



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ADESÃO AO TRATAMENTO POS TRANSPLANTE DE FIGADO NOS  
ADOLESCENTES: Uma revisão integrativa**

**ISABELA CORGOZINHO VIEIRA REGLY**

**Belo Horizonte  
2012**

**ISABELA CORGOZINHO VIEIRA REGLY**

**ADESÃO AO TRATAMENTO POS TRANSPLANTE DE FIGADO NOS  
ADOLESCENTES: Uma revisão integrativa**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar. Área de Concentração: Transplante, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito obrigatório para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Aidê Ferreira Ferraz

**Belo Horizonte  
2012**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida e a oportunidade de estar nesse mundo aprendendo e ajudando o próximo. Aos meus pais Maria Elizabeth e José Roberto e meu esposo Werley que somaram para tornar possível mais uma conquista, obrigada pelo crédito, paciência e o apoio para o alcance dessa vitória.

A orientadora dessa monografia Professora Doutora Aidê Ferraz, pela dedicação absoluta ao trabalho, pela generosidade na transmissão de conhecimentos, pela motivação intensa, discussões incansáveis, valiosas sugestões para o enriquecimento desse trabalho, o meu muito obrigada!

Aos docentes da Pós graduação Enfermagem Hospitalar da UFMG, que contribuíram com seus conhecimentos científicos e trocas de experiências.

Enfim, à todos que, direta ou indiretamente, colaboraram e fizeram parte desta conquista. Muito obrigada!

## RESUMO

O transplante de fígado é a única opção terapêutica eficaz no tratamento de pacientes portadores de doenças hepáticas avançadas. Avanços científicos têm otimizado o tratamento imunossupressor, porém a adesão ao tratamento por parte dos pacientes nem sempre é alcançada. A presente pesquisa tem como objetivo analisar os motivos para a não adesão ao tratamento por parte dos adolescentes pós-transplante de fígado e quais estratégias utilizadas para promover a adesão de adolescentes ao tratamento. Para o alcance dos objetivos propostos a pesquisa em questão trata-se de um estudo quantitativo, como referencial teórico, utilizou-se a revisão integrativa e como referencial metodológico, a prática baseada em evidência preconizada por Stetler. Ao final conclui-se que há necessidade de estudos futuros de literaturas livres pautados com objetivos de melhorar a previsão de risco da falta de adesão e em teses de intervenções para reduzir os riscos.

Descritores: Adesão à medicação, transplante de fígado, imunossupressores, toxicidade de drogas, adolescentes.

## SUMMARY

Liver transplantation is the only effective therapeutic option in the treatment of patients with advanced liver disease. Scientific advances have optimized immunosuppressive treatment, but treatment compliance by patients is not always achieved. This research aims to analyze the reasons for non-adherence to treatment by adolescents after liver transplant and what strategies used to promote adherence to treatment in adolescents. To achieve the objectives proposed in the research question this is a quantitative study, as theoretical, used the integrative review as methodological framework and the evidence-based practice advocated by Stetler. At the end we conclude that there is need for future studies of literature free lined with goals to improve the prediction of risk of noncompliance and theses interventions to reduce risks.

Keywords: Adherence to medication, liver transplantation, immunosuppressive drug toxicity, teenagers.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	8
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3.1	Aspectos históricos do transplante de órgão.....	9
3.2	Dados epidemiológicos da realização dos transplantes.....	11
3.3	Transplante hepático no adolescente X Adesão ao tratamento pós-transplante.....	12
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	16
4.1	Referencial Teórico.....	<b>16</b>
4.2	Identificação do problema de estudo.....	16
4.3	Etapa da busca da literatura / estratégia de busca.....	17
4.4	Análise dos estudos selecionados.....	18
4.5	Interpretação dos estudos selecionados.....	18
4.6	Apresentação da revisão com diferentes contexto que envolve a temática.....	18
5.	RESULTADOS.....	21
6.	DISCURSÃO.....	26
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERENCIAS.....	30
	APENDICE.....	34

## 1 INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é um tratamento complexo para doenças em estágio terminal que nos últimos anos se tornou uma opção válida de tratamento para determinado grupo de pacientes que podem ser beneficiados em tempo de sobrevivência e qualidade de vida. Pacientes adolescentes, assim como pacientes adultos podem ter uma boa resposta a este procedimento cirúrgico se a indicação for adequada, em diferentes tipos de órgãos sólidos como, por exemplo, o fígado, que será foco para o desenvolvimento deste estudo.

O transplante hepático evoluiu, acumulando progressos e se firmando como a única opção terapêutica eficaz no tratamento de pacientes portadores de doenças hepáticas avançadas. O transplante de fígado melhorou sobremaneira a taxa de sobrevida das crianças e adolescentes com doença hepática terminal, com taxas de sobrevida que variam de 80 a 90% em 01(um) ano (MATAS, 2008)

As principais indicações de transplante hepático em crianças e adolescentes são as doenças hepáticas colestáticas, prurido e/ou ascite intratáveis do ponto de vista clínico; hipertensão porta com sangramento de varizes sem resposta ao tratamento; episódios múltiplos de colangite ou episódios de peritonite bacteriana espontânea; síntese hepática progressivamente deficiente; repercussão no crescimento pondo-estatural, insuficiência hepática fulminante, doenças hepáticas metabólicas, tumores hepáticos e encefalopatia hepática. Sendo a atresia biliar a principal indicação de transplante em criança e/ou adolescentes. (MESQUITA et al, 2008 e BERMUDEZ et al, 2011).

Para uma boa qualidade de vida pós-transplante, é fundamental que ocorra, por parte dos pacientes, a adesão ao tratamento, o que implica em um processo de troca e confiança entre o profissional de saúde e o paciente, durante o processo de tratamento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS – (2003) adesão ao tratamento é definida como medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde.

O regime terapêutico pós-transplante compreende múltiplos componentes, que incluem a ingestão dos imunossuppressores e outras medicações, sendo este o principal mecanismo para evitar a rejeição do enxerto. Além disso, o paciente transplantado deve comparecer às consultas agendadas, realizar todos os exames (laboratoriais, de imagem, entre outros) solicitados pelo médico, adotar um estilo de vida saudável e evitar comportamentos de

risco à saúde, tais como falta de exercício físico, má alimentação, abuso do tabagismo e de substâncias ilícitas e comportamento sexual de risco (SHEMESH, 2010).

De acordo com Bermudez et al. (2011), quando comparados pacientes adolescentes com adultos, o resultado é discrepante em relação ao índice de adesão ao tratamento pós-transplante, atingindo a porcentagem de 15-25% e 38-64% respectivamente.

Adolescência é a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Desse modo, essa fase caracteriza-se por alterações em diversos níveis - físico mental e social - e representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto. (BERMUDEZ et al., 2011).

