



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE BIOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

SUELLEN KARLA SILVA GUERRA

**ANÁLISE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A
TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL DE RECIFE**

Recife-PE

2023

SUELLEN KARLA SILVA GUERRA

**ANÁLISE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A
TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL DE RECIFE**

Tese/Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica do Centro de Biociências da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Inovação terapêutica. Área de concentração de Fármacos, Medicamentos e Insumos Essenciais para a Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Karina Perrelli Randau

Coorientadora: Msc. Ítala Morgânia Farias da Nóbrega

Recife

2023

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Natália Nascimento, CRB4/1743

Guerra, Suellen Karla Silva.

Análise de adesão ao tratamento de indivíduos submetidos a transplante renal em um hospital de Recife. / Suellen Karla Silva Guerra. – 2023.

78 f. : il., fig.

Orientadora: Karina Perreli Randau.

Coorientadora: Ítala Morgânia Farias de Nóbrega.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Programa de Pós-graduação em Inovação terapêutica, 2023.

Inclui referências.

1. Doença renal crônica. 2. Transplante renal. 3. Adesão ao tratamento. I. Randau, Karina Perreli.(Orient.). II. Nóbrega, Ítala Morgânia Farias de. (Coorient.). III.Título.

SUELLEN KARLA SILVA GUERRA

**ANÁLISE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A
TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL DE RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Biociências, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Inovação Terapêutica. Área de concentração: Fármacos, Medicamentos e Insumos.

Aprovado em: 01/11/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Karina Perrelli Randau (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dra. Francisca Sueli Monte Moreira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se destaca a nível mundial pela cobertura gratuita que fornece suporte assistencial completo e de qualidade para pacientes portadores de doença renal crônica. O Sistema Nacional de Transplantes é conhecido em todo o mundo por ter planejamento, logística, tratamento medicamentoso e acompanhamento efetivos para os indivíduos deste grupo. Na fase pós realização do transplante, os pacientes necessitam de tratamento com medicamentos imunossupressores como a azatioprina, ciclosporina, tacrolimo e prednisona, os quais são fornecidos em sua integralidade por programas do Ministério da Saúde a fim de evitar rejeição do órgão. Os custos gerados com o processo cirúrgico, acompanhamento clínico multidisciplinar e tratamento contínuo após o transplante são mensurados por meio de bases de dados que possuem valores pré-fixados e são utilizadas para levantamento dos valores agregados aos atendimentos de cada paciente, em que posteriormente é faturado e repassado para as instituições, além disso é importante ressaltar o ganho do paciente em efetividade e êxito do tratamento com o acompanhamento prestado pelo farmacêutico nas suas atribuições clínicas. Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao tratamento dos pacientes submetidos à transplante renal. O método do estudo quantitativo retrospectivo foi desenvolvido através de consultas farmacêuticas periódicas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com aplicação de questionário semiestruturado e análise de variáveis como sexo, idade, composição de renda, frequência de consultas, diagnóstico que levou à indicação do transplante, comorbidades, medicamentos utilizados e adesão ao tratamento. Os resultados trouxeram dados de que não há uma relação direta entre a não adesão ao tratamento e as variáveis analisadas, contudo vê-se a necessidade de aprimorar ações bem como o fornecimento de ferramentas que possibilitem informações seguras para o período pós alta e formas de acompanhamento que otimizem e fortaleçam o tratamento para este grupo de pacientes.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Transplante Renal; Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) stands out worldwide for its free coverage that provides complete and quality care support for patients with chronic kidney disease. The National Transplant System is known throughout the world for having effective planning, logistics, drug treatment and monitoring for individuals in this group. In the post-transplant phase, patients require treatment with immunosuppressive medications such as azathioprine, cyclosporine, tacrolimus and prednisone, which are provided in full by Ministry of Health programs in order to prevent organ rejection. The costs generated with the surgical process, multidisciplinary clinical follow-up and continuous treatment after the transplant are measured through databases that have pre-fixed values and are used to survey the values added to each patient's care, which is subsequently invoiced. and passed on to the institutions, in addition, it is important to highlight the patient's gain in the effectiveness and success of the treatment with the monitoring provided by the pharmacist in his clinical duties. This study aimed to evaluate adherence to treatment in patients undergoing kidney transplantation. The retrospective quantitative study method was developed through periodic pharmaceutical consultations after signing the Free and Informed Consent Form, with the application of a semi-structured questionnaire and analysis of variables such as gender, age, income composition, frequency of consultations, diagnosis that led to the indication transplant, comorbidities, medications used and adherence to treatment. The results showed that there is no direct relationship between non-adherence to treatment and the variables analyzed, however, there is a need to improve actions as well as the provision of tools that provide safe information for the post-discharge period and forms of follow-up. that optimize and strengthen treatment for this group of patients.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Kidney Transplant; Adherence to Treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Cartilha educativa para reconciliação de alta	51
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Dados dos usuários coletados durante o acompanhamento clínico do farmacêutico	37
Tabela 2 –	Protocolos de imunossupressão prescritos	40
Tabela 3 –	Cruzamento entre adesão ao tratamento e as variáveis de interesse	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	Transplantes de órgãos no Brasil e Insuficiência Renal	13
2.2	Imunossupressão em pacientes transplantados	15
2.3	Adesão ao tratamento	18
2.4	Cuidado farmacêutico e adesão ao tratamento	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo Geral	21
3.2	Objetivos Específicos	21
	ARTIGO 1	22
1.	Introdução	22
2.	Metodologia	23
3.	Resultados	25
3.1	Sistema Nacional de Transplantes - Contexto geral	25
3.2	Farmacoterapia em pacientes transplantados	26
3.3	Custos envolvidos no tratamento de paciente transplantado renal	26
4.	Discussão	27
5.	Conclusão	29
	Referências	30
	ARTIGO 2	32
1	INTRODUÇÃO	33
2	OBJETIVO	34
3	METODOLOGIA	34
3.1	Desenho da pesquisa	34
3.2	Local da pesquisa	34
3.3	Amostra	35
3.4	Crerios de inclusão e exclusão	35
3.5	Aspectos éticos	36
3.6	Variáveis coletadas	36
3.7	Análise estatística	36
4	RESULTADOS	36

5	DISCUSSÃO	41
	<i>ARTIGO 3</i>	<i>47</i>
1	INTRODUÇÃO	48
2	OBJETIVO	48
3	METODOLOGIA	48
4	RESULTADOS	49
5	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO	77

1 INTRODUÇÃO

No desenvolvimento técnico-científico dos transplantes e o consequente êxito da modalidade terapêutica, está como passo fundamental a obtenção de órgãos. A dinâmica do transplante pressupõe a extração de órgãos “vivos” de corpos humanos sem vida (doador). Em caso de indivíduos em morte encefálica, as peças substituirão os órgãos ineficientes de outro indivíduo (receptor) (LIMA, 2012).

O Brasil é o segundo colocado em número de realização de transplantes, atrás apenas dos Estados Unidos. No país, segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes, em média 5 mil transplantes de rim são realizados por ano, a partir de subsídio do Sistema Único de Saúde. Pernambuco ocupa o 8º lugar em relação ao país quanto ao número de doadores efetivos e o 6º lugar em transplante de rim janeiro a junho 2022 em números absolutos, por estado. Atualmente, tem-se no país 29.130 pacientes em lista de espera de rim e em Pernambuco 1.290 (ABTO, 2022). O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP ocupa a primeira posição enquanto centro transplantador no estado de Pernambuco, tendo realizado no ano de 2022, até o mês de junho, 94 transplantes renal adulto e 4 pediátricos.

Após redução do quadro da pandemia, em 2022, a taxa de transplante renal (22,3 por milhões de pessoas), embora muito baixa e distante da obtida em 2019 (30,2 pmp), foi superior à do primeiro semestre de 2021 (19,1 pmp) e do primeiro trimestre de 2022 (19,4 pmp), é praticamente igual à do ano de 2021 (22,5 pmp) (ABTO, 2022).

Na fase do transplante, dentre os cuidados e rotinas primordiais que o paciente deve seguir, está a terapia composta por medicamentos imunossupressores que é algo fundamental para o sucesso do transplante. Junto a este complexo tratamento, há outras terapias associadas, como os fármacos antivirais, antifúngicos e antibióticos, além de medicamentos para doenças crônicas. A relação entre a complexidade terapêutica e a ocorrência de desfechos clínicos favoráveis ou não, colabora para a necessidade de otimização dos tratamentos medicamentosos. O farmacêutico possui a função de avaliar a adesão ao tratamento e o impacto das intervenções, considerando o desfecho clínico após sua realização, ou seja, os resultados envolvendo terapias medicamentosas (MARTINS, 2012).

Estratégias, diretrizes e protocolos foram desenvolvidos pelas equipes de especialistas através de consultas públicas do Ministério da Saúde para reduzir as readmissões na população transplantada em geral. De acordo com Parker e colaboradores, intervenções como

protocolo de reconciliação de alta, avaliações de pacientes idosos e ações educacionais reduzem as chances de complicações associadas ao transplante (CARNEY, 2013).

A identificação de pacientes com maiores chances de risco permite um acompanhamento específico e intervenção direcionada que concentra esforços em fatores como adesão a medicamentos, status funcional e limitações e a necessidade de acompanhamento mais intenso em determinados períodos (YANG, 2017).

No Brasil, estudos e dados sobre a adesão ao tratamento pós-transplante ainda são escassos. Entretanto, estudo recente mostra que a não adesão à terapia imunossupressora atinge uma média de 58% e que a eficácia relatada pelos receptores ainda é considerada muito baixa. Dessa maneira, é essencial desenvolver estratégias educacionais e multidisciplinares para reduzir a não adesão. O autorrelato consiste na forma mais comum de avaliar a não adesão na prática clínica, já que é de baixo custo, fácil e rapidamente aplicado, correlaciona-se moderadamente com outras estratégias e pode ser usado para prever resultados clínicos futuros. Embora tenham baixa sensibilidade, esses instrumentos são altamente específicos e podem ser associados a outras estratégias, permitindo que os pesquisadores obtenham informações sobre o comportamento do receptor em relação à ingestão de medicamentos, motivos de não adesão, atitudes, crenças, nível de conhecimento e outros determinantes psicológicos (YANG, 2017).

Intervenções realizadas como na reconciliação de medicamentos, consultas agendadas após a alta, equipes de cuidados de transição e adaptação e acompanhamento ambulatorial são necessárias para o fortalecimento da atuação do farmacêutico sobre medicamentos, acompanhamento da adesão terapêutica e aconselhamento sobre reações adversas, efeitos indesejados desencadeados por medicamentos para prevenir e preparar os indivíduos quando da ocorrência de futuros eventos adversos (HANSEN, 2011).

Devido a não adesão da terapia pós alta relatada nos estudos, principalmente no que tange os fármacos imunossupressores, as intercorrências que levam os pacientes a novas hospitalizações geram uma alta demanda assim como eleva os custos para o estabelecimento de saúde (HANSEN, 2011).

Um fato como a elevação dos custos para o sistema de saúde poderia ser evitado mediante acompanhamento efetivo do farmacêutico na equipe multidisciplinar, com intuito em sanar algumas atividades que na prática não acontecem da maneira ideal já que as reconciliações de alta são efetuadas por profissionais de enfermagem, o que ratifica a necessidade de desenvolvimento deste trabalho, o qual possui pouco conteúdo publicado na

literatura científica, além de trazer contribuições relevantes para a sociedade e maior qualidade de vida para os indivíduos através de orientação de alta norteada por cartilha educativa que será instrumento de consulta para os pacientes (TAVARES, 2020).

O intuito do estudo proposto é gerar uma contribuição científica à compreensão da importância do processo de adesão ao tratamento para pacientes e familiares envolvidos no transplante renal, e com isso, estudar a relação de evolução após intervenção e acompanhamento farmacêutico efetivo (TAVARES, 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transplantes de órgãos no Brasil e insuficiência renal

A doença renal crônica (DRC) tem em seu estágio mais avançado, a síndrome urêmica com presença de metabólitos tóxicos que se acumulam na corrente sanguínea, com sinais e sintomas de uremia e dano de aproximadamente 90% da função renal (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). Em quadros como este, o transplante renal é a alternativa de melhor custo-benefício na terapêutica, com aumento da sobrevida e qualidade de vida do indivíduo, em especial quando comparado ao processo dialítico (SILVA; PAULA, 2013).

Na atualidade, o Brasil se destaca como referência mundial em transplantes, com mais que 90% dos procedimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A origem de um órgão pode ser por dois meios: através de doadores vivos, que ocorre em menor proporção e para órgãos como o rim e o transplante de doador falecido, mais comum e acontecem em órgãos fígado, pâncreas e coração. Nesta segunda modalidade, o transplante é considerado quando o doador recebe diagnóstico de morte encefálica, o órgão-alvo é preservado em funcionamento até entrevista e consentimento dos familiares e conta-se com o consentimento do receptor para seguir o processo de captação do órgão. O fluxo de informações acerca da doação, entrevista e captação para processo cirúrgico conta com gerenciamento da Central Nacional de Transplantes, órgão que gerencia na prática as diretrizes do Sistema Nacional de Transplantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE e GÓMEZ, 2018).

A partir do diagnóstico da necessidade do transplante como modalidade terapêutica, o indivíduo é inserido em lista de espera para cada órgão conforme prioridade e alocação mediante exames e quadro clínico (SANTOS, 2018). A submissão do paciente ao procedimento cirúrgico envolve riscos que necessitam ser esclarecidos e otimizados desde o período de inserção na lista de espera até o pós-operatório, uma vez que a equipe multidisciplinar aborda condições psicológicas, cirúrgicas, nutricionais e de adesão ao tratamento para entendimento e prevenção de possível quadro de rejeição, na medida em que não se trata da cura mas uma melhora do quadro clínico e qualidade de vida do paciente e exige cuidados contínuos até o fim da vida. Diante do panorama que o país apresenta

hoje, a publicação de trabalhos acadêmicos sobre transplantes ainda é limitada, com a necessidade de mais estudos sobre o transplante de órgãos no Brasil (VASCONCELOS, 2014).

Em pacientes com insuficiência renal, o tratamento pode ser feito por meio de hemodiálise e diálise peritoneal, que são destaques hoje no país. Contudo, no que tange os custos do tratamento, o transplante de rim ainda se mostra benéfico em relação às demais modalidades de tratamento com doença renal crônica. De acordo com Thomé (2019), as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior taxa de incidência de pacientes em diálise, em correlação com a posição social, nível de conhecimento e tributário de pacientes portadores de Doença Renal Crônica (DRC), porém o acesso a cuidados de saúde é um direito dos cidadãos conforme a Constituição Brasileira de 1988 e o acesso às diversas tecnologias e inovações da saúde no Brasil deve ser gratuito e garantido. Na região Norte, o acesso ao tratamento e diagnóstico para doenças de base, levam a panoramas de subnotificação desses pacientes em nível de assistência, e a nível de gestão do SUS a falta de implantação e credenciamento de centros transplantadores para fornecimento dos serviços que são necessários (SOARES, 2020).

