiem, incentivem e financiem novas pesquisas para um maior aprimoramento e entendimento do tema por seus profissionais.

Espera-se que a realização deste estudo possa contribuir para suscitar novas pesquisas, principalmente entre os enfermeiros, elucidando questionamentos ainda existentes e auxiliar na tomada de decisão na prática destes, o que com certeza, implicará em redução de custos para a instituição, qualificação dos profissionais e melhoria da assistência prestada aos pacientes submetidos ao transplante hepático.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F; BRAGA, V. A. B. Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. *Rev. Eletr. Enf.* v. 13, n. 3, p. 413-421, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a06.htm>>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: Informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002.

AZEVEDO, E. F. *Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura*. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2011.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. Disponível em: <[www.ges.face.ufmg.br](http://www.ges.face.ufmg.br)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRAHM, M. M. T. *Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais*. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.

CASTRO E SILVA JR. *et al.* Transplante de fígado: indicação e sobrevida. *Acta Cirurg. Bras.*, São Paulo, v. 17, n. 3, 2002.

CORREIA, T. D. *et al.* Adesão nos doentes transplantados. *Acta Med. Port.*, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 73-85, 2006.

CORREIA, T. D. *et al.* Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Med. Port.*, Lisboa, n. 21, p. 31-36, 2008.

COSTA, S. R. S. C. M. *Regresso ao trabalho do doente submetido a transplante hepático*. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2009.

CRUZ, D. A. L. M; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 415-422, maio/jun. 2005. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

DEWULF, N. L. S *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, São Paulo, v. 42, n. 4, out./dez. 2006.

DEWULF, N. L. S. *Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais*. 2005. 99 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2005.

FERREIRA, T. C.; VIEIRA, S. M. G.; SILVEIRA, T. R. Transplante hepático. *Jornal de Pediatria*, v. 76, n. 2, p. 198-202, 2000.

FREIRE, M. P. *Infecções hospitalares em pacientes submetidos a transplante de fígado: fatores de risco relacionados ao doador*. 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2006.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. *Rev. Esc. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIR, E.; VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev. Lat- Am. Enferm.* Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005.

GOTARDO, D. R. M. *Qualidade de vida e transplante hepático: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós-cirurgia*. 2007. 127 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2007.

HELENA, E. T. S. *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC*. 2007. 103 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2007.

KOURROUSKI, M. F. C. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. 2008. 111 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2008.

MARQUES, F. Estudo mostra que pesquisadores da França e da Alemanha também perdem influência quando não publicam em inglês. *Rev. Fapesp*, ed. 181, mar. 2011.

MASSAROLO, M. C. K. B.; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. *Rev. Lat-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 66-72, ago. 2000.

MEINE, M. H. M. M. *Ensaio clínico randomizado da preservação de enxertos hepáticos com solução de perfusão de UW e HTK no transplante ortotópico de fígado*. 2005. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2005.

MENDES, K. D. S. *Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem*. 2006. 202 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MIES, S. *et al.* Transplantes hepáticos. *Einstein*, São Paulo, v. 3, n.1, p. 13-20, 2005.

MIES, S. Transplante de fígado. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 44, n. 2. São Paulo, abr./jun. 1998.

NOBREGA, R. T.; LUCENA, M. M. da S. Para além do transplante hepático. *Est. Pesq. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 965-982, 2011.

PAROLIN, M. B. *et al.* Resultados do transplante de fígado na doença hepática alcoólica. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, n. 39, n. 3, jul./set. 2002.

PEDROLO, E. *et al.* A Prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 14, n. 4, 760-763, out./dez. 2009.

PELLIZZON, R. F.; Pesquisa na área da saúde: 1 - base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). *Acta Cirurg. Bras.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 153-63, mar./abr. 2004.

PEREIRA, A. L. C. *et al.* Uso sistêmico de corticosteróides: revisão da literatura. *Med Cutan Iber Lat Am.*, Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p. 35-50, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Cien. Saúde Colet.*, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, dez. 2008.

REZENDE, M. B. *Transplante hepático com preservação da veia cava inferior e anastomose porto-cava temporária ou com ressecção da veia cava inferior e “bypass” veno-venoso: estudo comparativo*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2006.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C.; A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Lat-Am. Enferm.*, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 21 jun. 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl. Nurs. Res.*, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

URSI, E. S., GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *RevLatino-am Enfermagem*, 14(1):124-31, jan./fev. 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5 p. 546-553, 2005.

WHO. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chronicconditions/en/adherencereport.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2012.