Apesar da importância de aderir ao tratamento, em muitos casos os pacientes não o fazem. Segundo a OMS (2003), não há como negar que pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. A baixa adesão ao tratamento é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores.

Neste contexto surgem questionamentos que nortearam o desenvolvimento deste estudo. Dentre tais questionamentos destaca-se: Quais os motivos apresentados pelos adolescentes para não adesão ao tratamento pós-transplantes de fígado? Que estratégias são utilizadas pelos profissionais da saúde para promover a adesão ao tratamento?

A realização da presente pesquisa é de fundamental relevância, pois o abandono do tratamento pós-transplante está associado a consequências graves ao transplantado, dentre as quais destacam-se a má qualidade de vida pós-transplante, rejeição aguda / crônica do órgão, perda tardia do enxerto, mortalidade pós-transplante e necessidade de re-transplantes, resultando em problemas emocionais para o paciente e familiares, além de produzir consequências econômicas significativas para o sistema de saúde.

Além dos fatores mencionados acima, a presente pesquisa contribuirá para os meios científicos, em decorrência da escassez de literatura de acesso livre sobre a temática com foco na prática baseada em evidências.

## **2 OBJETIVOS**

- Analisar os motivos para a não adesão ao tratamento por parte dos adolescentes pos-transplante de fígado.
- Identificar as estratégias utilizadas para promover a adesão de adolescentes ao tratamento.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Aspectos históricos do transplante de órgão

O transplante de órgãos é uma intervenção cirúrgica aceita e recomendada para o tratamento de disfunções degenerativas e progressivas, proporcionando aumento da sobrevida dos pacientes e melhor qualidade de vida. (MENDES e BOUSSO, 2009)

Inúmeros são os relatos que compõem a história dos transplantes. O primeiro deles, encontra-se registrado na Bíblia, no livro de Gênesis 2:21-22. Nesse relato Adão aparece como o primeiro doador. Outro relato milenar e até mitológico, trata-se da história de dois médicos chineses, Itoua To e Pien Tsio, eram gêmeos e nasceram em 287 d.C., tendo estudado medicina na Grécia e Cecília, na Ásia Menor. Conta-se que esses médicos teriam transplantado a perna de um soldado negro que acabara de morrer em outro homem, um velho branco que havia perdido a perna naquele mesmo dia. Eles atendiam as pessoas sem cobrar e, por isso, foram perseguidos, julgados e executados por Deocleciano e posteriormente, tornaram-se mártires e santos. Hoje, são os padroeiros dos médicos cirurgiões (PEREIRA, 2004).

A história dos transplantes de órgãos sólidos vasculares teve início com os trabalhos de Carrel e Ullmann em 1902. Welch, em 1955, descreveu o transplante de fígado heterotópico em cães, iniciando uma importante linha de pesquisa. Starzl *et al.* desempenharam um papel de pioneirismo e vanguarda na cirurgia do transplante hepático, a partir da estruturação do grupo de Chicago, em 1958. (SILVA et al, 2002).

Desde os primeiros transplantes de fígado, realizados por Cannon em 1956<sup>6</sup> e Starzl *et al.* em 1963<sup>5</sup>, 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. No entanto, sem adequada terapia imunossupressora os resultados do procedimento eram desanimadores e apresentavam baixos índices de sobrevivência (20% em dois anos).

Peter Medawar ganhador do prêmio Nobel (1960), em seu trabalho sobre a imunológica dos transplantes identificou a importância da imunidade celular no processo de rejeição dos enxertos, permitindo o desenvolvimento dos protocolos de imunossupressão (Salmela et al, 1995).

Nos anos seguintes os esforços foram no sentido de superar o problema da rejeição através do desenvolvimento de novos imunossupressores. Nas décadas de 60 e 70 desenvolveram-se fármacos com uma melhor ação imunossupressora e expressivos efeitos colaterais, tais como a nefrotoxicidade, hipertensão arterial, neurotoxicidade, hiperglicemia, neoplasias, infecções, hiperlipidemia e hiperpotassemia.

A década 70 foi marcada pela introdução da azatioprina, um marco importante na história dos transplantes, mas foi o uso da ciclosporina e a descoberta do tacrolimus como medicamentos adicionais no controle da rejeição no final da década de 70, que possibilitou uma melhora progressiva na sobrevivência de doentes submetidos ao transplante. A partir desse marco o transplante deixou de ser uma simples curiosidade, para se tornar uma terapia efetiva. (BOUGEOIS, SZANAJER e BOTEMBE, 1993)

O desenvolvimento de soluções de conservação de órgãos iniciou-se a partir da década de 60, com os trabalhos pioneiros de Belzer em transplante renal. Estas pesquisas abriram portas para o aperfeiçoamento de novas soluções de conservação (Collins) nas décadas seguintes, até que no final da década de 80 o grupo da Universidade de Wisconsin padronizou uma nova e revolucionária solução. Esta continha inibidores da tumefação celular, tampões eficientes e nutrientes que propiciaram um expressivo aumento no tempo de preservação do fígado. (BRONSTHER, 1994)

O primeiro transplante de fígado bem sucedido na América Latina foi realizado também no Hospital das Clínicas, pela equipe da Unidade de Fígado, no dia 1º de setembro de 1985. Tratava-se de uma moça de 20 anos, portadora de um tumor primário de fígado. Essa paciente teve evolução pós-operatória satisfatória, mas também faleceu 13 meses depois em decorrência de recidiva da doença original. A partir de então, a Unidade de Fígado passou a realizar, rotineiramente, o procedimento e, até 1989, numa quantidade de 4 a 6 transplantes por ano. Em 1988, o grupo descreveu o primeiro transplante *inter vivos* de fígado, empregando doador vivo relacionado. (MIES, 1998)

O segundo grupo a realizar transplante de fígado com sucesso no País foi o do Instituto da Criança, em 1989, que também pertence ao Hospital das Clínicas. A partir daí, diversos outros passaram a se interessar pelo procedimento, inicialmente em São Paulo e, depois, em outros Estados. Existem, atualmente, 19 centros que realizam ou já realizaram transplantes de fígado no Brasil, dos quais dez se localizam na cidade de São Paulo. (MIES, 1998).

Estes avanços permitiram obter resultados encorajadores nos transplantes do rim, coração e fígado proporcionando uma sobrevida de até 80% em dois anos aos pacientes transplantados (PEREIRA, 2004).