Diante das lacunas encontradas com a heterogeneidade que o país possui, há a dificuldade no acompanhamento e seguimento do tratamento dos pacientes transplantados em virtude da distância entre as localidades quando após o período inicial estes retornam para seus locais de origem. A falta de acesso ao tratamento e a serviços de saúde especializados, no caso de intercorrências, também deve ser levada em consideração, haja vista o prejuízo que pode causar à recuperação e tratamento de longo prazo (BRASIL, 2021).

Há que se destacar, que a falta de acesso e atendimento especializado de qualidade pode gerar redução na qualidade de vida, menor sobrevida útil do órgão, perda da eficácia imunossupressora e até mesmo agravos letais em decorrência da perda do enxerto. No contexto da insuficiência renal, o acompanhamento na fase do transplante associado com a necessidade de ajustes a terapia medicamentosa e nutricional constituem uma base importante para o sucesso da modalidade terapêutica quando auxiliam na transição do paciente em quadro dialítico para a vida sem processos de diálise após período operatório. O paciente transplantado, dentre os cuidados que necessita após o recebimento do novo órgão, está a prevenção de rejeição. A fim de garantir o sucesso do enxerto efetivo, ele precisa de

acompanhamento significativo do profissional de saúde que compõe a equipe multidisciplinar (BRASIL, 2014).

2.2 Imunossupressão de pacientes de transplante renal

Dentre os grandes problemas que permeiam a rejeição de um órgão transplantado está o uso inadequado da terapia medicamentosa, já que em muitos casos mesmo recebendo orientação e acompanhamento rigoroso, os pacientes não conseguem aderir ao tratamento contínuo de maneira eficaz. A aderência ao tratamento no transplante renal engloba vários aspectos que influenciam diretamente os resultados clínicos. Os imunossupressores têm a finalidade de manter a integridade do órgão que foi transplantado e evita a rejeição (BRAHM, 2012).

A Conferência Consenso de Granada sobre o uso de imunossupressores destacou a importância de ações para estabelecer a relação entre a adesão desses imunossupressores e os resultados clínicos e propôs o monitoramento da adesão como rotina em todos os centros transplantadores. Por se tratar de um regime terapêutico complexo e com muitos medicamentos de uso contínuo, a não adesão é um fator limitante que necessita ser sanado entre os receptores (FINE et al., 2009).

A imunossupressão preconizada pelas diretrizes do Ministério da Saúde é dividida em duas etapas: indução e manutenção da imunossupressão. A terapia de indução é caracterizada pela utilização de agentes biológicos que inibem a atividade do linfócito T e é utilizada antes do transplante, durante a cirurgia ou no período perioperatório precoce (primeira semana após o transplante). Tem como foco principal aumentar a eficácia da imunossupressão, a fim de reduzir o risco de rejeição ou permitir a minimização dos componentes do esquema de manutenção na continuidade terapêutica (BRASIL, 2020).

A terapia de manutenção é caracterizada pela utilização em longo prazo de uma combinação de fármacos imunossupressores, com o objetivo de prevenir a rejeição, preservando a função renal e minimizando os efeitos adversos. Pode ser iniciada dias antes do transplante ou até 24h após a cirurgia. Uma vez que as condutas acima tenham falhado em prevenir os eventos imunomediados e a rejeição ocorra, este episódio deve ser tratado através da utilização de agentes

imunossupressores em doses elevadas com objetivo de reduzir a agressão da resposta imune celular ou mediada por anticorpos no enxerto renal (BRASIL, 2020).

Os agentes disponíveis para terapia de indução são os corticosteroides (metilprednisolona) no intraoperatório em todos os pacientes, o anticorpo anti-receptor de interleucina-2 (basiliximabe) que no contexto do SUS é pouco utilizado por ter menor eficácia em pacientes com maior risco e devido ao custo e a imunoglobulina antitimócitos humanos ou timoglobulina que é empregada em pacientes com maior risco associada a metilprednisolona (LIM et al., 2017).

Para a terapia de manutenção, preconiza-se a associação de um inibidor da calcineurina (ciclosporina ou tacrolimo) com fármaco antiproliferativo (azatioprina ou micofenolato de mofetila ou sódico), ou um inibidor do alvo mecanístico da rapamicina, do inglês mammalian target of rapamycin (mTOR) (sirolimo e everolimo) e corticosteroides (prednisona). O ideal é que o esquema imunossupressor de manutenção seja individualizado, a depender das características clínicas da combinação doador-receptor (BRAHM, 2012).

Seguem as combinações terapêuticas possíveis de acordo com decisão clínica do prescritor:

- Tacrolimo + micofenolatos - trata-se de um esquema de elevada eficácia na prevenção de rejeição aguda celular e mediada por anticorpos. Por isso, é considerado o padrão de tratamento para pacientes de alto risco e uma das opções para pacientes de baixo risco (LIM et al., 2017).

- Tacrolimo + azatioprina - a utilização da azatioprina em associação com tacrolimo é uma boa opção terapêutica em pacientes de baixo risco imunológico. Apesar de estar associada a maior incidência de rejeição aguda, este esquema proporciona sobrevida do órgão e do paciente a longo prazo similar à do esquema de tacrolimo + micofenolato, com o benefício de menor ocorrência de doença invasiva por citomegalovírus (CMV) já que tem menor potência imunossupressora menor e eventos adversos gastrointestinais (WAGNER et al., 2015)

- Tacrolimo + inibidor da mTOR - outra opção de esquema terapêutico é a combinação de tacrolimo a um inibidor da mTOR, que pode ser sirolimo ou everolimo. Estudos apontam que esta associação é tão eficaz quanto tacrolimo + micofenolato na prevenção de rejeição aguda e está associada à menor incidência de eventos por citomegalovírus, notadamente em pacientes com sorologia IgG positiva para CMV antes do transplante. Ao decidir pela combinação de um inibidor

da calcineurina e um inibidor da mTOR, é importante atentar para a interação farmacocinética e farmacodinâmica entre estas classes de fármacos, o que resulta em maior risco de nefrotoxicidade e consequente comprometimento da função renal (SHIHAB et al., 2017).

- Ciclosporina + micofenolatos / azatioprina / inibidor da mTOR - a ciclosporina é uma alternativa para pacientes em que se deseja evitar os principais efeitos indesejáveis do tacrolimo (diabetes e sintomas gastrointestinais). Também é uma opção para crianças pequenas, que não conseguem engolir a cápsula de tacrolimo ou quando se prevê que a dose mínima permitida de tacrolimo (1 mg de 12/12h) resultará em concentrações acima do alvo. O uso de ciclosporina está associado a maior incidência de rejeição aguda, mas as evidências não são uniformes quanto ao impacto disto na sobrevida do enxerto (WEBSTER et al., 2005; KRAMER et al., 2016). A combinação ciclosporina e azatioprina deve ser reservada a paciente de muito baixo risco.

- Inibidor da mTOR + micofenolatos/azatioprina- em situações de exceção em que os inibidores de calcineurina precisam ser evitados, os inibidores da mTOR (sirolimo ou everolimo) podem ser combinados aos antiproliferativos (micofenolatos ou azatioprina). Este esquema, que está associado a maior incidência de rejeição e maior risco de eventos adversos hematológicos, deve ser reservada a pacientes de baixo risco imunológico (EKBERG et al., 2007; KREIS et al., 2000; GROTH et al., 1999).

- Esquemas livres de corticosteróides: para todos os esquemas terapêuticos adotados, tem-se a associação de um medicamento da referida classe. Esquemas isentos de corticosteroide são considerados em pacientes de baixo risco imunológico, como aqueles que tem maior risco de apresentar os eventos adversos associados ao uso crônico destes fármacos, como crianças, idosos, obesos e diabético (DE LUCENA; RANGEL, 2018). A retirada dos corticosteróides pode ser feita rapidamente, em até cinco a sete dias após o transplante, ou de maneira tardia, entre 3 e 12 meses após o transplante. Caso seja optado por um esquema livre de esteroides, preconiza-se que seja realizada indução com timoglobulina e que seja evitada a minimização dos outros fármacos que compõem o esquema de tratamento (WOODLE et al., 2008; LIBORIO et al., 2011; NAESENS et al., 2016). Porém, nota-se que esquemas com retirada dos corticosteroides estão associados a maior incidência de rejeição aguda (HALLER et al., 2016).

2.3 Adesão ao tratamento

Embora a adesão ao tratamento seja um importante preditor de perda do órgão enxertado, é difícil definir e mensurar. Ao revisar a literatura avaliando casos de não adesão após o transplante, a incidência estimada é amplamente variável de acordo com o método de mensuração utilizado (KIZER, 2018).

A educação e a alfabetização em saúde também podem impactar os componentes de adesão devido à compreensão da importância de um bom acompanhamento e/ou motivação para manter os cuidados em dia. No geral, não há estudos recentes comparáveis que meçam a não adesão devido a critérios como as consultas clínicas e laboratoriais e sua relação com os resultados do aloenxerto na população adulta (STEINER, 2016).

A demografia da população pode limitar a validade de análise de transplante renal, pois em coorte realizada a população era quase exclusivamente masculina, idosa e com acesso a cuidados de saúde. Esta análise concentrou-se apenas na não adesão à medicação e correlação com as consultas clínicas em determinados serviços e não avaliou outros comportamentos não aderentes (dieta, estilo de vida, tabagismo) ou não adesão a consultas em outros serviços de saúde (MASSEY, 2015).

Modelos de estudos propõem que a adesão a esses comportamentos complexos é resultado de interação de diversos fatores, colocando o paciente no centro e influenciado por variáveis do profissional de saúde/família (micro-), do centro de transplante (meso-) e os níveis (macro) do sistema de saúde (TABER, 2017). Alguns estudos corroboram esse quadro em transplante. Embora a maioria dos relatórios tenha se concentrado em fatores no nível do paciente, as variáveis relacionadas aos níveis micro e meso têm sido pouco estudados. Caso esses fatores sejam modificáveis, podem ser alvos potenciais para intervenções (DENHAERYNCK, 2018).

O acesso universal aos serviços de saúde prestados pelo sistema público de saúde é desafiador em algumas áreas de baixo nível socioeconômico, o que é refletido pelo menor número de consultas e profissionais de saúde (ARAÚJO, 2017). O tratamento da doença renal crônica em sua fase mais avançada, — diálise e transplante — é classificado como de alta complexidade, tem reembolso diferenciado e, muitas vezes, é fornecido por um centro/hospital

credenciado. No entanto, não encontramos associação entre R1 e R2 em termos dos quatro BAASIS (tomada e horário de imunossupressores, intervalo de drogas e redução de dose). Novos estudos, aplicando diferentes metodologias para categorizar o acesso à saúde, como a cinco regiões geográficas ou o índice de desenvolvimento humano seriam necessários para evidenciar melhor esta descoberta (ALBUQUERQUE, 2017).

A prevalência de não adesão às dimensões do tratamento relatada na população reforça a ideia de que os serviços incluam intervenções específicas para incentivar a adesão imunossupressores e a componentes relevantes do tratamento não farmacológico, como atividade física e dieta adequada. Estudos de evidências de intervenções para reduzir a não adesão é limitada, mas estudos sugerem que as medidas devem ser multidimensionais e envolver uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais). Intervenções de cuidados personalizados no sentido de melhorar a gestão do autocuidado, reforçam o automonitoramento e a autoeficácia e têm o potencial melhorar a adesão a todos os aspectos do tratamento (LOW, 2015).

A adesão ao tratamento retrata o comportamento do paciente em relação ao regime terapêutico indicado, e é determinada pela decisão do indivíduo para seguir o recomendado (HORNE et al., 2005; MENDITTO et al., 2020). Segundo a OMS, a adesão ao tratamento é a medida com que o comportamento de uma pessoa, para tomar medicamentos e seguir os preceitos que envolvem forma de vida, hábitos nutricionais, conforme as recomendações de um profissional de saúde, e envolve, assim, um conjunto de fatores individuais, socioeconômicos, relacionados ao sistema de saúde, ao próprio tratamento e a doença (WHO, 2003; ARAUJO et al., 2017).

A não adesão ao tratamento é um fator agravante considerada um problema de saúde que afeta os pacientes e consequentemente o sistema de saúde, na medida em que leva a novas hospitalizações e agravos, desencadeada pelo uso em excesso, uso incorreto dos medicamentos devido a não compreensão ou até negativa de adesão por decisão própria do usuário (CURTIS et al., 2017; LOZANO-HERNÁNDEZ et al., 2020).

2.4 Cuidado farmacêutico e adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento assume um papel relevante no sistema de saúde, uma vez que a não adesão está relacionada a problemas e desfechos negativos, direcionados tanto aos pacientes quanto aos serviços de saúde (OSTERBERG, 2005; MENDITTO et al., 2020). Quando há o comprometimento da adesão somada aos desafios já existentes na rotina dos cuidados de saúde, a promoção e garantia da assistência principalmente nas populações com menor acesso, acarreta danos e perdas significantes de recursos que já são considerados limitados (WHO, 2003; AQUINO et al., 2017).

De acordo com Pereira e Freitas (2008), o farmacêutico clínico no desenvolvimento do seu papel, está qualificado para realizar acompanhamento farmacoterapêutico de qualidade respaldado pela detenção do conhecimento aos fármacos, correlacionado aos exames clínicos e situações específicas do tratamento, com aumento da qualidade de vida do paciente, redução de agravos e readmissões nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço de cuidado fornecido no atendimento farmacêutico segue passos delineados em cada encontro afim de que o usuário e a equipe de saúde assimilem e entendam o trabalho específico realizado pelo farmacêutico (CORRER et al., 2013).

Além da prática clínica propriamente dita, o farmacêutico desenvolve trabalho relevante no que tange as práticas educativas quando em panorama de baixa adesão e resultados terapêuticos negativos, estes podem ocorrer de forma personalizada para cada paciente ou de maneira coletiva com grupos realizados periodicamente nas unidades de saúde. Para um bom desempenho do processo de educação em saúde, são empregados recursos através de meios verbais, audiovisuais, visual, escrita e por telefone com ferramentas da telessaúde. Estas intervenções educativas configuram uma abordagem exitosa para a adesão terapêutica efetiva (GEORGE; ELLIOTT; STEWART, 2008; CROSS et al., 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a adesão ao tratamento de pacientes submetidos a transplante renal.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento sobre o panorama farmacêutico de transplante renal no Brasil;
- Identificar os fatores associados à não adesão imunossupressora;
- Correlacionar as variáveis de interesse com a adesão ao tratamento;
- Apresentar a cartilha informativa construída ao longo do desenvolvimento do trabalho, para que seja utilizada pelos usuários do serviço na reconciliação de alta hospitalar, assim como nas consultas de acompanhamento após validação.