## APÊNDICE

<b>ARTIGO</b>	Study of the health education process in liver transplant recipients	Prevalence of prednisolone (non)compliance in adult liver transplant recipients	Symptom experience associated with immunosuppressive drugs after liver transplantation in adults: possible relationship with medicationnon-compliance?
<b>IDIOMA</b>	Espanhol	Inglês	Inglês
<b>PERIÓDICO</b>	<i>Enfermeria Intensiva</i>	<i>Transplant International</i>	<i>Clinical Transplantation</i>
<b>TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA</b>	Enfermagem	Médica	Médica
<b>AUTOR(ES) / ANO</b>	MADICO CEREZO, M. C.; SIMÓN-SIMÓN, C.; PAMIAS MUÑOZ, M; ALCÁNTARA ROMANILLOS, M. T.; TERRADO AGUSTÍ, I.; BIADA CANALES, P. 2001	DRENT, Gerda; HAAGSMA, Elizabeth B.; DE GEEST, Sabina; BERG, Aad P. van den; VERGERT, Els M. Ten; BOSCH, Hillegonda J. van den; SLOOFF, Maarten J. H. and KLEIBEUKER, Jan H. 2005	DRENT, G; MOONS, P.; DE GEEST, S; KLEIBEUKER, J. H. HAAGSMA, E. B. 2008
<b>LOCAL DO ESTUDO / PAÍS</b>	University Health Care (Barcelona) Espanha	Hospital Universitário (University Hospital Groningen, The Netherlands) Holanda	University Medical Center Groningen, The Netherlands Holanda
<b>PROFISSÃO</b>	Enfermeiros	Não cita	Não cita
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Estudo de corte retrospectivo Nível III	Estudo prospectivo. Nível III	Estudo Transversal Nível III

<b>OBJETIVO</b>	Avaliar a eficácia de um plano educacional para os pacientes com acompanhamento prolongado, comparando a implementação entre os pacientes que receberam apenas a informação verbal e outro grupo que recebeu informação verbal, escrita e áudio-visual	Avaliar a prevalência da adesão (ou não) à prednisona usando o método da monitorização eletrônica (EEM) em receptores de transplante de fígado adulto em ambulatório. Além disso, a relação possível entre variáveis, como idade e a complexidade que envolve a medicação foram estudadas a fim de encontrar fatores de risco para comportamento de não adesão	Avaliar os sintomas associados aos efeitos das drogas imunossupressoras e a não adesão em pacientes adultos estáveis durante um longo e um curto prazo de acompanhamento após transplante
<b>AMOSTRA</b>	Primeiro grupo – 98 pacientes transplantados de 1º de janeiro de 1997 até 31 de dezembro de 1998 e que recebeu informação verbal, escrita e áudio visual. Segundo grupo – 60 pacientes transplantados de fevereiro de 1984 até Dezembro de 1994 e que recebeu informação apenas verbal	108 pacientes	123 pacientes transplantados, além dos resultados de um estudo anterior sobre adesão à Prednisona
<b>LIMITAÇÕES/VIESES</b>	No primeiro grupo estudado, 19 pacientes morreram, deixando uma amostra de 98 pacientes. Dos 107 pacientes do segundo grupo estudado, houve apenas a	123 pacientes participantes no início do estudo. No entanto, um parou de usar o sistema eletrônico (EEM) devido à alteração da dose de	Não cita

	possibilidade de entrevistar 60 pacientes	prednisona. 12 pacientes tinham violado as diretrizes EEM. Outros dois não foram encontrados para manter contato	
<b>MEDIDAS DE ADESÃO À MEDICAÇÃO UTILIZADA (INTERVENÇÃO)</b>	Questionário respondido através de ligações telefônicas feitas por enfermeiros	Monitorização de Evento Eletrônico – EEM (frasco com tampa com microcircuito que registra data e hora de tomada da medicação)	- Monitorização de Evento Eletrônico – EEM (frasco com tampa com microcircuito que registra data e hora de tomada da medicação) - Escala de ocorrência de angústia e sintomas do transplante
<b>RESULTADOS</b>	- Medidas de higiene (banho e higiene oral): não houve diferenças significativas entre os dois grupos - Hábitos etílicos: o primeiro grupo demonstrou menos frequência em relação ao segundo; - Com relação às medidas preventivas é observado que os pacientes com mais tempo de transplante (segundo grupo) usam menos protetor solar	- TC –(variação de 60-105%). Porcentagem de vezes em que o frasco de medicamentos é aberto comparado com o número total de doses prescritas - DC – (variação de 58-100%). Porcentagem de dias em que o frasco é aberto no horário correto. - TIC – (variação de 42-100%). Porcentagem de dias em que o frasco foi aberto com até 3 horas do horário proposto	Os resultados mostraram que o crescimento do cabelo foi o sintoma mais frequente em ambos os sexos. Angústia foi mais grave em mulheres que em homens, relacionada principalmente a períodos menstruais dolorosos, enquanto que em homens, foi impotência. Não foi encontrada relação entre os sintomas e adesão à prednisona