### **3.2 Dados epidemiológicos da realização dos transplantes.**

Os avanços da medicina na última década permitiram melhora expressiva da sobrevida dos pacientes submetidos à transplante de órgãos. Atualmente o índice de sobrevida após esse procedimento nos Estados Unidos é de cerca de 85% em um ano e de 70% em cinco anos. No Brasil, ainda não existem dados oficiais, mas publicações de alguns serviços indicam percentagens um pouco inferiores. O refinamento das técnicas cirúrgicas e a presença de drogas imunossupressoras potentes reduziram a rejeição significativamente. Entretanto a taxa de óbito ainda é grande entre as pessoas que estão na fila de espera por transplante hepático, devido à falta de um método adequado para manter o paciente com insuficiência hepática vivo, e ao baixo número de doadores de órgãos. (RAMOS e COELHO, 2010)

No Brasil, o número de doações de órgãos vem crescendo continuamente e significativamente por quase duas décadas. No ano de 2009 ocorreram 1.214 doadores falecidos o que representou crescimento na doação de 26%, devido principalmente ao aumento na taxa de efetivação de doação, que passou de 22% para 25,5%. Concomitante houve aumento de 8% na notificação. Já em países desenvolvidos, o número de órgãos provenientes de doadores cadáver atingiu um ápice, sem nenhum crescimento significativo nos últimos anos. Isto se deve a vários fatores, sendo os principais: crescimento populacional pequeno, redução do número de acidentes automobilísticos fatais e aumento do número de indivíduos com doenças transmissíveis (HIV e hepatites virais). Em países desenvolvidos o número de doações é muito maior, alcançando 33 por milhão de pessoa na Espanha, país com o melhor sistema mundial de captação de órgãos. Estes dados sugerem que no Brasil, um país em franco desenvolvimento sócio-econômico, o número de transplantes tende a continuar a aumentar. (RAMOS e COELHO, 2010)

Comparando os anos de 2009 e 2011 foram realizados 1322 e 1492 respectivamente transplantes hepáticos no nosso país. Do total de 1492 transplante hepático realizado no Brasil em 2011, 80 foram realizados em Belo Horizonte. (RBT, 2011)

Este aumento contínuo deveu-se aos incentivos estabelecidos pelo governo federal, às campanhas de doação de órgãos realizadas pelas sociedades médicas e à melhor conscientização da população. Também de maneira positiva, as equipes transplantadoras e as centrais estaduais de transplante estão mais organizadas, e atualmente temos 62 equipes ativas realizando transplante hepático no Brasil. (RBT, 2011)

Apesar deste aumento expressivo do número de transplantes nos últimos anos, um grande problema persiste: a má distribuição dos centros transplantadores no território nacional. Dos transplantes hepáticos realizados em 2011, 45,8% foram no Estado de São Paulo. Somente 11 estados brasileiros possuem centros de transplante hepático. (RBT, 2011)

Outra modificação importante de ser registrar com relação aos transplantes hepáticos é a tendência de indicações com doadores vivos (transplante intervivos). Após a realização do primeiro transplante hepático intervivos no mundo na Universidade de São Paulo em 1989, houve aumento significativo no número desses transplantes no mundo até o ano de 2006. Desde então, o transplante intervivos vem reduzindo gradualmente em quase todos os países, exceto nos asiáticos, aonde o número de doadores de órgãos cadavéricos é muito limitado.

### **3.3 Transplante hepático no adolescente X Adesão ao tratamento pós-transplante**

O transplante de fígado é o procedimento mais complexo da cirurgia moderna. Nenhum outro interfere com tantas funções do organismo. Seu sucesso depende de uma completa infra-estrutura hospitalar e de uma equipe multiprofissional altamente treinada no procedimento e no acompanhamento de pacientes gravemente debilitados e já imunodeprimidos pela doença causa do transplante. (MIES, 1998)

Desde 1968 realizam-se transplantes de fígado no Brasil. O programa de captação de órgãos foi iniciado primeiramente em São Paulo, em 1991 e a distribuição era feita para as equipes credenciadas junto à Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Após este período, criaram-se as leis sobre a autorização familiar para fins de realização de transplante cadavérico e sobre o cadastramento de candidatos a receptores de fígado com doador cadáver.

Diversos escores médicos são usados como modelos de prognóstico de gravidade na literatura médica - alguns focalizam a saúde em geral e outros são específicos de algumas doenças. A classificação de Child-Turcotte foi o modelo vigente até o final da década de 90

para a avaliação da doença hepática crônica. Recentemente, o escore MELD (Model End-Stage Liver Disease) e PELD (Pediatric End-stage Liver Disease), um modelo matemático que estima o risco de mortalidade de uma pessoa com doença hepática terminal com base em exames laboratoriais de rotina. Escore esses que são utilizados para definir a posição do paciente em relação a fila de espera pelo transplante de fígado, dessa forma a fila de espera pelo transplante hepático não é mais definida pela cronologia da inscrição no sistema. (BOIN et al, 2008)

O MELD - Model for End-stage Liver Disease - é um valor numérico, variando de 6 (menor gravidade) a 40 (maior gravidade), usado para quantificar a urgência de transplante de fígado em candidatos com idade igual a 12 ou mais anos. É uma estimativa do risco de óbito se não fizer o transplante nos próximos três meses. O valor MELD é calculado por uma fórmula a partir do resultado de três exames laboratoriais de rotina, ou seja: Bilirrubina, que mede a eficiência do fígado excretar bile; Creatinina, uma medida da função renal e RNI - Relação Normalizada Internacional - uma medida da atividade da protombina, que mede a função do fígado com respeito a produção de fatores de coagulação. PELD - Pediatric End-stage Liver Disease - é um valor numérico similar ao MELD mas aplicado para crianças com menos de 12 anos, mas leva em conta o resultado laboratoriais de exames diferentes, ou seja: Bilirrubina, que mede a eficiência do fígado excretar bile; Albumina, uma medida da habilidade do fígado em manter a nutrição e RNI - Relação Normalizada Internacional - uma medida da atividade da protombina, que mede a função do fígado com respeito a produção de fatores de coagulação. (BOIN et al, 2008)

O transplante hepático é o tratamento mundialmente indicado para doenças do fígado em estágios avançados e é o transplante de órgão mais bem sucedido com sobrevida de um ano de 83 a 91% e de 5 anos de 82 a 84%, dependendo da idade do receptor. (BERMUDEZ, et al, 2011).

Infelizmente esses dados estatísticos não representam a realidade dos adolescentes transplantados, de acordo com o mesmo autor mencionado no parágrafo acima, quando comparados adolescente e adultos pós-transplante hepático, o índice de rejeição do enxerto no adolescente varia de 38 a 64%, já nos adultos esses índice não ultrapassa 25%, sendo esse resultado proporcionalmente inverso, ou seja, quanto maior o índice de rejeição menor a taxa de sobrevida do paciente.

O transplante de órgãos oferece ao adolescente com estágio final da doença, uma oportunidade para ampliação significativa de vida, bem como grandes melhorias na qualidade de vida. Apesar de estes benefícios serem semelhante proporcionado aos receptores de órgãos

adultos, o valor do transplante para os adolescentes é ainda mais profunda, incluindo o potencial para trajetórias mais normalizadas de crescimento e desenvolvimento, a chance de passar para a idade adulta, e a realização de funções e responsabilidades que vêm com a maturação. (DEW et al, 2009).