ARTIGO 1

Transplante renal no Brasil: panorama farmacêutico

Resumo

O Sistema Único de Saúde brasileiro se destaca a nível mundial pela cobertura gratuita que fornece suporte assistencial completo e de qualidade para pacientes portadores de doença renal crônica, aos quais muitas vezes são direcionados para a lista de transplantes como recurso elegível em última instância de tratamento. O Sistema Nacional de Transplantes do país é conhecido em todo o mundo por ter planejamento, logística, tratamento medicamentoso e acompanhamento efetivos para estes pacientes. Na fase pós realização do procedimento de transplante, os indivíduos necessitam de tratamento com medicamentos imunossupressores como a azatioprina, ciclosporina, tacrolimo e prednisona, que são fornecidos em sua integralidade por programas do Ministério da Saúde a fim de evitar rejeição do órgão. Uma análise entre as opções terapêuticas disponíveis no mercado mostra que, dentre os medicamentos prescritos o melhor custo-benefício com aumento de sobrevida foi observado em pacientes utilizando esquema com azatioprina, prednisona e tacrolimo ao invés da ciclosporina que era a opção de escolha mais difundida anteriormente. Numa análise de custos gerados com o processo cirúrgico, acompanhamento clínico multidisciplinar e tratamento contínuo após o transplante são mensurados por meio de bases de dados que possuem valores pré-fixados e são utilizadas para levantamento dos valores agregados aos atendimentos de cada paciente, em que posteriormente é faturado e repassado para as instituições. No que tange o tratamento, os receptores apresentam melhor qualidade de vida e tratamento com a utilização do esquema terapêutico com tacrolimo na terapia de manutenção reduzindo as chances de readmissão.

Palavras-chave: Sistema Nacional de Transplantes; Tratamento; Custos de transplantes renal no Brasil.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é destaque no cenário global pela cobertura universal gratuita que fornece suporte assistencial em nível de urgência e emergência, ambulatorial e hospitalar, bem como o fornecimento de medicamentos, incluindo aqueles listados no componente estratégico do programa de assistência farmacêutica que fornece os medicamentos, incluído no atendimento ambulatorial de média e alta complexidade para tratamento de enfermidades raras ou de baixa prevalência. Neste programa, tem-se uma área terapêutica reconhecida mundialmente, o transplante de órgãos (Piovesan et al., 2018).

O programa de transplantes brasileiro tem sido referência como um dos mais desenvolvidos, senão o maior programa público de transplantes do mundo, com logística de distribuição de recursos e captação de órgãos justa e sem distinções sociais. Enquanto órgão regulamentador responsável, o Ministério da Saúde (MS)

investe aproximadamente um bilhão de reais por ano para o programa, com verbas direcionadas para as despesas que envolvem desde a organização de procura de órgãos, custos hospitalares com a realização dos procedimentos cirúrgicos e readmissões hospitalares para tratar complicações quando ocorrem, além de atendimento ambulatorial e dispensação de medicamentos da classe dos imunossupressores. Em torno de 95% dos transplantes são realizados com base na logística e suporte do SUS, sendo o acompanhamento destes pacientes, em geral, atrelado às equipes de transplantes (Queiroz et al. 2009). Para uma logística eficiente e assistência técnica especializada de referência, foram criados resoluções, diretrizes e protocolos que norteiam as ações dos profissionais, bem como possibilita o acesso integral dos indivíduos aos serviços de cuidados à saúde.

Ao longo das décadas, a legislação brasileira de transplante tem sido aperfeiçoada e regulamentada, com uma rede descentralizada dividida em três níveis hierárquicos e integrados: o nível nacional no Ministério da Saúde, o nível regional nas secretarias estaduais de saúde; e o nível intra-hospitalar que segue as normas e protocolos de cada instituição. Em instância nacional, o programa é coordenado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), responsável por credenciar as equipes e hospitais para a realização de transplantes, com definição do financiamento e portarias que regulamentam todo o fluxo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento na fase pós transplante. A nível regional, as centrais dos estados são incumbidas de coordenar as atividades do transplante no âmbito estadual, realizando a inserção dos pacientes e a ordenação dos receptores, além de receber as notificações de potenciais doadores e coordenar a logística durante o processo de doação, que parte desde a sinalização de morte encefálica, abordagem da família, captação e implante dos órgãos (Medina et al., 2011).

Uma mudança significativa que o SNT passou como parte de aprimoramento foi a política de incentivo para aumento do número de potenciais doadores de órgãos, em que antes era regulamentada a retirada de órgãos de doadores falecidos apenas com consentimento prévio, no qual o indivíduo era considerado potencial doador de órgãos exclusivamente se tivesse registrado a opção em vida, via documento. Diante do engessamento nesta forma de obtenção de autorização familiar para a doação de órgãos, o número de doadores estava em baixos níveis e trouxe maior tempo de espera para os pacientes listados, anos após o consentimento familiar foi alterado para a doação de órgãos mediante entrevista conduzida por profissionais para autorização concedida por opção da família e não apenas registrada em documento específico. Outra medida importante foi o processo de captação determinado pela portaria ministerial nº 1.752 de 23 de setembro de 2005 que estabeleceu que todos os hospitais que continham acima de 80 leitos deveriam dispor de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) com destino à detecção proativa de potenciais doadores, ao mesmo passo que os pacientes portadores de DRC com indicativo de transplante como recurso terapêutico são orientados sobre os riscos da submissão ao procedimento e os cuidados contínuos necessários (Coeli et al., 2002).

Enquanto questão de foco epidemiológico e de saúde pública é essencial traçar questões como o elevado custo econômico, as instâncias sociais, psicológicas e de qualidade de vida do paciente. Um indivíduo com doença renal em estágio crônico após a fase de terapia renal substitutiva - diálise, hemodiálise, e com indicação de transplante renal, representa uma situação delicada de saúde pública por se tratar de uma condição extremamente debilitante, associada a altos números

de morbidade, mortalidade e elevado custo de tratamento. Nestes casos que são considerados crônicos, o portador sobrevive com auxílio e a utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, as diálises (diálise peritoneal ou hemodiálise), ou a realização do transplante renal como último recurso terapêutico (Mathur et al., 2010). Nos pacientes elegíveis para transplante representa um tratamento com maior êxito clínico, consequentes benefícios na sobrevida, e maior relação custo-efetividade, uma vez comparado às diálises, pois tem-se um gasto superior ao custo da hemodiálise no primeiro ano já que envolve os custos cirúrgicos, mas depois estes equalizam e decrescem em cerca de trinta e dois meses depois (S. B. Silva et al., 2016). Desta forma, a discussão sobre modelos de atenção e cuidados assistenciais adotados nas unidades especializadas, com recursos de financiamento necessários à organização dos serviços e ao provimento dos cuidados é de extrema importância para a eficiência da modalidade de transplantes.

No que tange a eficácia do transplante renal para que seja julgado por especialistas como a melhor opção terapêutica para o portador de insuficiência renal crônica, podemos citar o avanço tecnológico principalmente quanto aos medicamentos que envolvem o esquema de imunossupressão. Essa terapia baseada nos protocolos e diretrizes terapêuticas, aplicada ainda na fase intraoperatória durante o procedimento no bloco cirúrgico, e na fase pós-transplante, a terapia imunossupressora tem como principal alvo impedir a rejeição aguda ou crônica do órgão, aumentando o tempo de vida útil do enxerto (Queiroz et al., 2009). Os protocolos clínicos e diretrizes farmacoterapêuticas, foram estabelecidos no ano de 2002 para uso dos medicamentos excepcionais e de alto custo no componente do SUS, dentre os quais estão os utilizados no transplante renal. Estes protocolos clínicos preconizam, para a manutenção e estabilidade clínica do indivíduo submetido ao transplante renal, os esquemas de imunossupressão incluem fármacos divididos em quatro classes: glicocorticóides, inibidores da calcineurina, agentes antiproliferativos e anticorpos monoclonais ou policlonais (Silva HAR., 2015).

Vale destacar, que o direcionamento de recursos em virtude das inúmeras demandas principalmente no campo da assistência farmacêutica é indiscutível, porém, mesmo com impacto econômico relevante dentro da receita do SUS, não se tem tantos relatos na literatura que apresentem o acompanhamento clínico do farmacêutico, processos atrelados à adesão ao tratamento e custos de aquisição dos diferentes esquemas imunossupressores no país. Ao mesmo tempo, o SUS possui sistemas de automação que fornecem diversos tipos de registros, desde o momento do transplante, as principais despesas com essas terapêuticas, a saber: o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e ambulatorial (APAC/SIA), Coeli et al. (2002). Desta forma, este trabalho traz o delineamento do panorama farmacêutico e os aspectos necessários para êxito da modalidade terapêutica e os custos envolvidos nos processos que envolvem o transplante renal no Brasil.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão narrativa relacionados à aspectos farmacoterapêuticos, custos e o cenário dos transplantes no Brasil. Essa metodologia foi adotada uma vez que a revisão narrativa selecionada estudos com interpretação dos e sujeito à subjetividade dos autores, conforme estudos de Pereira et al. (2018). Foram utilizados vinte e seis artigos de acordo com os critérios de busca elegidos, em recorte temporal do ano de 1998 à 2021.

Os resultados tiveram como objetivo responder a duas perguntas: (1) qual a realidade do cenário dos transplantes no Brasil? (2) quais aspectos estão envolvidos no tratamento dos pacientes pós transplante renal? No processo de busca e seleção dos artigos, foram consultadas cinco bases de dados: google scholar, periódicos CAPES, pubmed, scielo e science direct. Os descritores - transplante renal, tratamento, sistema nacional de transplantes, aplicados na estratégia de busca foram selecionados a fim de ampliar o número de pesquisas relacionadas. A estratégia de busca foi adaptada às bases de dados selecionadas, seguindo seus critérios de pesquisa. Utilizaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR” para combinar os termos.

Os critérios de elegibilidade incluíram: i) artigos originais publicados na íntegra, ii) disponíveis online nas bases de dados, iii) nos idiomas português, inglês e espanhol; e excluíram: i) duplicatas, ii) artigos de revisão, teses, dissertações ou artigos sem qualquer relação com os objetivos da pesquisa. A avaliação inicial dos critérios de elegibilidade foi realizada por meio da leitura de título e resumo entre os meses de novembro de 2021 a janeiro de 2022.

Inicialmente, dois investigadores avaliaram de forma independente os títulos e os resumos das citações provenientes das bases de dados para seleção de estudos potencialmente elegíveis. Posteriormente, realizaram-se avaliações minuciosas, nas quais foram incluídos os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos.

3. Resultados

3.1 Sistema Nacional de Transplantes – contexto geral

Os primeiros transplantes de órgãos no Brasil vistos como o último recurso terapêutico favorável à manutenção da vida aconteceram na década de 1960 – com transplantes renais nos anos de 1964 e 1965 no estado do Rio de Janeiro (De Faria Lima AA., 2012). Entretanto, a regulamentação cirúrgica ocorreu em 1997, com a Lei 9.434 dispõe da utilização “post mortem” de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante, assim como dos critérios para transplante com doador vivo e sanções penais e administrativas pelo seu descumprimento ou improbidade nos processos que envolvam a doação dos enxertos. Outrossim, no mesmo ano houve a criação do decreto 2.268/1997, que criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e suas ramificações, como órgãos estaduais e Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), Martins et al. (2012).

Na atualidade, o Brasil é referência mundial em transplantes, com aproximadamente 96% dos procedimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país. Há dois tipos de transplante: intervivos, possível apenas para alguns órgãos, como o rim; e o transplante de doador falecido que necessita de entrevista para autorização pelos membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Neste segundo caso, o transplante de órgãos somente é considerado quando o doador recebe diagnóstico de morte encefálica, o órgão-alvo da doação mantém-se em funcionamento para captação e transferência cirúrgica do enxerto Martins et al. (2012).

3.2 Farmacoterapia em pacientes transplantados

O transplante, apesar de proporcionar uma nova forma de vida com maior qualidade e reintegração nas atividades, com aumento da sua qualidade e expectativa de vida, leva os pacientes a adotarem um estilo de vida diferenciado quando do ponto de vista de vários aspectos como alimentação, higiene e principalmente medicamentos e cuidados com a saúde, ABTO. (2021).

Boa parte dos indivíduos na fase pós transplante, além da farmacoterapia imunossupressora realiza também, tratamento para outras comorbidades como hipertensão, dislipidemias e diabetes, utiliza medicamentos para prevenção de infecções fúngicas e bacterianas. Esse consumo múltiplo de medicamentos aumenta o risco de ocorrência de reações adversas, interações medicamentosas e dificuldades na utilização dos medicamentos que garantem a estabilidade do quadro clínico (Schroeter et al., 2012).

A imunossupressão associada pode levar a quadros clínicos amplos como complicações infecciosas, neoplásicas, alterações do metabolismo ósseo, alterações do sistema nervoso central, além de nefrotoxicidade, hepatotoxicidade, e em mulheres com idade fértil, possível esterilidade. Segundo Toaldo et al. (2020), os esquemas de imunossupressão evitam o desenvolvimento de reações imunológicas e o aparecimento de sinais e sintomas após o transplante, e incluem fármacos divididos em quatro classes: glicocorticoides, inibidores da calcineurina, agentes antiproliferativos e anticorpos monoclonais ou policlonais. Em geral, estes tratamentos são feitos com associação entre corticosteroides com inibidores de calcineurina (ciclosporina ou tacrolimus), bem como utilizando azatioprina ou micofenolato de mofetila (agentes antiproliferativos).

A imunossupressão tem como foco principal selecionar terapias que minimizem as chances de complicações, rejeição e protejam o paciente de possíveis quadros infecciosos. Entretanto, dentre os efeitos colaterais inerentes ao uso dos imunossupressores, em consonância com Macedo (2015), os principais relatados na literatura são: distúrbios gástricos, anemia, leucopenia, distúrbios do metabolismo, rash e erupções cutâneas, além de complicações infecciosas.

3.3 Custos envolvidos no tratamento de paciente transplantado renal

Com o panorama atual da sociedade, em que há o aumento expressivo da qualidade de vida e conseqüentemente do número de pessoas idosas, os níveis de portadores de doenças crônicas aumentaram consideravelmente. Dentre estas doenças, destaca-se a insuficiência renal crônica que é um problema de saúde pública em todo o mundo, causando, assim, perda da qualidade de vida do paciente e desencadeia um impacto econômico para o sistema de saúde (Bastos et al., 2011).

Em estudo, Schweitzer et al. (1998) afirma que a eficiência nos processos dentro dos hospitais tende a reduzir os custos com pacientes transplantados. Assim, espera-se que os gastos direcionados ao tratamento desta patologia continuem a aumentar em virtude do envelhecimento da população e o aumento da incidência de patologias cuja evolução envolve a falência renal crônica, tais como o diabetes e a hipertensão, principais causas da insuficiência renal crônica (Medina et al., 2011).

Num contexto ideal, os cuidados prestados a um paciente pós transplante envolvem o uso de medicamentos imunossupressores, a fim de garantir melhor adesão ao tratamento e para que não haja a rejeição do órgão transplantado, o que levaria a readmissões hospitalares e novos gastos para o sistema de saúde (Guerra et al., 2010). O financiamento da terapia imunossupressora no Sistema Único de

Saúde (SUS) é realizado a partir de recursos federais e estaduais. Sendo, alguns medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde com recursos da União e outros, com recursos advindos do tesouro estadual conforme Portaria GM/MS no 2981/2009, atualizada pela Portaria GM/MS no 3439/2010.