		DH – $\geq$ 48h (39%); $\geq$ 72h (16%). Não abertura do frasco durante 48 horas ou mais (DH-48) ou durante 72 horas ou mais (3 dias consecutivos) (DH-72). Características encontradas em pacientes com idade abaixo de 40 anos	
<b>CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES</b>	Em pacientes que tinham apenas a informação verbal é geralmente observada uma menor resposta às recomendações em relação aos que receberam informações por escrito, verbal e áudio-visual	Mais estudos são importantes para: investigar os desfechos dos efeitos colaterais dos imunossupressores, inclusive em casos de overdose; diminuir os custos e reinternações; intervir nos fatores determinantes de não adesão como idade e fatores psicossociais	Os resultados fornecem informações importantes aos profissionais de saúde sobre os efeitos causados pelas drogas imunossupressoras e podem ser utilizados para orientar os pacientes sobre os efeitos colaterais causados por essas drogas
<b>ARTIGO</b>	Impact of a Pharmaceutical Care Program on Liver Transplant Patients' Compliance With Immunosuppressive Medication: A Prospective, Randomized, Controlled Trial Using Electronic Monitoring	Individual and environmental correlates and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation	Self-reported non-adherence to immune-suppressant therapy in liver transplant recipients: demographic, interpersonal, and intrapersonal factors
<b>IDIOMA</b>	Inglês	Inglês	Inglês
<b>PERIÓDICO</b>	<i>Transplantation</i>	<i>Progress in</i>	<i>Clinical</i>

		<i>Transplantation</i>	<i>Transplantation</i>
<b>TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA</b>	Médica	Médica	Médica
<b>AUTOR(ES) / ANO</b>	KLEIN, A; OTTO, G.; KRAMER, I. 2009	STILLEY C. S. ; DIMARTINI, A. F. ; VERA, M. E. de, ; FLYNN, W. B. ; KING, J. ; SEREIKA, S. ; TARTER, R. E.; DEW, M. A. ; RATHNAMALA, G. 2010	LAMBA, S.; NAGURKA, R.; DESAI, K.K.; CHUN, S.J.; HOLLAND, B.; KONERU, B. 2011
<b>LOCAL DO ESTUDO/PAÍS</b>	Departamento de Farmácia do Hospital da Universidade de Mainz (Department of Pharmacy, University Hospital Mainz, Langenbeckstrasse, Mainz) Alemanha	Hospital Montefiore da Universidade de Pittsburgh (University of Pittsburgh Montefiore Hospital, Pittsburgh, Pennsylvania) Estados Unidos	Hospital Universitário (University of Medicine and Dentistry of New Jersey-New Jersey Medical School, University Hospital, Newark, NJ, USA), Estados Unidos
<b>PROFISSÃO</b>	Farmacêuticos	Dois médicos. Demais não cita	Médicos
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Ensaio clínico randomizado controlado Nível II	Estudo descritivo Nível IV	Estudo transversal descritivo Nível IV
<b>OBJETIVO</b>	Avaliar o impacto de um programa de assistência farmacêutica de 12 meses com imunossuppressores desenvolvido para pacientes transplantados hepáticos	Examinar os fatores ambientais e do paciente em relação a todos os aspectos da adesão ao regime terapêutico no pós-transplante e as consequências à saúde nos primeiros 6 meses após o transplante	Determinar a prevalência de não adesão ao tratamento com imunossuppressores explorando os potenciais fatores que influenciam o mesmo (Demografia, padrões sociais, crenças, etc.)

			em uma população diversa de transplantados hepáticos em um hospital público urbano
<b>AMOSTRA</b>	50 pacientes no total, Vinte e seis foram randomizados para o grupo de intervenção e 24 pacientes para o grupo controle	152 pacientes	A população alvo foi constituída por todos os pacientes adultos vivos submetidos a transplante com no mínimo 1 ano de cirurgia, no período de janeiro de 1989 a abril de 2005
<b>LIMITAÇÕES/ VIESES</b>	Dois pacientes no grupo de intervenção morreram antes do término. Quatro pacientes no grupo de intervenção e três no grupo controle utilizaram outros frascos de medicamentos além dos propostos no estudo. O monitoramento foi interrompido nos casos em que houve internação hospitalar, havendo então um período total de acompanhamento inferior ao proposto. Outras razões para um curto período de monitoramento foi a utilização de frascos de comprimidos comuns e falhas para retornar o frasco no final do estudo	Curto período de acompanhamento ambulatorial e número reduzido de participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O estudo foi realizado em um hospital público limitando a aplicação dos resultados generalizada;</li> <li>- O instrumento de pesquisa, utilizado apesar de bem aceito, não é o padrão “ouro”. Assim, estimativas de não aderência podem diferir de outros métodos;</li> <li>- Devido à natureza anônima da pesquisa, não há como ter certeza de que os que não responderam ao questionário possam ser considerados não aderentes;</li> <li>- O estudo não</li> </ul>