As principais indicações de transplante hepático em crianças e adolescentes são as doenças hepáticas colestática (atresia de vias biliares, síndrome de Alagille, colangite esclerosante e colestase intra-hepática familiar progressiva) em 48% dos casos, insuficiência hepática fulminante em 11%, doenças hepáticas metabólicas em 13%, tumores hepáticos em 4%, e outras doenças em 9%. (BERMUDEZ, et al, 2011).

Adolescência é uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta. Este período é marcado por diversas transformações corporais, hormonais e até mesmo comportamentais. Nesse período da vida, o adolescente caminha para a construção de novas relações e de maior independência psíquica, a fim de poder lidar com as exigências que o mundo lhe coloca. Não se pode definir com exatidão o início e fim da adolescência (ela varia de pessoa para pessoa), porém, na maioria dos indivíduos, ela ocorre entre os dez a vinte anos de idade (período definido pela OMS – Organização Mundial da Saúde), entretanto no Brasil, o Estatuto da Criança e do adolescente, estabelece outra faixa etária: dos doze a dezoito anos de idade. (ZANONI et al, 2010)

O adolescente com doença crônica enfrenta um cotidiano que nem sempre é condizente com seu processo de crescimento e desenvolvimento. Ao se deparar com uma experiência dessa natureza, pode desenvolver sentimentos negativos de culpa, medo, angústia, depressão, apatia, revolta e negação. Geralmente a sua rotina diária é ameaçada, seu cotidiano é modificado podendo implicar em limitações, principalmente físicas, relacionadas à doença, além de serem frequentemente submetidos a hospitalizações para exames e tratamento. (ZANONI et al, 2010)

O tratamento de doenças crônicas é prolongado, complexo, exigindo cuidados constantes em relação à terapêutica em si e a determinantes que possam agravar o estado de saúde. Quando há necessidade de hospitalização, o adolescente é separado do convívio com seus familiares, amigos, colegas e da escola. Portanto, é nesse contexto que precisa cotidianamente adaptar-se às situações decorrentes do agravo a sua saúde. Esses aspectos, além de interferirem na saúde física do adolescente, alteram sua convivência social, podendo desencadear processos de fragilidade emocional e isolamento. (DÓRO; PASQUINI e LOHR, 2001)

As doenças de maior impacto para o adolescente são as de natureza crônica, tanto com relação à relevância na área da saúde, quanto pelo componente emocional, o que dificulta a adesão terapêutica, resultando em reinternações e, por vezes, até em morte. Nesse sentido, os envolvidos no processo do cuidar (adolescente - família - equipe de saúde) devem trabalhar conjuntamente a fim de mobilizar recursos e criar uma rede fortalecida de apoio que dê suporte e independência para o adolescente com doença crônica, objetivando propor intervenções que o auxiliem a adesão ao o tratamento de maneira adequada, melhorando seu prognóstico e, conseqüentemente, preservando sua qualidade de vida. (ANDERS, 2004).

O regime terapêutico pós transplante compreende múltiplos componentes, que incluem a tomada dos imunossuppressores e outras medicações, sendo este o principal mecanismo para evitar a rejeição do enxerto, além disso o paciente transplantado deve comparecer nas consultas agendadas, realizar todos os exames (laboratoriais, de imagem, entre outros) solicitado pelo médico, adotar um estilo de vida saudável e evitar comportamentos de risco a saúde, tais como falta de exercício físico, má alimentação, abuso do tabagismo e de substância elícitas e comportamento sexual de risco. (SHEMESH, 2010).

O adolescente pós-transplante de órgãos, a não adesão principalmente da terapia imunossupressora é uma questão de risco de vida. (SIMONS et al, 2009). De acordo com a organização mundial de saúde (2003) adesão ao tratamento é definida como medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde.

As taxas de não adesão ao tratamento por parte dos adolescentes situa-se entre 5% a 50%. A grande discrepância nas taxas de não-adesão se devem a falta de um padrão ouro para medir / monitorar a adesão. Cada método de avaliação tem qualidades únicas, bem como desafios que devem ser superados para segurar classificação válida. Os métodos mais comuns incluem: contagem de comprimidos, registro de farmácias, auto-relato do paciente, resultados clínicos adversos e medir a presença do imunossupressor em níveis sanguíneos. (STUBER et al, 2008 e SIMONS et al, 2009)

A tratamento imunossupressor eficaz tem aumento drasticamente a sobrevivência em longo prazo dos pacientes transplantados. Entretanto nenhum regime de medicação pode eventualmente ser eficaz se o paciente não estiver tomando os medicamentos prescritos. A não adesão é comum após o transplante, a cada nove pacientes transplantados, um não adere o tratamento, este fato é a razão mais importante para a rejeição de órgãos em sobreviventes em longo prazo. (STUBER et al, 2008)

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Referencial Teórico

Para o alcance dos objetivos propostos, a presente pesquisa trata-se de estudo quantitativo, pois permite traduzir em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas (TURATO, 2005). Como referencial teórico, utilizou-se a revisão integrativa e como referencial metodológico, a prática baseada em evidência preconizada por Stetler (Quadro 1).

A Prática baseada em evidências (PBE) consiste na definição de um problema, na busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, na implementação das evidências na prática e na avaliação dos resultados obtidos, com o principal propósito de possibilitar a melhoria da qualidade da assistência à saúde e a diminuição de custos. (CRUZ e PIMENTA, 2005).

**Quadro 1: Níveis de evidências**

Nível das Evidências	Natureza do Estudo
Nível I	Meta-análise e estudos controlados;
Nível II	Estudo experimental individual;
Nível III	Quase experimental como estudo não randomizado, grupo controlado, pré e pós-teste, estudo emparelhados tipo caso controle;
Nível IV	Estudo não experimental, como pesquisa descritiva correlacional, qualitativa e estudos de caso;
Nível V	Relato de caso ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificáveis ou dados de programas de avaliação;
Nível VI	Parecer de autoridades respeitadas com base em sua experiência clínica ou opiniões de comitê de peritos incluindo interpretações relativas à pesquisa e opiniões de órgãos de regulamentação ou legais.

Fonte: Adaptação Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* 1998; 11 (4): 195-2006

A revisão integrativa, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), consiste em um modelo de pesquisa utilizado para definir conceitos, rever teorias, auxiliar na tomada de decisões fornecendo as intervenções que poderiam proporcionar um cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício, analisar evidências e questões metodológicas de uma temática. Uma vantagem deste método é a habilidade de reunir dados de diferentes tipos de delineamentos de pesquisas, abrangendo literatura teórica e empírica.