Estudo retrata os diferentes processos de gestão no país, ao qual não se encontram no mesmo nível de desenvolvimento nos estados brasileiros, são observadas que existem disparidades significativas no que diz respeito à logística de captação e a quantidade de transplante renal realizado entre as unidades da federação (Costa et al., 2014). Como ratifica Medina et al, os avanços na gestão de processos que envolve os transplantes no Estado de São Paulo - vale destacar que isso decorre devido a simplificação de suas práticas sistematizando-as para aumentar a eficiência, com padronização dos tratamentos, permite inferir que o Estado alcançou taxas de doação superiores à média nacional com o total de 1.252 transplantes de rim, além de desempenho próximo da média de países desenvolvidos como os Estados Unidos, enquanto o menor número foi do estado do Mato-Grosso do Sul com a realização de 7 transplantes segundo dados da ABTO (2021), no período de janeiro a setembro de 2021. Apesar da disparidade regional na distribuição de órgãos, o Brasil alcançou uma metodologia organizada e unificada que os Estados Unidos não possuem, além de campanha de divulgação pública que aumenta a conscientização sobre identificação de doadores de órgãos como também estabelece protocolos para aquisição, alocação dos mesmos e realização do fluxo cirúrgico e pós-operatório (Fuzinatto et al., 2013)

A ampliação do programa de transplante renal em sua totalidade exige que sejam apurados os gastos públicos em diferentes segmentos dentro dos serviços hospitalares, além dos serviços médicos, inclui-se custos com estrutura física, planejamento e programas de aperfeiçoamento, a fim de assegurar melhor definição do custo total (Oliveira et al., 2014). Tais contrapontos permitem a elucidação de métodos que possibilitem a comparação dos custos nas diferentes intervenções e que possa ser facilmente calculado e adequado as metas de financiamento disponibilizadas.

O sistema de financiamento e reembolso hospitalar dos procedimentos e serviços é fixo para cada procedimento e definido pelo Sistema Nacional de Saúde, alterações do previsto e nos desfechos clínicos de cada paciente impactam diretamente no faturamento e orçamento dos hospitais. O ajuste destes custos fixos, de acordo com o quadro clínico e a função renal imediatamente após o transplante, deve ser uma exigência dos hospitais. A demonstração destes custos de diferentes naturezas é de extrema relevância para convencer os gestores e autoridades sanitárias dos ajustes necessários no repasse de verbas (Oliveira et al., 2014).

4. Discussão

A opção pelo transplante como modalidade terapêutica constitui um tratamento em si, seguro e eficaz, dada a otimização do procedimento cirúrgico, seu acesso gratuito, o advento de medicamentos imunossupressores e a ampliação do entendimento dos mecanismos de rejeição e compatibilidade. Porém, transplante não significa cura do problema de saúde: o receptor permanecerá, por toda a vida, sob os devidos cuidados pós-transplante. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO, de janeiro a setembro de 2021 o número de transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, multivisceral, pâncreas, pulmão e rim) foi 5.141 entre doadores vivos e falecidos, dos quais 3.304 foram específicos de rim. O registro de dados no Brasil e em centros de transplante específicos do ano de

2011 até 2021 conforme dados divulgados no terceiro volume da revista da ABTO, permite inferir um aumento relevante no número absoluto de sobrevidas do paciente e do órgão implantado, decorrente da ascensão do sistema.

A adoção do tratamento incluindo o esquema terapêutico de ciclosporina + azatioprina + corticosteróides tem como alternativa viável a substituição da ciclosporina por tacrolimus, em caso de resposta imunossupressora inefetiva já que ambos são da mesma classe farmacológica. Outra possibilidade é trocar a azatioprina por micofenolato de mofetila ou sirolimus. Entretanto, apesar de sua alta eficácia, mesmo quando utilizada com rigoroso monitoramento, a ciclosporina e o tacrolimo, que surgiu como alternativa terapêutica à ciclosporina leva a quadros de nefrotoxicidade crônica como um importante evento adverso (Mello et al., 2021).

O esquema de tratamento de manutenção mais empregado inclui a ciclosporina, contudo tem-se crescente aumento do quantitativo de pacientes que iniciam o tratamento com tacrolimo (Guerra et al., 2010). Conforme os protocolos clínicos que embasam os estudos de Orme et al. (2003), não deveria ocorrer de imediato visto que se recomenda o início do tratamento com a ciclosporina e, após avaliação clínica, utilizar tacrolimo, recomendação que parece não ser seguida como primeira opção terapêutica e o uso deste exige acompanhamento através de dosagem sérica para controle.

Diante das particularidades discutidas acima que envolvem os medicamentos imunossupressores, o efeito na sobrevida a longo e curto prazo são menos significantes, apesar da introdução de novos fármacos no tratamento como o tacrolimo em relação ao esquema pioneiro na terapia com azatioprina e prednisona. Em consonância com Orlandi et al. (2019), quanto à análise da sobrevida nos receptores de transplante renal no Brasil, é importante discutir e ponderar aspectos socioeconômicos e nutricionais dos pacientes em fila de espera, bem como a prevalência de doenças infectocontagiosas na população, o que deve direcionar a condução de imunossupressores numa perspectiva de segurança a longo prazo do paciente e não somente impedir a rejeição aguda nos casos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao plano terapêutico pode ser definida como o comportamento do paciente, que inclui as recomendações pelos profissionais de saúde, em relação a ingestão dos medicamentos, seguido da nutrição e alterações no estilo de vida. Fuzinatto et al. (2013), afirma que a modalidade do transplante exige adesão fidedigna ao tratamento e uso dos imunossupressores, para o sucesso da manutenção do enxerto e estabilidade da saúde a curto e longo prazo. A não adesão à terapia imunossupressora potencializa o risco de perda do enxerto, assim como há o aumento das comorbidades, representada pela presença de tremores, neurotoxicidade e insuficiência renal aguda, além do incremento das taxas de mortalidade e novas internações, elevando os custos ao sistema de saúde.

Nos últimos anos, as organizações internacionais e o Conselho Federal de Farmácia no Brasil, formalizaram o papel bem como as atribuições do farmacêutico na equipe multidisciplinar de centros transplantadores, uma vez que a atuação deste é essencial para maior adesão medicamentosa e êxito farmacoterapêutico. A partir disso, o farmacêutico tornou-se membro imprescindível à composição da equipe de transplante, com responsabilidade no acompanhamento durante o período pré-transplante, intraoperatório durante o internamento e na fase pós-transplante, sendo este responsável pela assistência farmacoterapêutica em nível clínico e ambulatorial. Conforme Rebafka et al. (2016), faz-se necessário ratificar que a adesão é um processo volátil e flexível que sofre influência multifatorial, portanto

demanda abordagem multidisciplinar individual a cada usuário como forma de orientar para que o usuário possa compreender o que seguir, como fazer e ao longo do tempo o que pode ser alterado e melhorado, Medina Pestana (2017).

Em relação à terapêutica medicamentosa, constatou-se que os pacientes submetidos ao esquema imunossupressor que incluía tacrolimo apresentaram maior custo de tratamento ao longo do tratamento, quando comparados com os que faziam uso da ciclosporina. O tacrolimo é tido como inovação terapêutica de ação mais específica em relação à ciclosporina, o que justifica maior despesa para o SUS com o uso desse medicamento (Guerra et al., 2010). Em relação ao tratamento medicamentoso, o custo principal está relacionado aos imunossupressores. Considerando os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde, quando utilizados os esquemas triplices, o custo anual foi de R\$ 6.179,45 (quando associado com ciclosporina), R\$ 11.986,60 (quando combinado tacrolimo), R\$ 10.025,82 (quando combinado sirolimo ou everolimo) e R\$ 8.146,80 (quando utilizado tacrolimo e azatioprina) Guerra et al. (2010). Os valores descritos estão de acordo com aporte básico, sem incremento, referenciados pela tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) que é uma ferramenta responsável por fornecer dados de procedimentos e insumos empregados na assistência do SUS para posterior faturamento e repasse entre as instâncias financeiras. Desta maneira, mediante os custos traçados tem-se a possibilidade de escolher o medicamento com melhor relação de custo-benefício na perspectiva do SUS e dos usuários envolvidos.

5. Conclusão

O aperfeiçoamento do programa nacional de transplantes e os esforços contínuos no incentivo para o aumento do número de doadores comprova que o SUS tem sido efetivo em suas diferentes instâncias, com o cumprimento dos processos dentro das diretrizes preconizadas de logística e assistência de pacientes transplantados. Outro fator animador tem sido a realização dos transplantes com o fornecimento de medicamentos do componente excepcional do Ministério da Saúde, que constatou custo médio total com manutenção do transplante renal maior em pacientes tratados com tacrolimo quando comparados aos usuários de esquemas com ciclosporina e configura o cenário ideal de atuação de acompanhamento do farmacêutico desde o período de preparação até o pós-transplante. Além disso, o acompanhamento clínico e exames para monitoramento e diagnóstico, como também admissões quando necessárias devido à amplitude de quadro clínico que os portadores podem apresentar mostram a estrutura de qualidade oferecida pelo SUS. A implantação e utilização de tecnologias em saúde, bem como a relevância da atuação farmacêutica na cadeia de processos, firmadas pelos acessos às bases de dados possibilitam o levantamento, faturamento e repasse dos custos de maneira eficiente e a alocação dos recursos consequentemente adequada, com análises farmaco-econômicas cada vez mais eficazes e relevantes como demonstradas neste estudo.

Referências

- Bastos MG, Kirsztajn GM. (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J BrasNefrol*.
- Casa Civil da Presidência da República Federativa do Brasil. Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil da Presidência da República Federativa do Brasil; 2001.
- Coeli CM, Camargo Jr KRD. (2002). Avaliação de diferentes estratégias de blocagem no relacionamento probabilístico de registros. *Rev. Bras. de Epidem*, 5, 185-196.
- Costa CKF, Balbinotto Neto G, & Sampaio LMB. (2014). Eficiência dos estados brasileiros e do Distrito Federal no sistema público de transplante renal: uma análise usando método DEA (Análise Envolvória de Dados) e Índice de Malmquist. *Cad. S. Pub*; 30, 1667-1679.
- De Faria Lima AA. (2012). Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. *Mun. da saúde. São Paulo*, 36(1), 27-33.
- Fernanda TOALDO; Flavia Lorenzen dos SANTOS; Fernanda Cristina Ostrovski SALES; Jaqueline de Jesus ASCHENBRENNER. (2020). Análise da segurança do uso de imunossupressores por pacientes insuficientes renais.
- FuzinatoC, Delagnolli R, Marin SM, Maissiat GS. (2013). Adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes después del trasplante renal: estudio descriptivo exploratorio. Online braz. j. nurs. [Internet].
- Guerra Junior AA, Acúrcio FDA, Andrade EIG, Cherchiglia ML, et al. (2010). Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. *Cad. S. Pub*; 26, 163-174.
- Martins BCC, De Souza TR, Luna ÂMPT, De França FMM, et al. (2012). Atenção farmacêutica para pacientes transplantados em um hospital universitário: intervenções farmacêuticas realizadas. Universidade Federal do Ceará.
- Mathur AK, Ashby VB, Sands RL, Wolfe RA. (2010). Geographic variation in end-stage renal disease incidence and access to deceased donor kidney transplantation. *Am J Transp*, 10(4) 1069-80.
- Medina Pestana J. (2017) Clinical outcomes of 11,436 kidney transplants performed in a single center – Hospital do Rim. *J BrasNefrol*; 39:294-302.
- Medina PJO, Galante NZ, Harada KM, Garcia VD, et al. (2011). O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. *Braz. Journ. of Nephrol*, 33, 472-484.
- Oliveira MLD, Santos LMP, & Silva END. (2014). Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. *Rev. de Nut*; 27, 585-595.
- Orlandi et al. (2015). Evolução a longo prazo no transplante renal de idosos. *J. Bras. Nefrol*. 37 (2). Abr-jun.
- Orme ME, Jurewicz WA, Kumar N, McKechnie TL. (2003) The cost effectiveness of tacrolimus versus microemulsified cyclosporin: a 10-year model of renal transplantation outcomes. *Pharmacoeconomics*; 21:1263-76.
- Palloma Aline de Mello, Bruna Gabriela Rocha, William Neves Oliveira, Thays Santos Mendonça, Caroline Pereira Domingueti. (2021). Nefrotoxicidade e alterações de exames laboratoriais por fármacos: revisão da literatura. *Rev Med (São Paulo)*. mar.-abr.;100(2):152-61.

Pereira A. S et al. (2018) et al. Metodologia da pesquisa científica. 1ª edição. Universidade Federal de Santa Maria.

Piovesan, A, et al. (2018). Estado atual do transplante renal no Brasil e sua inserção no contexto mundial. *Rev de Med*, 97(3), 334-339.

Queiroz OVD, Guerra Júnior AA, Machado CJ, Andrade ELG, et al. (2009). A construção da Base Nacional de Dados em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: relacionamento dos registros de óbitos pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac/SIA/SUS) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)- Brasil 2000-2004. *Epidem. e Serv de S*, 18(2), 107-120.

Rebafka A. (2016). Medication Adherence After Renal Transplantation—a Review of the Literature. *Journal of renal care* [Internet].

S. B. Silva et al. (2016) Cost comparasion of kidney transplant versus dialysis in Brazil – *Cadernos de Saúde Pública* 32 6.

Schroeter G, Trombetta TAMARA, Faggiani FT, Goulart PV, et al. (2012). Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. *SciMed*; 17(1), 14-9.

Schweitzer EJ, Wiland A, Evans D, Novak M, et al. (1998). The shrinking renal replacement therapy “break-even” point1. *Transplant*; 66(12), 1702-1708.

Silva HAR. (2015). Paciente transplantado e a imunossupressão. Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Tizo JM, Macedo LC. (2015) Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Rev. Unin Rev.*;24(1): 62-70.

ARTIGO 2

1 INTRODUÇÃO

No contexto de tratamento relacionado a uma doença crônica, uma das principais lacunas que se tem é a falta de adesão à terapia medicamentosa proposta. Como consequência, não há outro desfecho que não seja negativo e atrelado ao aumento dos gastos com atenção especializada com maior frequência e reinternações. O acesso adequado ou não aos medicamentos tem sido considerado o principal fator da adesão ou não adesão. Entretanto, é pertinente verificar como a adesão ao tratamento se comporta em um ambiente de pleno acesso a medicamentos, além de observar o acesso à assistência aos serviços de saúde, a participação em grupos de educação em saúde e outros fatores contributivos para adesão (BROWN, 2011).

A adesão a medicamentos em portadores de doenças crônicas é de moderada a baixa quando considerados os tratamento mais comuns fornecidos pelos equipamentos de saúde a nível de atenção básica, em torno de 50%, e diversos fatores interferem nesse resultado, como afirma Vergetti, Melo e Nogueira que fizeram uma correlação da adesão com a idade e situação econômica dos usuários, que apresentam maior grau de dificuldade de entendimento cognitivo e acesso limitado aos recursos de tratamento (WENG, et al 2017).

Apesar de possuir um sistema de saúde que tem como princípios universalidade e equidade, o acesso a medicamentos no Brasil ainda é um problema de saúde pública, mesmo com a implantação de diversas políticas para sua oferta gratuita. Enquanto a Política Nacional de Medicamentos visa o acesso aos medicamentos essenciais, o desabastecimento ainda ocorre devido a problemas complexos e multifatoriais. A falha na logística de abastecimento de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde compromete, principalmente, indivíduos mais vulneráveis e de menor renda. Estudos mostram que um dos fatores importantes na adesão é o acesso ao medicamento bem como o acompanhamento da equipe multiprofissional (O'LEARY, 2016).

Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP em 2005, avaliou 245 pacientes hipertensos, e constatou que 89,7% dos entrevistados que compareceram às consultas médicas, apresentaram maior aderência quando comparados aos pacientes faltosos. Em outro estudo sobre adesão ao tratamento antirretroviral, realizado com 73 pacientes no mesmo município de São Paulo - SP, em 2014,

apontou índices relevantes de adesão irregular aos antirretrovirais, com correlações entre adesão e suporte familiar (MARSICANO, 2021)

Uma vez que o serviço tenha uma estrutura adequada e organização, com garantia de acompanhamento não apenas a nível médico, pleno acesso a medicamentos e fortalecimento do vínculo com a equipe multiprofissional, minimizam riscos futuros de adoecimento e óbito. É plausível supor que em situação de efetiva assistência, fatores inerentes de cada paciente perde influência na determinação da não adesão, sendo superados pela oferta de atenção à saúde e pleno acesso a medicamentos (TAKAHASHI, 2018). Poucos são os estudos que avaliam a adesão à farmacoterapia em um cenário de total disponibilidade de assistência com padrão ouro e acesso à medicamentos. Portanto, novas pesquisas envolvendo maior número de participantes e diversas formas de mensuração da adesão ainda são necessários, para entender a complexa dinâmica da determinação da adesão ao tratamento das doenças crônicas (MANSOUR, 2016).

2 OBJETIVO

Avaliar a prevalência do nível adesão dos pacientes transplantados através de aplicação de questionários semiestruturado;

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho da pesquisa

O presente estudo se delineia a partir do método de pesquisa transversal, quantitativo retrospectivo (FONTELLES, 2009).

3.2 Local da pesquisa

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade do Recife, no bairro dos Coelhos, no setor do ambulatório de nefrologia e transplantes. Os pacientes tratados no ambulatório de nefrologia e submetidos a transplante têm acesso à tratamento através da Farmácia Ambulatorial da instituição, seja em período de internamento ou pós alta.

3.3 Amostra

Pacientes portadores de Doença Renal Crônica (DRC), com idade de 18 anos acima, acompanhados no IMIP e submetidos a transplante renal. A amostra de conveniência varia de acordo com a probabilidade de oferta de órgãos. A amostra foi composta por 30 pacientes.

A captação dos usuários deu-se através de lista de marcação de consultas fornecida pela gerência do setor e foi realizada uma triagem dos pacientes que foram transplantados há no máximo 6 meses. A amostra dos pacientes foi coletada após as consultas médicas no ambulatório de nefrologia e a partir do acompanhamento nas consultas farmacêuticas houve a aplicação dos questionários em que os pacientes e/ou acompanhantes que aceitaram participar responderam às perguntas efetuadas.

Para coleta e registro dos dados de adesão ao tratamento, foi utilizado o método SOAP – Subjetivo (compreende dados subjetivos e queixas do paciente), Objetivo (achados de exames físicos, laboratoriais e complicações relacionadas ao uso dos medicamentos) com detecção de problemas relacionado aos medicamentos (PRM), baixa efetividade quando constatado aumento de creatinina, presença de sinais e sintomas que indicam rejeição, a exemplo de quadro permeado por infecção de citomegalovírus, Avaliação (conclusões sobre o paciente, identificação de auto-relato de adesão caracterizada como um PRM, diagnóstico e quadro clínico em resposta ao tratamento), Planejamento (o que foi ou vai ser feito – exames, intervenções, educação em saúde).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão contemplaram pacientes transplantados renal - entre 18 e 70 anos, com prazo máximo do procedimento cirúrgico há no máximo 6 meses acompanhados no IMIP e que estivessem com consultas em períodos de intervalos menores que 6 meses a fim de possibilitar o acompanhamento ambulatorial durante o período de coleta do estudo. Nos critérios de exclusão tivemos pacientes que não tinham disponibilidade nos dias da coleta e pacientes que foram a óbito durante o estudo.

3.5 Aspectos éticos

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, e aprovado com o seguinte número de parecer 5.174.527.

3.6 Variáveis coletadas

As variáveis analisadas no estudo foram sexo, faixa etária, composição de renda, patologia que levou ao diagnóstico e necessidade de transplante, frequência de consultas para acompanhamento, comorbidades relatadas - média de 3 por paciente, esquemas de imunossupressão utilizados e adesão ao tratamento - a não adesão foi definida quando o paciente auto-relatava dificuldades na tomada dos medicamentos, esquecimento dos horários e também relatos dos familiares no acompanhamento das consultas.

3.7 Análise estatística

As variáveis qualitativas foram expressas em valores absolutos e relativos. O teste Exato de Fisher foi utilizado para o estudo de associação entre as variáveis qualitativas de interesse (sexo, faixa etária, renda, frequência atendimento, comorbidade) e se estas tiveram interferência na adesão ao tratamento desses pacientes. O nível de significância assumido foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 21.0 (IBM, Armonk, NY).

4 RESULTADOS

Os resultados foram coletados com um total de 30 participantes e estão descritos na tabela 1, submetidos a tratamento estatístico ao fim da coleta dos dados.

Tabela 1 – Distribuição de variáveis sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento

VARIÁVEIS	N = 30
Faixa Etária	
18 a 29 anos	8 (26,7%)
30 a 49 anos	12 (40%)
Acima de 50 anos	10 (33,3%)
Sexo	
Feminino	11 (36,7%)
Masculino	19 (63,3%)
Renda	
1 a 3 salários mínimos	13 (43,3%)
3 a 5 salários mínimos	4 (13,3%)
Aposentado	3 (10%)
Do lar	1 (3,3%)
Sem vínculo	9 (30,0%)
Diagnóstico	
Hipertensão arterial sistêmica	10 (33,3%)
Diabetes mellitus	5 (16,7%)
Nefrite lúpica	4 (13,3%)
Síndrome antifosfolípido	1 (3,3%)
Doença renal crônica	4 (13,3%)
Trauma	2 (6,7%)
Nefrocalcinose	1 (3,3%)
Policisto renal	1 (3,3%)
Desconhecido	2 (6,7%)
Comorbidades	
Hipertensão arterial sistêmica	19 (63,3%)
Diabetes mellitus	9 (30%)
Citomegalovírus +	3 (10%)
Gastrite	2 (6,7%)
Nº Comorbidades	
Nenhuma	6 (20,0%)
Uma	19 (63,3%)
Duas ou mais	5 (16,7%)
Frequência de consulta	
Diária	9 (30%)
Semanal	13 (43,3%)
Mensal	8 (26,7%)
Adesão ao tratamento	
Não	6 (20%)
Sim	24 (80%)

Fonte: A autora (2022).

Entre os participantes do estudo, o sexo de maior prevalência foi o masculino, com 19 pacientes - 63,3% dos indivíduos e 11 pacientes do sexo feminino – 36,7%. Em relação a faixa etária, a mais encontrada foi 12 pacientes entre 30-49 anos com 40% dos usuários pertencentes a este grupo, que são indivíduos em estágio de vida

útil, anteriormente com grau elevado de privação das atividades sociais devido ao tratamento dialítico até o transplante.

Quanto ao vínculo empregatício dos indivíduos, 13 deles (43,3%) tem composição de renda de 1-3 salários, porém estes afirmam que após o processo de adoecimento e início das sessões de hemodiálise ficaram impossibilitados de atuar, assim como de vivenciar práticas sociais comuns, seguidos pelos 9 pacientes que não possuem vínculo de trabalho (30%) ou 3 que já estão aposentados pela faixa etária que estão inseridos (10%).

Em relação às patologias que levaram estes pacientes à indicação de transplante renal, 10 indivíduos relataram serem portadores de hipertensão (33,3%) e 5 relataram diabetes (16,7%), seguido por 4 pacientes com doença renal crônica (13,3%) com relatos de origem congênita e 4 pacientes com quadro de nefrite lúpica (13,3%). Outras causas também foram citadas como patologia que levou à indicação do transplante, como 2 pacientes com lesão renal pós trauma com quadro de rabdomiólise(6,7%)que consiste numa síndrome clínica que envolve a ruptura do tecido muscular esquelético, 2 pacientes com causa desconhecida/não esclarecida (6,7%) e os produtos desta degradação muscular causam danos aos rins, 1 com síndrome do anticorpo antifosfolípido (3,3%) que é uma doença autoimune responsável por destruir as proteínas da corrente sanguínea levando a quadros de trombofilia, 1 paciente com quadro de nefrocalcinose (3,3%) em que há aumento da quantidade de cálcio dentro dos rins e 1 com policisto renal (3,3%)condição em que o paciente tem a formação de cistos no rim.

No que diz respeito às comorbidades que os pacientes apresentaram, a mais comum foi a hipertensão (63,3%)uma vez que 19 deles relataram possuir a patologia e que foi fator decisivo para o acometimento do órgão, desenvolvimento de lesão renal/doença renal crônica com tratamento dialítico, seguido por diabetes (30,0%) com 9 relatos, 3 por citomegalovírus (10,0%) condição clínica desenvolvida diante da fase de imunossupressão e 2 indivíduos com relatos de gastrite (6,7%) em que muitos fazem uso contínuo de medicamentos da classe dos inibidores da bomba de prótons (omeprazol, pantoprazol) ou relataram não apresentar comorbidades. Quanto ao número de comorbidades apresentadas, 6 pacientes (20,0%) relataram não apresentar nenhuma comorbidade, 19 pacientes (63,3%) relataram apenas uma comorbidade e 5 pacientes (16,7%) apresentaram duas ou mais comorbidades.

Após a realização do transplante renal, nesta fase de acompanhamento viu-se que 13 dos indivíduos (43,3%) estão sendo acompanhados com intervalo semanal entre as consultas, tal fato tem relação com a amostra do estudo ser composta por pacientes que tem período de transplante inferior a 6 meses, o que justifica o intervalo entre os atendimentos da equipe multidisciplinar terem períodos curtos. Contudo, 9 pacientes (30,0%) apresentaram resultado positivo para citomegalovírus (CMV), que é uma das principais complicações clínicas que o paciente pode apresentar após transplante de rim. A transmissão pode ocorrer pelo doador positivo, ou como reativação do vírus quando o receptor é IgG positivo, os sintomas apresentados variam desde uma virose típica até a doença invasiva e possível rejeição do enxerto. O tratamento pode ser preventivo, profilático ou terapêutico com infusão do medicamento ganciclovir diariamente, que leva os pacientes a serem acompanhados todos os dias até que haja remissão da infecção (WAGNER, 2015). Em intervalo de consulta mensal estavam 8 pacientes (26,7%), que posteriormente tem intervalo ampliado para trimestral.

Dos pacientes acompanhados, ao serem analisados quanto à adesão ao tratamento, que é o foco do estudo, 80% deles (24 pacientes em relação ao total) relatou aderir enquanto 20% (6 pacientes) relataram dificuldade de adesão ao tratamento, já que maioria deles apresenta domínio de conhecimento do tratamento razoável e ao serem avaliados pela etapa subjetiva do método SOAP fornecem bom feedback das questões envolvidas. Outro aspecto relevante, diz respeito a algumas dúvidas que os usuários e acompanhantes relataram quanto aos horários de tomada dos medicamentos e reações adversas a medicamentos que apresentam em alguns momentos como dores de estômago e tonturas, entretanto com as ações de orientação e educação em saúde realizadas como adequação dos horários e intervalo entre os medicamentos, pôde-se observar diminuição dos relatos apresentados.

Tabela 2 – Protocolos de imunossupressão prescritos

Protocolo terapêutico	Quantidade de pacientes
Tacrolimo + micofenolatos	15
Tacrolimo + azatioprina	0
Tacrolimo + inibidor da mTOR	2
Ciclosporina + micofenolatos / azatioprina / inibidor da mTOR	9
Inibidor da mTOR + micofenolatos / azatioprina	4
Esquemas livres de corticoides (sem uso desta classe)	24

Fonte: A autora (2022).

Dentre os esquemas de imunossupressão mais prescritos que os pacientes apresentaram, estava o protocolo do Tacrolimo + micofenolatos que é um esquema de elevada especificidade e eficácia para prevenir rejeição aguda, e é considerado o padrão de tratamento em pacientes de alto risco conforme Diretriz Terapêutica de Imunossupressão do Ministério da Saúde. O segundo esquema terapêutico mais prescrito foi Ciclosporina + micofenolatos/azatioprina/inibidor da mTOR, este é considerado um esquema alternativo para os efeitos adversos que o tacrolimo fornece aos pacientes como diabetes e sintomas gástricos, porém a utilização da ciclosporina tem sido relatada na literatura como associada a alta incidência de rejeição aguda do enxerto (KRAMER, 2016).

Além dos esquemas de terapia medicamentosa padrão que são prescritos, há o amplo uso de corticosteroides uma vez que estes são associados para aumento da eficácia terapêutica imunossupressora e a não prescrição desta classe está atrelada a muitos casos de rejeição do órgão (KNIGHT, 2010).

Tabela 3 – Cruzamento entre Adesão ao Tratamento e as variáveis de interesse

VARIÁVEIS	ADESÃO AO TRATAMENTO		p-valor
	NÃO (n = 6)	SIM (n = 24)	
Sexo			
Masculino	3 (50,0%)	16 (66,7%)	0,641
Feminino	3 (50,0%)	8 (33,3%)	
Faixa Etária			
18 a 29 anos	2 (33,3%)	6 (25,0%)	0,515
30 a 49 anos	1 (16,7%)	11 (45,8%)	
Acima de 50 anos	3 (50%)	7 (29,2%)	
Renda			
1 a 3 salários mínimos	3 (50,0%)	10 (41,7%)	0,507
3 a 5 salários mínimos	2 (33,3%)	2 (8,3%)	

Aposentado	0 (0%)	3 (12,5%)	
Do lar	0 (0%)	1 (4,2%)	
Sem vínculo	1 (16,7%)	8 (33,3%)	
Hipertensão arterial - Comorbidade			
Não	2 (33,3%)	9 (37,5%)	> 0,999
Sim	4 (66,7%)	15 (62,5%)	
Diabetes mellitus - Comorbidade			
Não	4 (66,7%)	17 (70,8%)	> 0,999
Sim	2 (33,3%)	7 (29,2%)	
Citomegalovírus - Comorbidade			
Não	5 (83,3%)	22 (91,7%)	0,501
Sim	1 (16,7%)	2 (8,3%)	
Gastrite - Comorbidade			
Não	6 (100,0%)	22 (91,7%)	> 0,999
Sim	0 (0,0%)	2 (8,3%)	
Nº de Comorbidades			
Nenhuma	0 (0,0%)	6 (25%)	0,564
Uma	5 (83,3%)	14 (68,3%)	
Duas ou mais	1 (16,7%)	4 (16,7%)	
Frequência de consulta			
Diária	3 (50,0%)	6 (25%)	0,230
Semanal	3 (50,0%)	10 (41,7%)	
Mensal	0 (0,0%)	8 (33,3%)	

Fonte: A autora (2022).