			<p>explorou a questão da não adesão relacionada aos profissionais de saúde e a sistemática desta como um todo;</p> <p>- A pesquisa utilizou um instrumento que não permitiu uma abrangência maior das questões ligadas à não adesão.</p>
<p><b>MEDIDAS UTILIZADAS DE ADESÃO À MEDICAÇÃO</b></p>	<p>Monitorização eletrônica da medicação através da abertura do frasco registrada com data e hora de medicação. O cumprimento da dosagem (DC) foi calculado para cada paciente e o valor de DC médio foi comparado entre os dois grupos.</p> <p>O grupo controle recebeu apenas o atendimento médico com orientações sobre medicação e tratamento. O grupo de intervenção recebeu orientações médicas além do acompanhamento periódico de um farmacêutico durante todo o estudo com informações escritas, incluindo um plano de medicação após a alta, informações</p>	<p>Questionários respondidos através de entrevistas;</p> <p>Monitorização de Evento eletrônica;</p> <p>Relatório diário sobre por quê e quando os frascos eram abertos</p>	<p>Questionário de caráter anônimo enviado aos participantes contendo 30 questões com os seguintes tópicos: (i) adesão ao imunossupresores, (ii) conhecimentos e informações sobre imunossupresores; (iii) dados demográficos, sociocultural, e uso de substâncias tóxicas; (iv) apoio social percebido, (V) questões médicas relacionadas à doença de base, comorbidades (vi) dúvidas com relação a questões de saúde e outras crenças</p>

	relacionadas à terapia imunossupressora e um diário para anotações.		
<b>RESULTADOS</b>	<p>O DC (cumprimento da dosagem) médio do grupo de intervenção foi de 90% em comparação com 81% do grupo controle. Dois pacientes (10%) no grupo de intervenção e nove pacientes (43%) no grupo controle mostrou um DC inferior a 80%. Além disso, os pacientes no grupo de intervenção tiveram maior probabilidade de alcançar níveis sanguíneos de imunossupressores de acordo com o estipulado</p>	<p>Não adesão: às consultas, 47%; À medicação, 73%. Recaídas ao uso de drogas/álcool, 5,6%.</p>	<p>Total respondido: 49% (281/572). A não adesão foi maior relatada na fase 2-5 anos pós-transplante (69/123, 56%). As maiores taxas de não adesão aos imunossupressores foram: pacientes divorciados (26/34, 76%, <math>p = 0,0093</math>); que possuem uma história de uso de drogas ou do álcool (42/69, 61%, <math>p = 0,0354</math>); algum tipo de deficiência mental necessitando ajuda de alguém (50/84, 60%, <math>p = 0,0336</math>); não comparecimento às consultas médicas (25/30, 83%, <math>p &lt; 0,0001</math>), e não manter registros de medicação (71/122, 58%, <math>p = 0,0168</math>). Os participantes que não compareciam às consultas foram mais de quatro vezes e meia como prováveis não aderentes à terapia</p>



			imunossupressora (OR 4,7, 95% CI 1,5-14,7, p = 0,008)
<b>CONCLUSÃO/ RECOMENDAÇÕES</b>	<p>- Pacientes que receberam assistência do profissional farmacêutico além da tradicional mostraram aderência significativamente melhor com a medicação imunossupressora do que os pacientes que receberam atendimento apenas tradicional.</p> <p>- Recomenda-se que a assistência do profissional farmacêutico é uma intervenção eficaz que deve ser implementada nos cuidados pós-transplante.</p>	<p>- Recomenda-se desenvolver diretrizes para identificar pacientes candidatos a transplante em risco de abandono futuro após o procedimento. Tais orientações permitiriam à equipe de saúde preparar pacientes para gerir melhor o regime pós-transplante</p>	<p>- Metade dos participantes foi considerada não aderente à terapia imunossupressora.</p> <p>- Não comparecimento às consultas médicas é uma importante dica para demonstrar a não adesão aos imunossupressores.</p> <p>- Podem aumentar a frequência às consultas médicas.</p> <p>- Melhorar os sistemas de saúde pode aumentar os índices de comparecimento às consultas médicas, assim como encorajamento dos registros dos medicamentos ingeridos talvez sejam efetivos em reduzir a não adesão aos imunossupressores</p>