De acordo com os autores mencionados acima, para a realização de um estudo de revisão integrativa devem-se seguir as etapas relacionadas: (1) seleção da questão de pesquisa; (2) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos, categorização dos estudos; (3) análise dos estudos selecionados, (4) interpretação dos resultados; e (5) apresentação da revisão com os diferentes contextos que envolvem a temática.

#### 4.2 Identificação do problema de estudo

A PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO. **PICO** representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e “**O**utcomes” (desfecho) (QUADRO 2). Dentro da PBE esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta de forma clara e precisa, para a busca bibliográfica de evidências. (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2007)

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. Pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias. (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2007)

#### Quadro 2: Descrição da estratégia de PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
<b>P</b>	Paciente ou problema	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde
<b>I</b>	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex: diferentes tipos de curativo), preventiva (ex: vacinação), diagnóstica (ex: mensuração da pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos
<b>C</b>	Controle ou comparação	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção
<b>O</b>	Desfecho (“outcomes”)	Resultado esperado

**Fonte:** Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e a busca de evidências.

Descrição de PICO da presente pesquisa:

**P:** adolescentes pós-transplante de fígado

**I:** identificar os motivos para não adesão ao tratamento por parte dos adolescentes transplantados e conhecer e estratégias que promova a adesão

**C:** Nenhuma intervenção

**O:** Conhecimento dos motivos para não adesão e estratégias que promove a adesão

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como questões norteadoras: quais os motivos apresentados pelos adolescentes para não adesão ao tratamento pós-transplante de fígado? e que estratégias são utilizadas pelos profissionais da saúde para promover a adesão de adolescentes a este tratamento?

#### **4.3 Etapa da busca da literatura/ estratégia de busca**

Para a seleção dos artigos incluídos nesta pesquisa será utilizada a busca nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), por meio dos descritores: Adesão à medicação, transplante de fígado, imunossupressores, toxicidade de drogas e adolescentes. Para reduzir os vieses durante a busca dos artigos foram utilizados os descritores contemplados na Biblioteca Virtual em Saúde - Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os critérios de inclusão determinados foram: artigos que retratam os motivos para não adesão ao tratamento pós-transplante hepático por parte dos adolescentes na faixa etária de 10 a 20 anos, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, e estratégias utilizadas para aumentar a adesão ao tratamento, publicados no período de 2005 a 2012, uma vez que a proposta é efetuar estudo de publicações mais atualizadas acerca da temática. O critério utilizado para exclusão foram artigos que retratam transplantes de outros órgãos e tecidos que não fosse o fígado. As construções bibliográficas apresentadas pelos artigos foram pesquisadas nos idiomas inglês, espanhol e português.

Realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo identificado, tendo como base as perguntas norteadoras e os critérios de inclusão e exclusão adotados, foi selecionada uma amostra final de seis artigos que serão analisados na íntegra.

#### **4.4 Análise dos estudos selecionados**

Os estudos selecionados foram analisados detalhadamente, de forma crítica, buscando explicações para os resultados contrários ou conflitantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO 2008).

Assim, foi utilizado um protocolo para leitura dos estudos e coleta dos dados, no qual constará a leitura crítica de cada artigo, grifo das frases significativas em relação à temática e pontuação das idéias chave de cada uma. (Apêndice 1)

#### **4.5 Interpretação dos resultados**

A síntese dos dados extraídos dos estudos é apresentada através de um quadro sinóptico contendo a relação dos estudos analisados e a categoria analítica em que cada um foi classificado. (Quadro 1: Associação entre estudos selecionados e categorias analíticas)

Para maior clareza e visibilidade dos resultados deste estudo, os artigos incluídos na revisão foram agrupados em categorias, a saber: Fatores que levam o adolescente a não adesão ao tratamento pós-transplante de fígado (Quadro 2: Categorização dos fatores que levam os adolescentes a não adesão ao tratamento pós-transplante de fígado), e estratégias utilizadas para promover a adesão ao tratamento (Quadro 3: Caracterização das estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para promover a adesão ao tratamento pós-transplante de fígado).

No total de seis artigos selecionados que respondem os questionamentos norteadores dessa pesquisa, todos abordam os motivos e cinco contempla as estratégias utilizadas para promover a adesão ao tratamento pós-transplante de fígado nos adolescentes.

#### **4.6 Apresentação da revisão com os diferentes contexto que envolvem a temática**

A proposta da revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões serão questionadas caso a sua construção seja baseada numa metodologia questionável. (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008)

Portanto, nessa etapa foi realizado um confronto dos resultados da revisão realizada com o referencial teórico deste estudo com os principais resultados evidenciados por meio da análise dos artigos que compõem a amostra desta pesquisa.

## 5. RESULTADOS

Após a seleção das publicações, 06 artigos da base de dados MEDLINE, e PUBMED foram incluídos na análise. Os artigos selecionados na amostra final são apresentados na QUADRO 3, classificados de acordo com seu grau de evidência conforme preconizado por Steler.

**Quadro 3 - Apresentação dos artigos e classificação do seu nível de evidência**

	TÍTULO	!º AUTOR	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	Factors That Influence Nonadherence in Immunosuppressant Treatment in Pediatric Transplant Recipients: A Proposal for an Educational Strategy	Delucchi, A, 2008	Estudo quase experimental	Nível III
2	Multidimensional adherence classification system: initial development with adolescent transplant recipients	Simons, L.E, 2009	Estudo quase experimental	Nível III
3	Meta-Analysis of Medical Regimen Adherence Outcomes in Pediatric Solid Organ Transplantation	Dew, M.A, 2009	Metanálise de múltiplos controlados	Nível I
4	Parent and patient perspectives on barriers to medication adherence in adolescent transplant recipients	Simons, L.E, 2009.	Estudo quase experimental	Nível III
5	Improved Adherence and Outcomes for Pediatric Liver Transplant Recipients by Using Text Messaging	Miloh, T, 2009	Estudo quase experimental	Nível III
6	Adherence to immunosuppressants: How can it be improved in adolescent organ transplant recipients?	Fredericks, E.M	Metanálise de múltiplos controlados	Nível I

Fonte: Artigos que fazem parte da amostra final da pesquisa

Ao realizar uma análise do grau de evidência dos artigos é possível concluir que 66,6% (n:4) se enquadra no nível III, ou seja, são estudos quase experimental com grupo único, não randomizados, controle, com pré e pós teste, ou estudos emparelhados tipo caso controle. Já 33,3% (n:2) são classificados como nível I, metanálise de múltiplos controle.

Em relação aos fatores apresentados pelos adolescentes para não adesão ao tratamento pós-transplante de fígado, serão apresentado no quadro 4.