Analisando os resultados da tabela acima, pode-se afirmar que, para a amostra estudada não existe associação estatisticamente significativa entre adesão ao tratamento e as variáveis sexo, faixa etária, renda, comorbidades e frequência de consultas ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Distribuição por sexo, faixa etária e composição de renda

Em relação ao sexo da população estudada, não houve diferença significativa entre o sexo masculino com maioria em relação ao feminino. Dos indivíduos que constituíram a população estudada, a média de idade foi de 30 a 49 anos. Resultados semelhantes foram descritos por Frazão et al. (2011). Assim, o impacto de uma doença crônica grave na vida desses adultos pode gerar uma percepção menor de sua qualidade de vida e maior interesse em aderir ao tratamento devido aos riscos envolvidos (MARIOTTI, 2009).

Quanto à escolaridade, foi observado que a maioria dos indivíduos sabia ler e escrever, e possuíam composição de renda em torno de 1 a 3 salários-mínimos, o que corrobora melhor compreensão e aceitação do tratamento em questão. Estudos KUSUMOTO et al (2008), observaram resultados semelhantes ao presente estudo. A variável escolaridade não justifica o desenvolver e dificuldades envolvidas nos cuidados e tratamento do processo patológico, mas é um elemento de grande importância no diagnóstico e tratamento precoce, visto que a procura por serviços de saúde acontece ainda na vigência dos sintomas iniciais entre indivíduos com mais escolaridade, talvez por uma maior facilidade de comunicação com o profissional que lhe presta atendimento, contudo não foi o desfecho observado neste estudo (CALADO et al., 2007).

Comorbidades

Segundo Tavares et al (2013), o acompanhamento farmacoterapêutico por parte dos serviços de saúde é fundamental para a gestão compartilhada do tratamento entre profissionais e pacientes, possibilitando a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas. A frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete os pacientes e a predisposição à incapacidade funcional também são relevantes. Esses fatores devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes.

Conforme Aziz et al (2011), as publicações internacionais reconhecem o papel do acesso aos medicamentos para a adequada realização do tratamento por representar em algum grau o nível de organização dos serviços de saúde e farmacêuticos prestados à população. Do ponto de vista teórico, a barreira essencial para o acesso é a disponibilidade. Entretanto, apesar de regê-lo, a disponibilidade não o garante, pois barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e de informação atuam facilitando ou obstruindo a possibilidade de as pessoas obterem seus medicamentos e configuram fatores que interferem na adesão (Travassos et al, 2008). Durante o período deste estudo, os pacientes não tiveram descontinuidade de tratamento de imunossupressores nem de medicamentos para tratamento de suas comorbidades por falta de abastecimento deles, contudo os serviços

farmacêuticos específicos como atenção farmacêutica, orientações ambulatoriais para suporte neste seguimento são inexistentes e necessitam ser aperfeiçoados.

Segundo Remondi et al (2014) e Souza et al (2008), quanto à relação entre a complexidade terapêutica e a não adesão, estudos com métodos semelhantes a este, também não verificaram associação direta, como ocorreu no presente estudo. Num contraponto, existem ainda trabalhos que têm indicado que o alto número de medicamentos assim como a elevada complexidade pode estar associado à maior adesão por interferir na forma com que o indivíduo percebe e lida com sua condição clínica (CHOUDHRY, 2011).

Em relação às causas da DRC e indicação do transplante, o resultado de maior prevalência foi hipertensão arterial sistêmica, seguido de diabetes mellitus e as causas da IRC envolvem as doenças primárias e doenças sistêmicas que acometem os rins e as doenças do trato urinário SANTOS et al (2011). Estudos de SESSO et al (2010), demonstram que as causas mais comuns da DRC são hipertensão, diabetes mellitus e glomerulonefrite. O número de pacientes com DRC vem aumentando devido a maior expectativa de vida da população em geral e ao aumento do número de pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus ou precursores genéticos (ROMÃO JÚNIOR et al., 2003).

Uma vez que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças silenciosas, seus portadores podem desconhecer que as possuem, ou ainda, têm conhecimento, porém não aderem ao tratamento por julgarem-no desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. Assim, o não monitoramento e o tratamento inadequado dessas doenças, com o passar dos anos, desenvolveram lesões lentas e progressivas nos rins, podendo levar à DRC, e compõe sobretudo mais um pilar de inserção para atuação do farmacêutico já que os pacientes acompanhados necessitam dar atenção especial a estas comorbidades também depois do transplantes, assim como os pacientes que possuem diagnóstico positivo para citomegalovírus tem demanda terapêutica diferenciada a fim de evitar a rejeição do enxerto (KUSUMOTO et al., 2008).

Protocolo de imunossupressão

Segundo Hucker et al (2017), mesmo considerando a importância do tratamento em questão, a relevância não justifica uma maior adesão aos

imunossupressores. Muduma et al (2016), afirma que uma vez que a terapia é direcionada na legislação por meio de protocolos clínicos e diretrizes, estabelece o esquema tríplice de medicamentos imunossupressores como a melhor proposta terapêutica, assegurando o acesso e a distribuição gratuita a todos os indivíduos transplantados, e evitando o impacto financeiro negativo na adesão, como foi o caso dos pacientes acompanhados que majoritariamente tiveram prescritos o esquema de tacrolimo, micofenolato e corticosteroides.

Sugere-se que as variáveis que abrangem o contexto familiar, social, laboral e doméstico influenciam diretamente a vida dos indivíduos e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento. A ausência de uma rotina diária pode contribuir para a não adesão a qualquer tratamento, ou mesmo entre os profissionais autônomos que não seguem uma rotina padrão (LEITE, 2018).

Entretanto, as contribuições desse estudo merecem ser consideradas, pois esses resultados mostram que podemos incorporar medidas de adesão na prática clínica do profissional farmacêutico e equipe multidisciplinar para fortalecimento das ações de educação em saúde e orientação aos pacientes transplantados.

Adesão ao tratamento

Para a OMS (2003), a adesão tem relação multidimensional e é determinada pela interação de cinco fatores, nomeados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. A opinião comum de que os pacientes são exclusivos responsáveis por seguir seu tratamento é desafiadora e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento, o que ratifica a boa adesão evidenciada neste estudo a partir das variáveis analisadas (sexo, faixa etária, renda, frequência de consultas, comorbidades, adesão ao tratamento).

De acordo com Gusmão et al (2006), diversos fatores podem interferir na adesão ao tratamento e estão relacionados ao paciente: sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico; à doença: cronicidade, ausência de sintomas e acometimentos tardios; às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais: percepção da importância do problema, grau de instrução, contato com a doença no contexto familiar e autoestima; ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida: custo, efeitos não esperados, esquemas terapêuticos complexos, à

instituição: políticas de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera e tempo de atendimento; e, sobretudo à interação com a equipe de saúde.

Marques et al (2017), tratam a adesão ao tratamento como um meio para se alcançar determinada finalidade, com abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, a fim de reduzir os sinais e sintomas de uma doença. Junior et al e Cintra et al (2010), levantou uma hipótese para justificar a maior adesão ao tratamento em que os indivíduos têm medo de agravo à saúde, alta vontade de viver e a necessidade do cumprimento do tratamento aumentam o grau de motivação para cumprir a terapêutica medicamentosa. Segundo Nevins et al (2017), a não adesão tem sido reconhecida como um grande impedimento para alcance eficaz da imunossupressão, sendo a etiologia da não adesão uma questão multifatorial.

Remondi et al (2014), afirma que a adesão ao tratamento por se tratar de um fenômeno multidimensional e determinado socioculturalmente, se manifesta de forma particular em grupos distintos da população, a partir da localização, hábitos, condições clínicas e organização dos serviços de saúde. De acordo com March et al (2013), a condução de pesquisas capazes de delinear tal fenômeno e retratá-lo em um contexto definido representa uma importante estratégia para comparação, compreensão e produção de evidências para os serviços e profissionais de saúde.

Krousel -Wood et al (2010), traz como limitação em estudo de adesão a utilização de autorrelato para medir a adesão ao tratamento medicamentoso, que pode implicar em erro de recordação e em certo grau de imprecisão das estimativas esperadas e obtidas. Além disso, a ausência de um consenso padrão sobre o método ideal e mais robusto para avaliação da adesão ao tratamento e a variedade dos métodos empregados na literatura dificultam a comparação com outros estudos. No presente estudo, assim como outros autores, observamos limitações como relato próprio dos pacientes, ausência de conhecimento de alguns pacientes sobre o tratamento, intervalo e comparecimento às consultas agendadas no ambulatório de transplante renal.

Santos et al (2013) e Borges et al (2012), traz em estudo que outra limitação se refere à escala utilizada para mensuração do desfecho, que em publicações recentes tem sido apontada como desempenho variável, podendo levar a imprecisões na discriminação da adesão/não adesão. É necessário considerar, todavia, que não há consenso sobre um método específico para avaliar a adesão e

que possa ser definido como padrão-ouro, e que a forma de avaliar a adesão deve considerar os recursos disponíveis, como no caso da ausência de um material padronizado para fornecimento das orientações de alta no serviço que levou à construção da cartilha.

ARTIGO 3

1 INTRODUÇÃO

No que se fala em educação em saúde, podemos definir como conjunto de saberes associados às práticas orientadas com intuito de prevenção de doenças e promoção da saúde. As ações de educação representam um recurso de socialização do conhecimento técnico científico produzido na área da saúde, com mediação por equipes multi e interdisciplinares com a intenção de melhorar processos de qualidade de vida em uma determinada comunidade e seus usuários (GRIPO, 2008).

Promover hábitos e atitudes saudáveis em saúde tem sido o foco em espaços da atenção básica assim como em instituições de grande porte, para o desenvolvimento da fidelização entre equipes e indivíduos que são assistidos em decorrência das práticas de educação em saúde oferecidas (BECKER, 2004).

Na atualidade, a saúde coletiva no Brasil tem construído propostas e instrumentos de intervenção e educação em saúde, com apropriação de novas tecnologias e incorporação de ferramentas que envolvam conhecimento, habilidades didáticas e técnicas, para atuação junto ao núcleo de pacientes e que sejam sensíveis às necessidades das populações (SALAZAR, 2004). Dentre as intervenções e tecnologias empregadas, destacam-se a publicação de materiais e cartilhas com o intuito de dar continuidade a um processo de educação em saúde desenvolvido.

2 OBJETIVO

Apresentar a construção da cartilha informativa que será ferramenta das ações educativas e de reconciliação medicamentosa.

3 METODOLOGIA

A cartilha se destina aos pacientes transplantados e acompanhantes, a ser distribuída no momento da reconciliação de alta durante atendimento farmacêutico para o fornecimento de orientações acerca da importância do tratamento, adesão, medicamentos envolvidos no tratamento e possíveis reações adversas. Esta teve como principal incentivo para sua construção, a possibilidade de orientações efetivas

e cuidado próprio do paciente em ambiente extra-hospitalar guiado por material conciso e de linguagem acessível.

As informações contidas na cartilha foram obtidas a partir de diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde, artigos científicos e manuais de orientação dos usuários. A construção da cartilha foi realizada durante o decorrer do estudo e buscou-se ofertar páginas com espaço destinado ao preenchimento do protocolo de esquema terapêutico que o paciente utiliza, com informações do nome do medicamento, dose, quantidade (com contornos da forma farmacêutica que podem ser pintados no momento da orientação para facilitar o entendimento), horários com símbolos indicando o período do dia e desenho de um relógio para indicar o horário (LIMA, 2017).

A próxima fase envolverá a validação da ferramenta em um próximo estudo por diferentes equipes do transplante de cardiologia, nefrologia e hepatologia, de acordo com suas especificidades, para que haja posterior impressão e utilização na instituição.

4 RESULTADOS

Diante da ausência de um material padronizado que pudesse ser utilizado como instrumento de orientação aos pacientes, sentiu-se a necessidade da criação de uma ferramenta que possa ser reproduzida e utilizada, de maneira personalizada a cada atendimento, como material institucional para este grupo de usuários do serviço e posteriormente ampliado para outras especialidades.

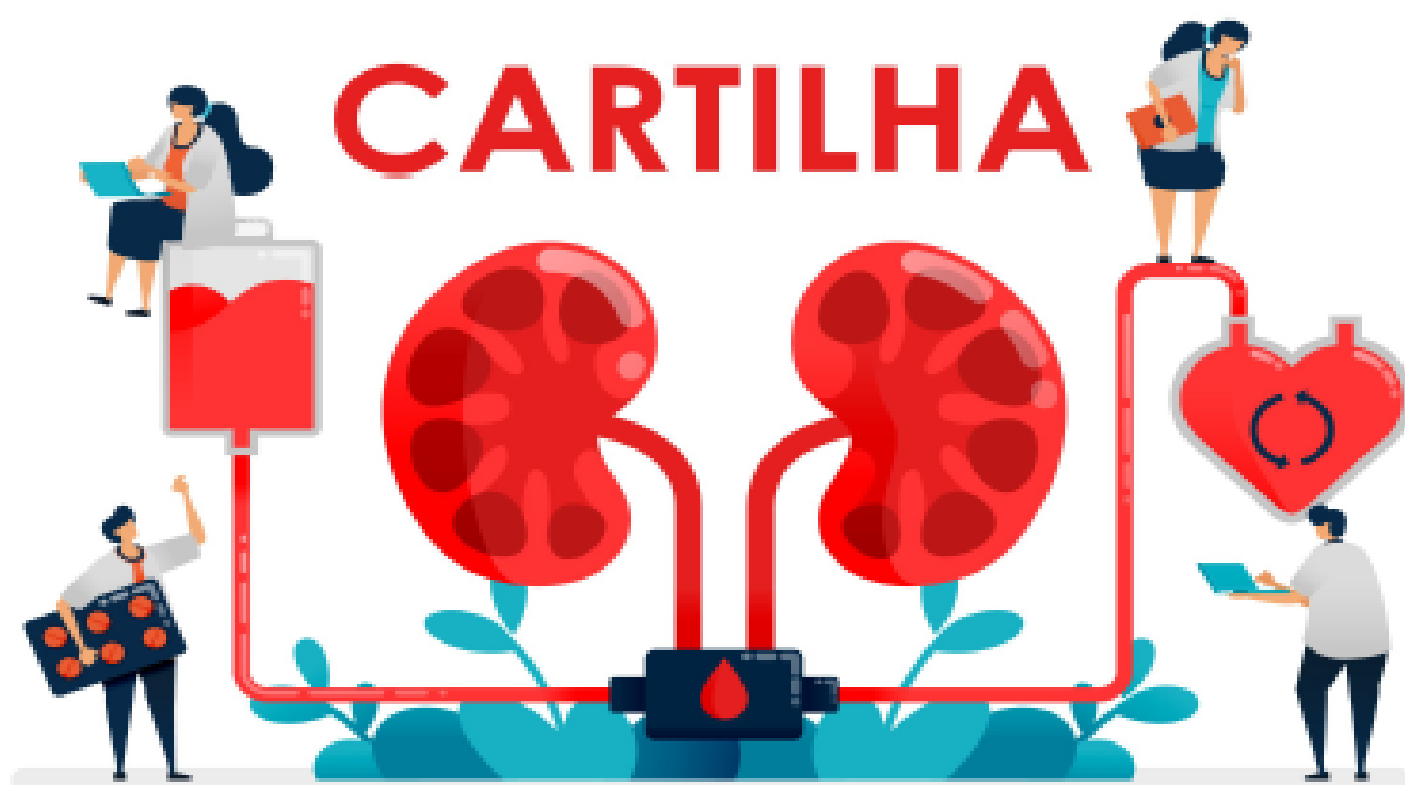
A cartilha como ferramenta de apoio fortalece a atuação do farmacêutico clínico no exercício do cuidado farmacêutico e é um importante material para ser utilizado nas ações de educação em saúde, com foco no aumento da adesão ao tratamento.