**QUADRO 4: Caracterização dos fatores apresentados pelos adolescentes para não adesão ao tratamento Pós-transplante**

	TÍTULO	!º AUTOR	FATORES PARA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO
1	Factors That Influence Nonadherence in Immunosuppressant Treatment in Pediatric Transplant Recipients: A Proposal for an Educational Strategy	Delucchi, A, 2008	Falta de supervisão para tomar o imunossupressor  Quantidades e horários de medicação  Conflitos familiares  Má comunicação entre os pais e a equipe médica.
2	Multidimensional adherence classification system: initial development with adolescent transplant recipients	Simons, L.E, 2009	Efeitos colaterais do imunossupressor;  Gosto da medicação  Baixa auto-estima  Falta de apoio familiar
3	Meta-Analysis of Medical Regimen Adherence Outcomes in Pediatric Solid Organ Transplantation	Dew, M.A, 2009	Angustia dos pais  Sofrimento psicológico (aceitação da doença)  Transição da clinica pediátrica para o adulto  Custo dos medicamentos
4	Parent and patient perspectives on barriers to medication adherence in adolescent transplant recipients	Simons, L.E, 2009.	Esquecimento / distração;  Falta de planejamento;  Quantidade de medicação;  Resistência voluntária / tentativa de ser normal;  Efeitos colaterais  Falta de apoio familiar.

			Conhecimento inadequado do esquema terapêutico
5	Improved Adherence and Outcomes for Pediatric Liver Transplant Recipients by Using Text Messaging	Miloh, T, 2009	Esquecimento;  Conhecimento inadequado da doença e do esquema terapêutico;  Falta de planejamento  Interfere na realização de outras atividades;  Gosto ruim da medicação
6	Adherence to immunosuppressants: How can it be improved in adolescent organ transplant recipients?	Fredericks, E.M	Conhecimento do regime terapêutico inadequado;  Depressão e ansiedade;  Baixo suporte social;  Abuso de drogas;  Relação medico-paciente ruim;  Quantidade e gosto ruim do medicamento

Fonte: Artigos que fazem parte da amostra final da pesquisa

Na quadro 5 são apresentados estratégias utilizadas para promover a adesão ao tratamento pós-transplante de fígado em adolescentes.

**Quadro 5: Caracterização das estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para promover a adesão ao tratamento pós-transplante de fígado**

	TÍTULO	!º AUTOR	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA PROMOVER A ADESÃO AO TRATAMENTO PÓS-TRANSPLANTE DE FÍGADO NO ADOLESCENTES
1	Multidimensional adherence classification system: initial development with adolescent	<i>Simons, L.E, 2009</i>	Monitoramento dos níveis sanguíneos

	transplant recipients		<p>Coordenação com diferentes níveis de atenção</p> <p>Educação em saúde e apoio familiar</p> <p>Desenvolvimento de métodos para evitar que o paciente se esqueça da medicação</p>
2	Meta-Analysis of Medical Regimen Adherence Outcomes in Pediatric Solid Organ Transplantation	<i>Dew, M.A</i> , 2009	<p>Oferecer programas educacionais para se evitar o abandono ao tratamento. Usando uma linguagem simples.</p> <p>Criar sistemas de adesão, lembrete (por exemplo, chamadas telefônicas, mensagem de texto)</p> <p>Facilitar o apoio psicossocial para os adolescentes e seus pais ou responsáveis. Fornecer ferramentas organizacionais para a medicação</p>
3	Parent and patient perspectives on barriers to medication adherence in adolescent transplant recipients	<i>Simons, L.E</i> , 2009.	<p>Implementar estratégia organizacional para a sua medicação</p> <p>Sistema de lembrete eletrônico (celular, computador) ou calendário</p> <p>Planejar com antecedência para as mudanças no cronograma esperados ou potencial (ter doses extras de medicamentos disponíveis em locais acessíveis como por exemplo, na bolsa ou mochila, no carro)</p> <p>Melhor comunicação entre profissional de saúde e paciente / cuidador</p>
	Improved Adherence and	<i>Miloh, T</i> , 2009	Utilização de mensagem de



4	Outcomes for Pediatric Liver Transplant Recipients by Using Text Messaging	texto como lembrete para tomar a medicação
5	Adherence to Fredericks, E.M immunosuppressants: How can it be improved in adolescent organ transplant recipients?	Informação – motivação – comportamento (modelo para mudança de comportamento em saúde)

Fonte: Artigos que fazem parte da amostra final da pesquisa

## 6. DISCURSÃO

A adesão ao tratamento após transplante de fígado é essencial para a sobrevivência do enxerto ao longo do tempo. Em geral, os pacientes pediátricos e adolescentes têm baixa adesão ao tratamento, em comparação com a idade adulta, estes fatos esta relacionada à perda do enxerto.(SIMONS et al, 2009)

Infelizmente há uma inexistência de um padrão ouro para medir a adesão. Cada método de avaliação tem suas qualidades únicas, bem como desafios que devem ser superados. Para tanto atualmente são utilizados dois métodos para avaliar a adesão, os subjetivos e os objetivos. Os métodos subjetivos consistem na contagem de comprimidos, registro da farmácia, avaliações clínicas, dispositivos eletrônicos de monitoramento e auto-relato do paciente em estar tomando ou não a medicação, métodos esses que nem sempre é viável, confiável ou precisa. Já o método objetivo consistiu na dosagem do imunossupressor em nível sanguíneo, mas o resultado pode ser enganoso, porque o paciente pode se esquecer de tomar a medicação apenas uma vez antes do teste ou pode ter sido geralmente não aderente, mas tomou a medicação apenas antes do teste.(SIMONS et al, 2009; FREDERICK et al, 2009)

Embora nos últimos anos a literatura científica tenha abordado a importância de não adesão como causa de perda de enxerto, não tem sido suficiente. De acordo com Dobbels et al (2005) retrata que a não adesão constitui 14% de perda de enxerto renal, 15% no fígado e 35% em transplante de coração. Esta descoberta mostra que a não adesão ao tratamento é um problema para todos pacientes com doença crônica, sendo dessa forma, necessário uma abordagem multidisciplinar para criação de estratégias, através da qual o paciente e sua família são parte do processo e da equipe médica tornando-se um instrumento desse processo.

Ao analisar a amostra final da presente pesquisa foi possível observar a existência de trinta (30) fatores que interferem a não adesão ao tratamento pós-transplante de fígado nos adolescentes. Deste total, alguns aparecem repetidos e outros foram agrupados, devido ao fato das palavras serem sinônimas umas das outras.

A Falta de supervisão para tomar o imunossupressor apareceu uma única vez, esse fato se deve provavelmente devido ao grupo etário da população envolvidas nos estudos, ou seja, os adolescentes, fase onde os mesmo assumem os deveres e papéis sociais do adulto. Segundo Simon et al (2009), apesar dos adolescentes normalmente assumirem mais responsabilidade á medida que amadurecem, eles ainda não possuem certas capacidades

cognitivas para a tomada de decisão e pode não reconhecer a potenciais conseqüências da não adesão à medicação imunossupressora.

A transição para ambulatórios adultos, estar presente em um estudo como fator predisponente para não adesão ao tratamento por parte dos adolescente pós-transplante de fígado. Para que ocorra uma transição tranqüila, os pais devem estar preparados e adolescente em boas condições de saúde. A equipe pediátrica precisa ser encorajada para efetuar a transferência e a equipe de transplante de adulto precisa estar sensibilizada no sentido de efetuar as adequações ao atendimento conforme as necessidades do adolescente. (BERMUDEZ et al, 2011)

Outros fatores que apareceram uma única vez foram relatos que o tratamento pós-transplante interferem na realização de outras atividades da vida diária, como encontro com os amigos depois da escola ou à noite, enquanto os medicamentos estão em casa; e o uso abusivo de drogas.

Efeitos colaterais, esquecimento / distração e falta de planejamento foram citados três vez. Esses fatores podem estar relacionados “a correria que o adolescente leva a vida”, querem fazer tudo ao mesmo tempo, ao passo que muitas vezes não conseguem realizar todas tarefas simultaneamente, tendo dessa forma que optar por uma ou outra. Vale ressaltar que os efeitos colaterais estão diretamente relacionados à alteração da sua imagem corporal, podendo apresentar como, por exemplo, ganho de peso e aumento na quantidade de pêlos no corpo.

De acordo com o estudo de Suchy et al (2009) uma estratégia que vem sendo testada e que tem demonstrado melhorias significativas na adesão à medicação e redução de episódios de rejeição, é a utilização da tecnologia, mensagem de texto, como lembrete para a dosagem e o horário que a medicação deve ser tomada. As mensagens de texto é uma parte integrante da cultura dos adolescentes, barato, discreto e acessível para todo os grupos sócio-econômico. As vantagens da mensagem de texto esta relacionada a sua relativa simplicidade, baixo custo, altos níveis de aceitação, capacidade de ser usado por um grande numero de pacientes e demanda mínimo tempo para os profissionais da saúde.

O estudo de Fredericks (2010) complementa afirmando que a utilização de intervenções baseadas na tecnologia, como mensagem de texto, apresentam oportunidade única para os profissionais da saúde interagir com os adolescentes, através de um meio que é aceitável e continuamente disponível para esta população.

Em relação às medicações observou-se como fatores que influenciam na adesão, a quantidade de comprimidos administrados a cada horário conforme prescrito, o gosto e os

horários que os mesmos devem ser ingeridos pelos pacientes, uma vez que demanda dos transplantados planejamento e disciplina para realização adequado do tratamento.

Durante a avaliação dos estudos tratados nos artigos pesquisados, o alto custo das medicações são fator de risco para a adesão ao tratamento. Entretanto é pertinente ressaltar que os referidos estudos foram construídos a partir de realidades Internacionais, onde não existem políticas públicas de saúde que garantam o acesso ao tratamento ao passo que no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) garante gratuitamente todo o tratamento ao paciente submetido ao transplante.

Os aspectos psicossociais são pontos comuns abordados nos artigo selecionados. Dentre eles, os conflitos familiares são decorrentes de vivencias especiais e delicadas de cada grupo familiar face a especificidade que o processo de tratamento demanda. Esta realidade traz mudanças significativas que afetam o comportamento e sentimentos dos pacientes. Tais mudanças, aliadas ao processo do adoecimento, diagnóstico, transplante (ato cirúrgico propriamente dito), a necessária mudança dos hábitos de vida, e o tratamento com os imunossupressores pós-transplante, podem gerar quadros de ansiedade e depressão.

De acordo com Delucchi et al (2008), fatores psicossociais associados ao abandono inclui suporte familiar insuficiente, baixa autoconsciência caudado por habilidades cognitivas pobres e negativa. Este fenômeno começa com a noticia de uma doença crônica, que produz sentimentos de proteção nos pais em relação a seu filho. Em contra partida quando a família recebe um apoio emocional adequado, e um maior conhecimento da doença, os pacientes mostram maior adesão ao tratamento.

A mudança no ambiente pode favorecer ou fazer a adesão ao tratamento se tornar difícil. Assim, ambientes hostis, caracterizada pela ausência ou pais super protetores, ignorância e medo da morte, podem gerar atmosfera hostil. (ZELIKOVSKY, et al 2009).

O fator que predispõe a não adesão ao tratamento que foi mencionado na maioria dos artigos, se diz respeito à má comunicação entre pais e médicos e conhecimento inadequado em relação ao esquema terapêutico. De acordo com estudo de Fredericks (2010) uma estratégia utilizada para evitar que este fator mencionado acima ocorra é a educação em saúde, que pode ser definida como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações de saúde e serviços básicos necessários para tomar decisões de saúde apropriadas.

De acordo com o mesmo autor a utilização do modelo em saúde através da incorporação de três fatores - Informação – Motivação - comportamento (IMB), tem-se obtidos resultados promissores e sugerem que esta estratégia proporciona melhorias significativas na função

hepática, uma diminuição a episódios de rejeição e aumento da adesão ao tratamento imunossupressores. Essa estratégia de educação em saúde permite uma alfabetização por parte dos pacientes e seus responsáveis a respeito da sua doença, saúde, tratamento e a importância da adesão ao tratamento, onde através desses conhecimentos, os mesmo tem habilidades necessários, motivação e confiança para cuidar da sua saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de uma doença grave ocasiona profundas transformações nas vidas do adolescente, portadores dela e na sua família gerando, assim, momentos que desencadeiam expectativas de diferentes naturezas. Desta forma, a família reestrutura o seu cotidiano para re-aprender a cuidar do adolescente. Com isto, um novo cotidiano configura-se buscando a adaptação à nova rotina, onde o cuidado diferenciado passa a fazer parte da tarefa diária da família.

Trabalhar no seguimento de adolescentes transplantados de fígado é uma atividade com muitos desafios, porém com oportunidade para comemoração principalmente levando-se em conta a sobrevida que é cada vez maior. Há necessidade de haver parceria com profissionais de cuidados primários e preventivos para manter boa aderência ao tratamento. Considero fundamental que a equipe de saúde repense a própria forma de organizar o cuidado prestado a estes pacientes, buscando caminhos que possam atenuar as dificuldades vivenciadas pelos familiares, seja com a ampliação do acompanhamento, ambulatorial ou domiciliar, com a formação de grupos e casas de apoio.

Diante da complexidade que envolve um transplante de órgão, é indispensável conhecermos a realidade familiar do paciente, pois esta tem papel fundamental na sua qualidade de vida. Identificar as condições, vivências e modo de vida das famílias permite-nos trabalhar com base na realidade de cada uma, respeitando suas possibilidades e seus limites.