O material elaborado contém uma seção para registro dos dados do paciente, seção introdutória sobre transplantes, espaço destinado ao registro de aferição de sinais como pressão arterial e glicose, seção para preenchimento do protocolo de imunossupressão que o paciente faz uso, seção com informações sobre os medicamentos imunossupressores mais prescritos, o que fazer quando esquecer de tomar os medicamentos e caso esqueça marcar em tabela específica, seção ilustrativa para preenchimento durante orientações de alta com marcação dos

horários e pintura da respectiva quantidade de comprimidos prescritos para facilitar a compreensão dos pacientes e cuidadores, sessão informativa sobre as interações que podem ocorrer entre medicamentos e alimentos, reações adversas que os pacientes podem apresentar e espaço para anotações gerais caso necessário.

No início diagnóstico situacional por meio das necessidades observadas e apresentadas nas entrevistas com o objetivo de traçar as seções que deveriam estar dispostas na cartilha. Em seguida, foram elaborados os textos de forma clara e sucinta, abordando em seu conteúdo aspectos pertinentes para tratamento adequado e melhor adesão dos pacientes. Posteriormente, foi confeccionado a ilustração, disposição das figuras de modo atrativo, lúdico, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural do público-alvo que o profissional de saúde deve considerar para elaborar materiais educativos impressos de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes, de acordo com o padrão de especialistas na área (LIMA et al, 2017).

Figura 1 – Cartilha educativa



ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM PACIENTES TRANSPLANTADOS

LUCAS ERMANDO RICARDO DA SILVA
Farmacêutico Residente
SUELLEN KARLA SILVA GUERRA
Farmacêutica



SUMÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS.....	02
O TRANSPLANTE.....	03
AFERIÇÃO.....	04
PROTOCOLOS.....	05
ESQUECIMENTO DA DOSE.....	06
ORIENTAÇÕES SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS.....	07
REAÇÕES ADVERSAS.....	09
COMO TOMAR MEDICAMENTOS?.....	11
ALIMENTOS.....	13
ANOTAÇÕES.....	14

INFORMAÇÕES GERAIS DO PACIENTE



DADOS DO PACIENTE

REG	NOME DO PACIENTE			
DATA DE NASCIMENTO	GÊNERO		TELEFONE 1	TELEFONE 2
	☐ Masculino	☐ Feminino		

LOCALIZAÇÃO

ENDEREÇO	Nº	BAIRRO
COMPLEMENTO	PORTO DE REFERÊNCIA	CIDADE

HISTÓRICO CLÍNICO

COMORBIDADES		ÓRGÃO TRANSPLANTADO	
☐ Hipertensão Arterial	☐ Nefropatia/Hepatopatia	☐ Rins	☐ Córneas
☐ Diabetes	☐ Problemas Cardiovasculares	☐ Fígado	☐ Medula óssea
☐ Imunossuprimido	☐ Problemas Respiratórios	☐ Pâncreas	☐ Coração
Observações			

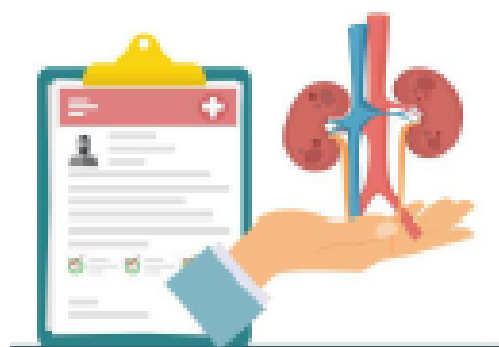
O TRANSPLANTE

Os transplantes surgiram no final do século XIX, com o objetivo de aumentar a taxa de sobrevivência de pacientes que possuíam uma doença que acometia um órgão de forma irreversível.

O procedimento cirúrgico consiste na substituição do órgão não funcional, pelo sadio de um doador. No entanto, a cirurgia não garante que o indivíduo está totalmente curado, em razão do risco de rejeição do órgão transplantado.

Os medicamentos imunossupressores **prescritos pós procedimento**, auxiliam para evitar essa rejeição, e consequentemente aumentar a expectativa de vida do paciente.

Porém, torna-se extremamente fundamental o papel do mesmo no autocuidado, **tomando os medicamentos de forma correta** assim como prescrita, para o sucesso da terapêutica e evitar riscos de internamentos em hospitais.



[illegible]



PROTOCOLOS

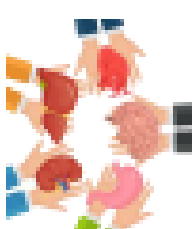
DATA PROTOCOLO/JUSTIFICATIVA	MEDICAMENTO 1 MEDICAMENTO 2 MEDICAMENTO 3
DATA PROTOCOLO/JUSTIFICATIVA	MEDICAMENTO 1 MEDICAMENTO 2 MEDICAMENTO 3
DATA PROTOCOLO/JUSTIFICATIVA	MEDICAMENTO 1 MEDICAMENTO 2 MEDICAMENTO 3



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA
UNIDADE GERAL DE TRANSPLANTES - UGT

NOME DO PACIENTE

PRELÍCIO



ORIENTAÇÕES SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSE	QUANTIDADE	MANHÃ	TARDE	NOITE

REAÇÕES ADVERSAS

Os medicamentos são utilizados para o tratamento de doenças e sintomas com o objetivo principal em melhorar a qualidade de vida das pessoas.

No entanto, a grande maioria provoca alguns efeitos colaterais, em razão de agirem em outros locais no organismo. Estes problemas devem ser relatados aos profissionais de saúde (**Farmacêuticos, Médicos e Enfermeiros**).

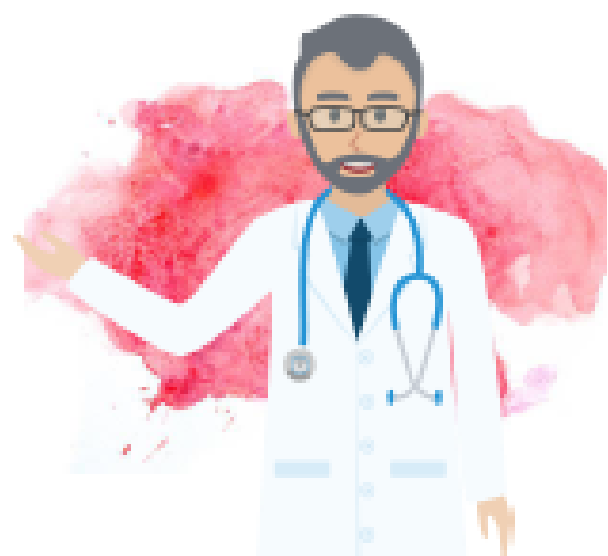


Os medicamentos são **seguros**, nos quais antes de serem disponibilizados para o consumo humano, são realizados inúmeros testes que garantem sua eficácia e

REAÇÕES ADVERSAS

☒ **NÃO** suspender o medicamento por conta própria, pelo surgimento dos efeitos colaterais, pois esta atitude **prejudica** o progresso do seu tratamento;

☒ **NÃO** ter medo de tomar o medicamento depois de um histórico de efeitos adversos.



Caso o efeito persista e incomode constantemente, informe ao profissional de saúde para que ele, e **somente ele**, possa avaliar a melhor conduta terapêutica, seja reduzindo a dosagem ou suspendendo os remédios, com o objetivo em diminuir os problemas relatados.

COMO TOMAR O MEDICAMENTO?



Siga as recomendações prescritas pelo médico para que o medicamento faça seu efeito terapêutico. Sempre relate suas dúvidas ao profissional da saúde.

AZATIOPRINA

Quando tomada com alimento ou leite tem o seu efeito reduzido, diante disso, é recomendado ingerir com água.



1 hora antes ou 3 horas após as refeições.

MICOFENOLATO DE SÓDIO

A presença de alimentos reduz as concentrações do medicamento no organismo, **preferencialmente em jejum.**



1 hora antes ou 2 horas após a ingestão de alimentos.

COMO TOMAR O MEDICAMENTO?



TACROLIMUS

O Tacrolimus deve ser tomado preferencialmente com água e com estômago vazio



1 hora antes ou 2-3 horas após as refeições.

CICLOSPORINA

A ciclosporina deve ser tomada com água, com ou sem presença de alimentos.

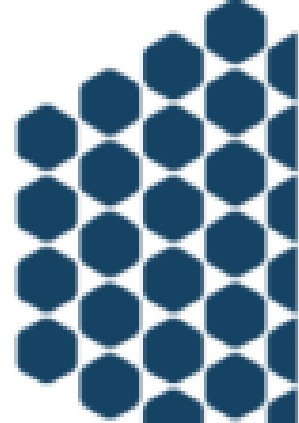
SIROLIMUS

O Sirolimus deve ser tomada com água, com ou sem presença de alimentos.

ANOTAÇÕES



A large rectangular area with a red border, containing 15 horizontal dotted lines for writing notes.



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA



ENDEREÇO

Rua dos Coelhos, 300,
Boa Vista, Recife-PE.



CONTATO



E-MAIL

5 CONCLUSÃO

O levantamento do panorama nacional do transplante renal no Brasil permitiu inferir que o aperfeiçoamento do programa nacional de transplantes e os esforços para o incentivo do aumento do número de doadores comprova que o SUS tem sido efetivo em suas diferentes instâncias na assistência de pacientes transplantados, além do fornecimento de medicamentos do componente excepcional do Ministério da Saúde e configura o cenário ideal de atuação de acompanhamento do farmacêutico desde o período de preparação até o pós-transplante. Além disso, a implantação e utilização de tecnologias em saúde, bem como a relevância da atuação farmacêutica na cadeia de processos.

A partir do estudo realizado, conclui-se que o êxito terapêutico tem relação com a adesão ao tratamento, assim como ocorre de maneira mais efetiva quando subsidiado por uma equipe multidisciplinar fornecendo a assistência ideal que estes pacientes necessitam, contudo não se estabeleceu relação direta entre a não adesão ao tratamento e as variáveis analisadas. A utilização de drogas imunossupressoras requer um alto padrão de acompanhamento e adesão medicamentosa constante, na medida em que as adequações clínicas efetuadas na terapêutica precisam ser adaptadas e efetivadas para a rotina dos usuários, inclusive dos que não possuem grau de instrução adequado para adesão ao tratamento com total independência.

O quadro clínico inerente do paciente de transplante renal e as comorbidades que este possui, indicam uma demanda relevante para que haja atuação do farmacêutico clínico em nível de internamento e ambulatorial, com estruturação e segurança na realização do tratamento, demonstrada ao longo do estudo.

Conforme ausência de padronização na reconciliação de alta dos pacientes transplantados, viu-se a necessidade de construção de cartilha informativa como ferramenta de apoio para ações de educação em saúde no ambulatório de transplante renal.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. et al. **Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.
- ARAÚJO, M. E. A.; SILVA, M.T.; ANDRADE, K. R. C.; GALVÃO, T.F.; PEREIRA, M.G. **Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise**. *Epidemiol Serv Saúde Epidemiol E Serviços Saúde*. 2017.
- AZIZ, M. M.; CALVO, M. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; XAVIER, A. J.; D'ORSI E. **Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional**. *Cad Saúde Pública*, 2011.
- BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N. R.; BONATTO, D.; SOUZA, R. **Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde**. *Ciência Saúde Coletiva*. 2004.
- BLOCH, K. V.; MELO, N.A.; NOGUEIRA, A.R.; **Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão**. *Cad. Saúde Pública*. 2008.
- BOING, A.C.; BERTOLDI, A.D.; BOING, A.F.; BASTOS, J.L.; PERES, K.G. **Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. abr 2013.
- BORGES, J. X. P.; MOREIRA, T. M. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA, C. J. **Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa**. *Rev Esc Enferm, USP*, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 1, de 05 de janeiro de 2021. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Imunossupressão em Transplante Renal**. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS no 712, de 13 de agosto de 2014. **Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da imunossupressão no transplante renal** [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, ago 2014.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde Portaria Conjunta Nº 2 de 05 de Janeiro de 2021: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para imunossupressão no Transplante Cardíaco**. [s.l.: s.n.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeutica-s-pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-2_2021_pcdt-imunossupressao-no-transplante-cardiaco.pdf>.

BROWN, M.T.; BUSSEL, J.K. **Medication adherence: who cares?** Mayo Clin Proc. 2011.

CALADO, I. L. et al. **Avaliação nutricional de pacientes renais em programa de hemodiálise em um Hospital Universitário de São Luís do Maranhão.** J Bras Nefrol., v. 29, n. 4, p. 215-21, 2007.

CAMARGO, L.A.; CAPITÃO, C.G.; FILIPE, E. M. V. **Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/AIDS.** Psico-USF. 2014.

CARNEY, E. F. **The impact of donor CMV infection on kidney graft outcome.** Nat Rev. Nephrol. 2013.

COELHO, E.B.; et al. **Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos.** Arq. Bras. Cardiol. 2005.

DE LUCENA, D. D.; RANGEL, E. B. **Glucocorticoids use in kidney transplant setting.** Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2018.

DENHAERYNCK, K.; BERBEN, L.; DOBBELS, F.; RUSSELL, C. L.; CRESPO-LEIRO, M. G.; PONCELET, A. J.; et al. **Multilevel factors are associated with immunosuppressant non adherence in heart transplant recipients: the international BRIGHT study.** Am J Transplant. 2018.

DOS SANTOS, W. N.; ROCHA, F. C. V.; RIBEIRO, ÍTALO A. P.; COQUEIRO, J. M. **Atuação do enfermeiro nas complicações decorrentes do transplante renal: uma revisão de literatura.** Uningá Review, [S. l.], v. 25, n. 1, 2016.

EKBERG, H.; TEDESCO-SILVA, H.; DEMIRBAS, A.; VÍTKO, S.; et al. **Reduced exposure to calcineurin inhibitors in renal transplantation.** N Engl J Med. 2007.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Rev. Para. Med, 2009.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. **Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise.** Rev. Enferm. UERJ, v. 19, n. 4, p. 577-82, 2011.

GÓMEZ et al. **Resource allocations and disparities in the Brazilian health care system: insights from organ transplantation services.** BMC Health Serv Res [Internet]. 2018.

GRIFO, M. L.; FRACOLLI, L. A. **Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania.** Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2008.

GUSMÃO, J. L. **Adesão ao tratamento – conceitos**. Rev Bras Hipertens vol.13(1): 23-25, 2006.

HALLER, M. C.; ROYUELA, A.; NAGLER, E. V.; PASCUAL, J.; WEBSTER, A. C. **Steroid avoidance or withdrawal for kidney transplant recipients**. Cochrane Database Syst Rev. 2016.

HANSEN, L. O.; YOUNG, R. S.; HINAMI, K. et al. **Intervention stored uce 30-day rehospitalization: a systematic review**. Ann Intern Med. 2011.

HUCKER, A.; BUNN, F.; CARPENTER, L.; LAWRENCE, C.; FARRINGTON, K.; SHARMA, S. **Non-adherence to immunosuppressants following renal transplantation: a protocol for a systematic review**. BMJ Open. 2017.

JOHNSON, C.; AHSAN, N.; GONWA, T. et al. **Randomized trial of tacrolimus (Prograf) in combination with azathioprine or mycophenolatemofetil versus cyclosporine (Neoral) with my cophenol at emofetil after cadaveric kidney transplantation**. Transplantation. 2000.

JÚNIOR, D. M.; CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A. **Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial**. Cienc Saude Coletiva, 2010.

KDIGOKTW, G. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients**. Am J Transplant. 2009.

KIZER, K.W. **The “new VA”: a national laboratory for healthcare quality management**. Am J Med. 1999.

KNIGHT, S. R.; MORRIS, P. J. **Steroid avoidance or with draw al after renal transplantation increases the risk of a cute rejection but decreases cardiovascular risk. A meta-analysis**. Transplantation. 2010.

KNIGHT, S. R.; MORRIS, P.J. **Steroid avoidance or withdrawal after renal transplantation increases the risk of acute rejection but decreases cardiovascular risk. A meta-analysis**. Transplantation. 2010.

KNIGHT, S. R.; RUSSEL, N. K.; BARCENA, L.; MORRIS, P. J. **Mycophenol at emofetil decreases acute rejection and may improve graft survival in renal transplant recipients when compared with azathioprine: a systematic review**. Transplantation. 2009.

KRAMER, B. K.; MONTAGNINO, G.; KRUGER, B.; MARGREITER, R. et al. **Efficacy and safety of tacrolimus compared with ciclosporin-A in renal transplantation: 7-year observation al results**. Transpl. Int. 2016.

KROUSEL-WOOD, M.A.; MUNTNER, P.; ISLAM, T.; MORISKY, D.E.; WEBBER, L.S. **Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults**. Med Clin North Am. 2009.

KUSUMOTO, L. et al. **Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde**. *Acta Paul Enferm.*, v. 21, n. 1, p. 52-159, 2008.

LEITE, R. F. et al. **Mensuração da adesão aos medicamentos imunossupressores em receptores de transplante renal**. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2018.

LIBORIO, A. B.; MENDOZA, T. R.; ESMERALDO, R. M.; OLIVEIRA, M. L.; PAES, F. J.; SILVA, J. G. B. et al. **Induction antibody therapy in renal transplantation using early steroid withdrawal: long-term results comparing anti-IL2 receptor and anti-thymocyte globulin**. *Int. Immunopharmacol.* 2011.

LIM, M. A.; BLOOM, J. K. R. D.; **Immunosuppression for kidney transplantation: Where are we now and where are we going?** *Transplantation Reviews*, Volume 31, Issue 1, 2017.

LIMA, A. A. F. **Donation of organs for transplant: ethical conflicts in the perception of professionals**. *O Mundo da Saúde. Rivew paper* 36 (1):27-33 São Paulo, 2012.

LIMA, A. C. M. A. C. C.; BEZERRA, K. C.; SOUSA, D. M. N.; ROCHA, J. F.; ORIÁ, M. O. B. **Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission**. *Acta Paul Enferm.*, 30(2), 181-189. 2017.

LOW, J.K.; WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; CRAWFORD, K. **Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review**. *Nephrol Dial Transplant.* 2015;30(5):752-761.
<https://doi.org/10.1093/ndt/gfu204>. Epub. 2014.

MANSOUR, S. N.; MONTEIRO, C. N.; LUIZ, O. C. **Adherence to medication among hyper tensive patients participating in the Medicine at Home Program**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(3):647-654, jul-set 2016.

MARCHI, K.C.; CHAGAS, M.H.N.; TUMAS, V.; MIASSO, A.I.; CRIPPA, J.A.S.; TIRAPELLI, C.R. **Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado**. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2013.

MARIOTTI, M. C. **Qualidade de vida na hemodiálise: impacto de um programa de terapia ocupacional**. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Paraná Curitiba, 2009.

MARSICANO-SOUZA, E. O. et al. **Nonadherence to immunosuppressives and treatment in kidney transplant: ADHERE BRAZIL Study**. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 33, 31 maio 2021.

MARQUES, T. M. de M.; COSTA, R. M. do A.; SOUTO, F. C. de O.; DE FRANÇA, A. M. B. **Qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante renal**. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 119, 2017.

MARSICANO, E.O.; FERNANDES, N.S.; COLUGNATI, F.; GRINCENKOV, F.R.; FERNANDES, N.M.; DE GEEST, S.; et al. **Transcultural adaptation and initial validation of Brazilian-Portuguese version of the Basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants**. BMC Nephrol. 2013.

MARTINS, B. C. C. et al. **Atenção farmacêutica para pacientes transplantados em um hospital universitário: intervenções farmacêuticas realizadas**. 2012.

MASSEY, E. K.; TIELEN, M.; LAGING, M.; TIMMAN, R.; BECK, D. K.; KHEMAI, R. et al. **Discrepancies between Beliefs and Behavior: A Prospective Study into Immunosuppressive Medication Adherence after Kidney Transplantation**. Transplantation, 99, 375-380. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doação de órgãos: transplantes, lista de espera e como ser doador** [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

MUDUMA, G.; ODEYEMI, I.; SMITH-PALMER, J.; POLLOCK, R. F. **Review of the Clinical and Economic Burden of Antibody-Mediated Rejection in Renal Transplant Recipients**. Adv Ther. 2016.

NAESENS, N.; BERGER, S.; BIANCONE, L. et al. **Lymphocyte-depleting induction and steroid minimization after kidney transplantation: A review**. Nefrologia. 2016.

OMS. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization. 2003.

O'LEARY, J. G. et al. **The Influence of Immunosuppressive Agents on the Risk of De Novo Donor-Specific HLA Antibody Production in Solid Organ Transplant Recipients**. Transplantation, v. 100, n. 1, p. 39–53, jan. 2016.

PASCUAL, J. **Steroid avoidance or withdrawal in kidney transplantation**. Curr Opin Organ Transplant. 2011.

PASCUAL, J.; GALEANO, C.; ROYUELA, A.; ZAMORA, J. **A systematic review on steroid withdrawal between 3 and 6 months after kidney transplantation**. Transplantation. 2010.

PASCUAL, J.; ROYUELA, A.; GALEANO, C.; CRESPO, M.; ZAMORA, J. **Very early steroid withdrawal or complete avoidance for kidney transplant recipients: a systematic review**. Nephrol Dial Transplant. 2012.

PASCUAL, J.; ZAMORA, J.; GALEANO, C.; ROYUELA, A.; QUEREDA, C. **Steroid avoidance or withdrawal for kidney transplant recipients**. Cochrane Database Syst Rev. 2009.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Cadernos de Saúde Pública. 2014.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. et al. **Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil**. J Bras Nefrol., v. 25, n. 4, p. 188-99, 2003.

SALAZAR, L.; VÉLEZ, J. A. **Hacia la búsqueda de efectividad em promocion de la salud en América Latina**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004.

SANTOS et al. **Percepção de pessoas submetidas ao transplante renal sobre a doação de órgãos**. ABCS Health Sci [Internet]. 43(1):30-35; 2018.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. **Qualidade de vida de clientes em hemodiálise**. Esc Anna Nery, v. 15, n. 1, p. 31-8, 2011.

SCHOLD, J. D.; KAPLAN, B. **AZA/tacrolimus is associated with similar outcomes as MMF/tacrolimus among renal transplant recipients**. Am J Transplant. 2009.

SESSO, R. C. C. et al. **Censo brasileiro de diálise, 2009**. J Bras Nefrol., v. 32, n. 4, p. 380-384, 2010.

SESSO, R. et al. **Relatório do Censo Brasileiro de Diálise**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v.30, n.4, São Paulo, 2008.

SILVA, A.C.R.; PAULA, T.A. **Qualidade de vida em fase pós transplante renal**. Biblioteca Atualiza. Salvador, 2013.

SILVA, D. S.; LIVRAMENTO, M. L.; PEREIRA, L. M.; NETO E. D. **Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal**. J. Bras. Nefrol. 2009.

SOARES, L. S. S. et al. **Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. 2010.

STEINER, J.F.; PROCHAZKA A.V. **The assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity, and applications**. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(1):105-116. doi:10.1016/s0895-4356(96)00268-5

TABER, D.J; FLEMING, J.N.; FOMINAYA, C.E.; GEBREGZIABHER, M.; Hunt, K.J.; Srinivas, T.R.; et al. **The impact of healthcare appointment non adherence on graft outcomes in kidney transplantation**. Am J Nephrol. 2017.

TAKAHASHI, A.; HU, S. L.; BOSTOM, A. **Physical Activity in Kidney Transplant Recipients: A Review**. American Journal of Kidney Diseases, v. 72, n. 3, p. 433–443, set. 2018.

TAVARES, M. G.; JUNIOR, H. T.; PESTANA, J. O. M. **Readmissão hospitalar precoce no transplante renal**. Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.) 2020.

TAVARES, N. U. L. et al. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos**. Revista de Saúde Pública. 2013.

THOMÉ et al. **Inquérito brasileiro de diálise crônica 2017**. Braz J Nephrol [Internet]. 41(2):208-14 ;2019.

UNGARI, A. Q.; FABBRO, A. L. D. **Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program**. Braz J Pharm Sci, 2010.

VASCONCELOS et al. **Avaliação laboratorial de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes**. Ver. Rene [Internet]. 15(2):273-81; 2014.

WAGNER, M.; EARLEY, A. K. et al. **Mycophenolic acid versus azathioprine as primary immunosuppression for kidney transplant recipients**. Cochrane Database Syst Rev. 2015.

WAGNER, M.; EARLEY, A. K.; WEBSTER, A. C. et al. **Mycophenolic acid versus azathioprine as primary immunosuppression for kidney transplant recipients**. Cochrane Database Syst Rev. 2015.

WENG, L.-C. et al. **Factors that determine self-reported immunosuppressant adherence in kidney transplant recipients: a correlational study**. Journal of Advanced Nursing, v. 73, n. 1, p. 228–239, 16 set. 2016.

WOODLE, E. S.; FIRST, M. R.; PIRSCH, J. et al. **A prospective, randomized, doubleblind, placebo-controlled multi-center trial comparing early (7 day) corticosteroid cessation versus long-term, low-dose corticosteroid therapy**. Ann Surg. 2008.

YANG, S. **Impacto fpharmacist-led medication management in care transitions**. BMC Health Serv Res. 2017.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa AVALIAÇÃO DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS PÓS TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL DE RECIFE porque está sendo atendido (a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, deve entrar em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, ficará com você, participante desta pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DE PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a adesão ao tratamento de pacientes na fase pós transplante renal.

PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Você participará respondendo um formulário e uma consulta ambulatorial, realizada pela pesquisadora Suellen Karla Silva Guerra, sendo livre para responder aquilo que achar proveitoso acerca do tema proposto. Esse procedimento tem duração variável entre 20 e 30 minutos e, ao final do questionário, você receberá uma cópia do TCLE, ressaltando a importância do armazenamento deste para eventuais esclarecimentos posteriores. O critério de confidencialidade da pesquisa será mantido em sigilo. Sua identidade não será divulgada em nenhum momento durante a pesquisa.

BENEFÍCIOS

O participante desta pesquisa terá como benefício um reconhecimento de quais barreiras podem influenciar na adesão terapêutica ao tratamento medicamentoso, bem como orientações básicas sobre o impacto da adesão para o controle da doença e prevenção de agravos.

O estudo também promoverá como benefício para a comunidade científica e clinicada dos norteadores sobre fatores que podem estar associados ao nível de adesão terapêutica ao tratamento pós transplante renal, facilitando um direcionamento de intervenções e ações profissionais para um melhor desfecho em saúde da população e tratamentos pós transplante mais efetivos.

RISCOS

Os riscos que esta pesquisa pode oferecer são de sensação de perda de tempo e cansaço por parar suas atividades, constrangimento, medo, receio ou sensibilização emocional. No caso de algum constrangimento, você poderá não participar ou desistir da pesquisa. O instrumento de coleta priorizará apenas questões necessárias, de modo que o seu tempo seja valorizado. Os riscos particulares, como por exemplo, o vazamento de informações, contudo os pesquisadores terão máximo cuidado e responsabilidade no manejo das suas informações, garantindo sigilo, tomando medidas preventivas e seguindo orientações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

CUSTOS

A participação do estudo não acarretará custos para você, nem você receberá retorno financeiro pela participação.

CONFIDENCIALIDADE

Caso você decida participar da pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidos de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de se ter a garantia do anonimato e apenas os pesquisadores autorizados terão acessos aos dados individuais, resultados e as demais informações do seu registro. Mesmo quando esses dados forem utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação é voluntária e você é livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma. Caso decida interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida e todas as informações de seus dados excluídos da pesquisa.

ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

Você poderá ter acesso a qualquer resultado relacionado à pesquisa e, caso tenha interesse, poderá receber uma cópia destes resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você terá garantia de acesso à informação em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Então, em caso de dúvidas, entre em contato com os pesquisadores responsáveis: Karina Perrelli Randau, Ítala Morgânia Farias da Nóbrega e Suellen Karla Silva Guerra, no telefone (81) 99788-4112, de 2ª a 6ª feira no horário de 08:00 às 12:00 ou de 13:30 as 17:00. Ou através do e-mail: suellenkarlaguerra@gmail.com

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) do IMIP. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-IMIP, que objetiva defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelho, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81) 2122-4756 – E-mail: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

O Termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e a outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, os riscos, os benefícios e a garantia de

esclarecimentos permanentes. Entendi também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e que minhas dúvidas serão explicadas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e será assegurado o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o andamento da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma.

Eu, por intermédio deste, () CONCORDO () NÃO CONCORDO, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

____/____/_____
Data

Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial

____/____/_____
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante de pesquisa acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção

____/____/_____
Data do Termo

Rubrica do participante da pesquisa

Rubrica do pesquisador

APÊNDICE B – FORMULÁRIO

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Sexo:

Masculino ()

Feminino ()

4. Renda familiar mensal (em salários mínimos):

() 1 a 3 salários

() 3 a 5 salários

() 5 a 7 salários

() 7 a 10 salários

() 10 a 15 salários

() acima de 15 salários

5. Diagnóstico prévio que levou a indicação para transplante renal:

6. Frequência de ida as consultas ambulatoriais:

7. Comorbidades:

8. Medicamentos utilizados:

9. Adesão ao tratamento quanto ao cumprimento dos horários:

Sim ()

Não ()

10. Ocorrência de interações medicamentosas:

Sim ()

Não ()