Uns dos maiores desafios encontrados para a realização dessa pesquisa, foram à escassez de literatura livres relacionada ao tema, o que ocasionou uma amostra final relativamente pequena. Vale ressaltar que os estudos encontrados fornecem evidências inconsistentes sobre a prevalência e os fatores para não adesão por parte dos adolescentes pos transplante de fígado, sendo dessa forma necessários estudos futuros pautados com objetivos de melhorar a previsão de risco da falta de adesão e em teses de intervenções para reduzir os riscos.

## REFERENCIAS

- Anders, J. C. (2004). **O transplante de medula óssea e as suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto.
- Bourgeois N, Sznajder Y, Botembe N. **Hepatitis C infection after liver transplantation**. *J Hepatol* 1993;18:518.
- BERMUDEZ, et al. **A adolescência de pacientes submetidos a transplante hepático**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.18-31, abr/jun 2011.
- Bronsther O. **Prioritization and organ distribution for liver transplantation**. *JAMA* 1994;271:14 Dobbels F, Van Damme-Lombaert R, Vanhaecke J, et al: Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. **Pediatr Transplant** 9:381, 2005
- DELUCCHI, A.; GUTIERREZ, H.; ARRELLANO, P; SLATER, C.; MENESES. Factors that influence nonadherence in immunosuppressant treatment in pediatric transplant recipients: A proposal for an educational strategy. **Transplantation proceedings**, 40, pag. 3241-3243, New York, 2008.
- DEW, M.; DABBS, A.; MYASKOVSKY, P.; SHYU, S.; SHELLMER, D.; DIMARTINI, A.; STEEL, J.; SWITZER, G.; SHAPIRO, R. Meta-analysis of medical regimen adherence outcomes in pediatric solid organ transplantation. **Transplantation**. Vol. 15, pag. 736-746, september, 2009.
- Dóro, M.P., Pasquini, R. & Löhr, S.S. (2001). **Avaliação funcional dos adolescentes que se submetem ao transplante de medula óssea**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba
- FREDERICKS, E.. Adherence to immunosuppressants: How can it be improved in adolescent organ transplant recipients?. **Curr opin organ transplant**. 15(5): 614-620. october, 2010.
- Harjula ALJ, Helsinki and Shumway NE, Stanford. **Heart Transplantation. Atlas of Clinical Transplantation**. In: Ari Harjula , Krister Hockerstedt. Copyright © Recallmed Ltd., 1995. pag.118-119.
- KIELING et al. Atresia biliar: continuamos operando tarde. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro, v.85, n.5, p.436-441, junho 2008
- Lamb D. **Transplante de Orgãos e Ética**. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec, 2000.
- MIES, S.. **Transplante de fígado**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 1998, vol.44, n.2, pp. 127-134. ISSN 0104-4230.

MATAS, A.J. Impacto da não adesão do receptor nos desfechos em longo prazo de transplante. Revisão da literatura e experiência da universidade de Minnesota. **Jornal Brasileiro de Transplante**. Estados Unidos. V.10, p.828-831, janeiro 2008

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf). Acesso em 30/04/2012.

MESQUITA, M.C.O et al. Transplante hepático pediátrico: experiência de 10 anos em um único centro no Brasil. **Jornal de pediatria. Rio de Janeiro**. 2008;84(5):395-402

MILOH, T; ANNUNZIATO, R; ARNON, R.; WARSHAW, J; PARKAR, S; FREDERICK, J. Improved adherence and outcomes for pediatric liver transplant recipients by using text messaging. **Pediatrics**. vol. 124, number 5, Pag. 844-849, november 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A adesão a longo prazo terapias: evidências para a ação**. OMS publicação; Genebra 2003

Pereira, W A . História dos Transplantes. In Pereira, W A . **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3 ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Salmela K, Ahone J, Helsinki, Kootstra G, **Maastricht. Renal Transplantation. Atlas of Clinical Transplantation**. In: Ari Harjula , Krister Hockerstedt. Copyright © Recallmed Ltd., 1995. Pág. 69.

Schafer DF. **Liver Transplantation**. Looking Back, Looking Forward. Transplantation of the Liver. In: Maddrey C.W., Schiff E.R., Sorrell M.F., Lippincott Williams & Wilkis, Philadelphia © 2001.

SANTOS, C.M.da C.; PIMENTA, C.A.de M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15, n.3, maio./jun., 2007

SHEMESH, et al. Adherence to medical recommendations and transition to adult services in pediatric transplant recipients. **Curr Opin Organ Transplant**. V.15, n.3, p. 288–292. June, 2010.

SIMONS, L.; MCCORMICK, M.; MEE, L.; BLOUNT, R. Parent and patient perspectives on barriers to medication adherence in adolescent transplant recipients. **Pediatric Transplantation**. vol. 13, pág. 338-347, 2009.

STETLER, C. B.; *et al.* **Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service**. **Applied Nursing Research**. 1998, v11, n.4, p. 195-206.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, São Paulo, v.8, n.1 p.102-106, 2010. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf). Acesso em: 05 de março de 2012.



ZANONI, Anna Paula; DORO, Dra. Maribel Pelaez; ZANIS NETO, Prof. Dr. José e BONFIM, Dra. Carmem. A percepção de adolescentes submetidos ao transplante de células troncohematopoéticas em relação à própria hospitalização. *Rev. SBPH* [online]. 2010, vol.13, n.1, pp. 136-156. ISSN 1516-0858.

## APENDICE

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: AVALIAÇÃO CRÍTICA DE ARTIGO

#### Quadro 7 - Instrumento de coleta de dados

1 – Identificação
1.1 – Código (n°):
1.2 – Título:
1.3 – Título do Periódico:
1.4 – Base de Dados:
1.5 – País:
1.6 – Idioma:
1.7 – Ano de publicação:
1.8 – Autores:
1.9 – Tipo de Estudo:
1.10 - Tipo de Publicação
1.10.1 - Publicação de enfermagem:
1.10.2 – Publicação médica:
1.10.3 – Publicação de outra área de saúde. Qual? _____
2 – Objetivo
2.1 – Objetivo principal da pesquisa:
3 – Amostra
3.1 Seleção
( ) Randômica
( ) Conveniência
( ) Outra _____
3.2 Tamanho (n)
( ) Inicial _____
( ) Final _____
3.3 Características
Idade _____
Raça _____
Diagnóstico _____
Assunto principal: ( ) adesão ao tratamento pos transplante de fígado em adolescentes
( ) estratégias utilizadas para promover a adesão
Procedimento avaliado _____
4 – Resultados avaliados
5 – Resultados encontrados/conclusão
6 – Análise
6.1 – Tipo de intervenção: ( ) nova técnica ( ) técnica ainda pouco estudada ( ) técnica cotidiana
6.2 – Principal Conclusão do estudo:
6.1 - Ações de enfermagem a serem executadas de acordo com estudo: