

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**DANIELA EMERIM BORGES**

**SEGUIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PELO  
TRANSPLANTADO RENAL**

**Porto Alegre**

**2013**

**DANIELA EMERIM BORGES**

**SEGUIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PELO  
TRANSPLANTADO RENAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem  
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
elaborado como requisito parcial para obtenção do  
título de enfermeiro.

Orientadora: Profa Dra Elisabeth Gomes da Rocha  
Thomé

**Porto Alegre**

**2013**

Dedico esse trabalho aos meus pais, Adriana e Ronaldo, por não medirem esforços para me proporcionar uma educação de qualidade, valorizando e priorizando sempre meus estudos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus por ter me dado saúde e força para realizar esse trabalho, por ter me dado uma família maravilhosa que foi fundamental para que eu concluísse essa etapa, e por ter me rodeado de pessoas iluminadas que me ajudaram nesse propósito.

Aos meus pais, por me oferecerem sempre toda a estrutura para que eu alcance meus objetivos e ao meu irmão, meu grande parceiro, que está sempre me acompanhando e me proporcionando momentos de muita diversão.

Ao meu namorado, por ter me ajudado tanto nesse trabalho, principalmente nas questões que envolveram informática, e por ter tentado amenizar a minha ansiedade nesse período.

À minha orientadora e amiga, professora Elisabeth Thomé, por essa caminhada que fizemos juntas, por ter tentado sempre resolver os problemas que surgiram e por ter me orientado nesse estudo e, algumas vezes, na vida.

À enfermeira Maria Conceição Proença, por ter sido totalmente disponível sempre que precisei, por muito ter me incentivado nas questões científicas e, conseqüentemente, contribuído com o meu crescimento acadêmico.

À professora Denise Tolfo, pela disponibilidade, atenção e amizade.

À professora Anne Marie Weissheimer, pela compreensão e pela disponibilidade.

Ao Grupo de Pesquisas em Nefrologia e Transplante Renal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ter estimulado e colaborado na construção dessa pesquisa.

À equipe de enfermagem do Serviço de Nefrologia do HCPA, que gentilmente me acolheu no estágio curricular III e muito me ensinou sobre essa área que eu tanto adoro.

À minha amiga Jéssica Teles por ter contribuído com a sua experiência na iniciação científica e por ter seguido comigo essa jornada, tornando-a muito mais agradável.

*“Não sei... Se a vida é curta  
Ou longa demais pra nós,  
Mas sei que nada do que vivemos  
Tem sentido, se não tocamos o coração das  
pessoas.  
Muitas vezes basta ser:  
Colo que acolhe,  
Braço que envolve,  
Palavra que conforta,  
Silêncio que respeita,  
Alegria que contagia,  
Lágrima que corre,  
Olhar que acaricia,  
Desejo que sacia,  
Amor que promove.  
E isso não é coisa de outro mundo,  
É o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela  
Não seja nem curta,  
Nem longa demais,  
Mas que seja intensa,  
Verdadeira, pura...  
Enquanto durar.”*

**(Cora Coralina)**

## RESUMO

O transplante renal é considerado por muitos profissionais da saúde a mais eficiente terapia substitutiva renal, por proporcionar maior qualidade de vida, se comparado à diálise. Entretanto, para a manutenção do enxerto, é necessário o seguimento de um complexo tratamento medicamentoso que pode trazer implicações para a vida dos transplantados. Esse trabalho objetivou identificar as formas como o seguimento do tratamento medicamentoso pelo transplantado renal acontece, através de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. O local do estudo foi o ambulatório de transplante renal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a coleta de dados deu-se através de entrevistas estruturadas, com 78 transplantados renais. Para a análise descritiva dos dados, calcularam-se as frequências das características avaliadas. Os resultados demonstraram que essa população tinha maioria do sexo masculino, entre 50 e 65 anos e apresentava vulnerabilidades sociais como escolaridade e renda baixas. Predominaram os tratamentos prévios por hemodiálise e os transplantes com doadores falecidos. Os imunossupressores mais utilizados foram prednisona, micofenolato (mofetil ou sódico) e tacrolimus. Antiulcerosos, anti-hipertensivos e antibiótico profilático também apareceram consideravelmente. Encontrou-se maioria dos pacientes comprometida com o tratamento medicamentoso. O Sistema Único de Saúde apareceu como fonte principal de acesso aos medicamentos e 43,6% admitiu necessitar de auxílio para manter o tratamento. A maioria dos transplantados negou interferências, 91% conhecia a importância e 76,9% reconheceu a dependência desse tratamento. Concluiu-se que a maior parte dos transplantados menospreza os efeitos colaterais e eventos adversos dos medicamentos utilizados, fato creditado ao entendimento dos medicamentos como substitutos da desgastante terapia dialítica.

**Palavras-chave:** Transplante de rim. Quimioterapia. Uso de medicamentos. Conduta do tratamento medicamentoso.

## ABSTRACT

Kidney transplantation is considered by many health professionals as the most efficient renal replacement therapy by providing higher quality of life compared to dialysis. However, to keep the graft, it's necessary to follow a complex medical treatment that could have implications for the life of graft recipients. The aim of this study was to identify how the following of drug therapy for kidney transplant occurs. This is a descriptive, transversal and quantitative study, which was placed at the kidney transplant ambulatory of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Data was collected through structured interviews with 78 kidney transplanted. For the descriptive analysis, the frequencies of traits were calculated. The results showed that this population was mostly male, between 50 and 65 years and presented social vulnerabilities as low education and income. Previous treatments by hemodialysis and transplants from deceased donors were prevalent. Immunosuppressive drugs most used were Prednisone, Mycophenolate (mofetil and sodium) and Tacrolimus. Omeprazole, antihypertensive drugs and prophylactic antibiotic also appeared considerably. Most of the patients was committed with drug treatment. The Sistema Único de Saúde appeared as the main source of access to medicines and 43.6% admitted needing some kind of assistance to sustain the treatment. Most transplanted Said that the treatment didn't interfere in their lives , 91% knew its importance and 76.9% recognized their dependence on it. Most transplanted underestimates the collateral effects and adverse events caused by the use of the drugs, probably because they see the drugs as substitutes for the exhausting dialysis.

**Key-words:** Kidney transplant. Chemotherapy. Use of medications. Drug therapy conduct.

## LISTA DE TABELAS

<b>1</b>	<b>Perfil epidemiológico dos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>Medicamentos em uso pelos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>Caracterização do tratamento seguido pelos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>23</b>

## LISTA DE DIAGRAMAS

<b>1</b>	<b>Dependência de auxílio para o seguimento do tratamento pelos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>Conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre o tratamento.....</b>	<b>22</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>Local da Pesquisa.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>16</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>17</b>
<b>3.5</b>	<b>Análise dos Dados.....</b>	<b>17</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
	<b>APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>37</b>
	<b>APÊNDICE B: Instrumento para coleta de dados.....</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXO A: Aceite da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem.....</b>	<b>40</b>
	<b>ANEXO B: Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a prevalência da doença renal crônica (DRC) é de 450 a 500 doentes por um milhão de habitantes, e cerca de 10 milhões de pessoas têm alguma disfunção renal, o que significa 10% da população total. Estudos indicam que a prevalência da DRC é de 7,2% para pessoas acima de 30 anos e de 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos, sendo aproximadamente 57% desses pacientes do sexo masculino. Nos últimos 10 anos, houve um aumento significativo no número de pacientes em tratamento dialítico no Brasil, passando de 46 mil em 2001 para mais de 91 mil pacientes em 2011 (SBN, 2012).

Romão Jr. (2004, p.1) define a doença renal crônica como “lesão renal com perda progressiva e irreversível da função – glomerular, tubular e endócrina - dos rins”, no entanto, atualmente, alterações na taxa de filtração glomerular (TFG menor que  $60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ) e/ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses são bases utilizadas e amplamente aceitas para a definição da DRC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). De evolução lenta, em sua fase mais avançada, classificada como fase terminal da insuficiência renal crônica (IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do corpo (ROMÃO JR., 2004). A IRC pode decorrer de doenças do próprio aparelho urinário ou aparecer associada principalmente a doenças como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) e glomerulonefrites (RIELLA, 2010). Conforme divulgado pelo censo de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2011, as doenças de base mais prevalentes são a hipertensão arterial sistêmica (35,1%) e a diabetes melito (28,4%). Segundo Rinaldi (2012), o aumento da expectativa de vida e os maus hábitos alimentares constituem os principais fatores para o aumento da incidência de DRC.

O protocolo de tratamento para a DRC contempla o tratamento conservador, a diálise e o transplante renal (BARROS et al., 2006). O tratamento conservador agrega medidas medicamentosas e nutricionais visando diminuição dos sintomas e retardamento da piora da função renal. A diálise e o transplante renal constituem as formas de terapia renal substitutiva (TRS) para o paciente com doença renal em estágio terminal (FUJII; BARROS, 2007).

De acordo com Barros et al. (2006), a diálise é um procedimento que consiste na remoção de fluidos e de produtos tóxicos do metabolismo e é indicada quando os sintomas da doença renal crônica, tais como náuseas, vômitos, inapetência e perda de peso, aparecem de forma persistente. Em situações mais graves, podem ocorrer complicações como pericardite urêmica, sobrecarga hídrica, edema pulmonar, neuropatia urêmica, hipertensão não controlada

e diminuição da taxa de filtração glomerular. As duas modalidades de tratamento mais utilizadas para esse quadro são a hemodiálise e a diálise peritoneal (BARROS et al, 2006).

Riella (2010) explica a hemodiálise como um processo baseado na difusão e na ultrafiltração, no qual o sangue é filtrado através de um circuito extracorpóreo conectado ao corpo por uma fístula arteriovenosa (anastomose interna de uma artéria a uma veia) e os eletrólitos perdidos são repostos através de uma solução dialítica. Já a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) é um método que utiliza o peritônio como membrana semipermeável para a depuração de toxinas urêmicas, removendo-as para o dialisato infundido na cavidade peritoneal (RIELLA, 2010).

Em geral, a forma de tratamento para substituição da função renal mais desejada pelos doentes renais crônicos em estágio terminal é o transplante renal. O Brasil possui o maior programa público global de transplantes de rim, com registro de 4,7 mil procedimentos realizados em 2010, três mil com doador falecido e 1,7 mil com doador vivo. Segundo o Ministério da Saúde, a estimativa para 2012 é de que tenham sido efetuados 5.236 transplantes renais, 15% a mais do que em 2011, quando foram realizados 4.553 procedimentos. Somente na última década no Brasil, o número de transplantes com doador falecido aumentou em torno de 100% e com doadores vivos, cresceu 48% (BRASIL, 2012).

O transplante renal representa um grande avanço da ciência da saúde, e proporciona maior qualidade de vida para pacientes com doença renal crônica em estágio terminal (DRCT) (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Desde os primeiros transplantes, esse procedimento tornou-se a terapia de escolha para a doença renal crônica tanto na fase terminal quanto na fase pré-dialítica (RIELLA, 2010). Abecassis et al. (2008) defendem o transplante renal como terapia primária para a DRC, se comparados custos, morbidades e taxas de mortalidade aos das outras terapias renais substitutivas. Atualmente, o transplante renal é um procedimento de rotina realizado em mais de 80 países, e o maior número de transplantes é realizado nos Estados Unidos da América, na China, no Brasil e na Índia, enquanto as populações com maior acesso ao transplante estão na Áustria, nos Estados Unidos da América, na Croácia, na Noruega, em Portugal e na Espanha (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Ainda há muitas limitações referentes ao acesso ao transplante pelo mundo, contudo, segundo o Ministério da Saúde, o transplante renal cresceu 35% somente no primeiro quadrimestre de 2012 no Brasil (BRASIL, 2012).

O transplante renal é considerado por muitos profissionais da saúde como a mais eficiente terapia para doentes renais crônicos em estágio terminal, com a justificativa de que, além de promover o aumento da qualidade de vida, apresenta taxas menores de mortalidade,

comparativamente à diálise (WOLFE et al., 1999). Segundo Medina-Pestana et al. (2011), a meia-vida do enxerto renal aumentou nos últimos anos, dados globais apontam uma meia-vida média de 15 anos e a sobrevida do enxerto é cerca de 90% no final do primeiro ano após o transplante.

Todavia, para manutenção do rim transplantado, são necessários muitos cuidados, entre eles o seguimento de um tratamento medicamentoso que evita, principalmente, a rejeição do enxerto renal, além de prevenir e tratar complicações decorrentes dos componentes imunossupressores e de controlar as comorbidades associadas. A produção de drogas imunossupressoras possibilitou um grande avanço na história dos transplantes. O uso de imunossupressão iniciou com a 6-mercaptopurina, em meados de 1961, mas logo deu lugar à azatioprina que, associada à prednisona a partir de 1963, deu início à era dos transplantes (BARROS et al, 2006).

Com o objetivo de uma operacionalização eficiente do uso das drogas em transplantados renais, foram criados protocolos específicos para as diferentes drogas utilizadas pós-transplante, entre eles os destinados para as imunossupressoras. Esses protocolos são baseados na associação de agentes com diferentes mecanismos de ação, e objetivam promover a ambientação do enxerto e prevenir a rejeição aguda e crônica, promovendo a sobrevida do paciente com enxerto (MANFRO; NORONHA; SILVA FILHO, 2004). Atualmente, há disponibilidade de múltiplos agentes imunossupressores, portanto os protocolos de imunossupressão para transplante renal levam em conta o risco e as comorbidades dos receptores do enxerto, permitindo uma terapia mais individualizada, conforme esclarecem Manfro, Noronha e Silva Filho (2004). Em geral, os protocolos atuais adotados na fase de manutenção da imunossupressão seguem uma mesma estruturação: um corticoesteróide, um inibidor da calcineurina (tacrolimus ou ciclosporina) e uma droga antiproliferativa (micofenolato mofetil/sódico ou azatioprina) (RIELLA, 2010). Além disso, são adotados agentes suplementares, que potencializam o efeito imunossupressor, e agentes profiláticos, os quais previnem um dos efeitos colaterais mais recorrentes dos imunossupressores: as infecções (RIELLA, 2010).

O Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para imunossupressão no transplante renal (2012) elucidam que o tratamento de manutenção do estado de imunossupressão é prescrito para todos os pacientes submetidos ao transplante renal a fim de prevenir a rejeição aguda e crônica e deve, necessariamente, seguir uma sequência racional de continuidade em relação ao plano terapêutico inicial (BRASIL, 2012b).

De acordo com o PCDT para imunossupressão no transplante renal (2012), em pacientes cujo rim é proveniente de doador vivo HLA idêntico ou não idêntico, a manutenção pode ser feita com ciclosporina, prednisona e azatioprina. Receptores com baixa reatividade contra painel de linfócitos, cujo rim provém de doador falecido, usam corticosteróides, azatioprina e ciclosporina. Tacrolimus, em todas as situações apresentadas anteriormente, pode ser utilizado em substituição à ciclosporina. Da mesma forma, o protocolo prevê micofenolato (mofetil ou sódico) como alternativa à azatioprina. Em transplantados com alta reatividade contra painel de linfócitos e em retransplantes que tenham perdido o enxerto por rejeição aguda precoce, a imunossupressão deve ser mantida com corticosteróides associados à azatioprina ou ao micofenolato (mofetil ou sódico) e ciclosporina ou tacrolimus (BRASIL, 2012b).

As drogas imunossupressoras, utilizadas para a prevenção da rejeição do enxerto em transplantados renais, entretanto, vulnerabilizam os receptores, predispondo-os a infecções bacterianas, virais, fúngicas, entre outras, mais gravemente nos três primeiros meses após o transplante (MANFRO; NORONHA; SILVA FILHO, 2004). Dentre os vírus, a família *herpesviridae* é a principal causadora de doenças clínicas como a hepatite, pneumonite, varicela e herpes-zoster. A infecção pelo citomegalovírus (CMV), da família *herpesviridae*, representa maior ameaça, pois está relacionada com a rejeição do enxerto, além de favorecer o estado de imunodepressão, devendo, portanto, ser tratada com mais atenção (RIELLA, 2010).

Os efeitos colaterais mais temidos dos imunossupressores são os cânceres e as infecções, e entre as complicações infecciosas mais comuns em transplante renal, está a infecção do trato urinário (ITU) (RIELLA, 2010). O uso de antibioticoterapia profilática reduz as chances de ITU e bacteremia e, em geral, é utilizada no período de seis meses a um ano pós-transplante (RIELLA, 2010). Além disso, cada imunossupressor apresenta reações adversas específicas do seu mecanismo de ação, incluindo nefrotoxicidade, hiperlipidemia, hipertensão e diabetes (RIELLA, 2010).

Apesar dos significativos avanços na produção de imunossupressores, especialmente nas duas últimas décadas, que permitiram a redução da incidência de rejeição aguda (RA) e o aumento da sobrevida de enxertos e pacientes, a principal complicação decorrente do transplante renal ainda é a rejeição do enxerto (MANFRO, 2011). Pacientes que possuem anticorpos anti-HLA (*human leucocyte antigen*) no pós-transplante apresentam maior incidência de RA e de nefropatia crônica do enxerto (TORESAN et al., 2008).

Mediante tantas complicações que podem decorrer do transplante renal, se faz imprescindível o uso de medicamentos profiláticos e um acompanhamento regular pela equipe

de saúde que atenda a qualquer alteração de saúde do transplantado. Contudo, de acordo com Lennerling e Forsberg (2012), a adesão plena ao tratamento medicamentoso ocorre em apenas 50% dos pacientes transplantados renais, e o desrespeito ao horário correto de uso das medicações é um dos desvios mais recorrentes (48% dos pacientes confessaram descumprir os horários com frequência), fato que reforça a necessidade de uma conduta de educação efetiva durante as consultas pós-transplante.

O acompanhamento ambulatorial pós-transplante renal objetiva avaliar a readaptação fisiológica, fazer o controle terapêutico dos medicamentos, realizar e acompanhar a avaliação clínica e laboratorial dos pacientes, educando e orientando, a fim de prevenir agravos e de evitar possíveis complicações e/ou intercorrências, como infecções e rejeição do enxerto (PEREIRA, 2012). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos primeiros seis meses pós-transplante, em cada visita ao ambulatório, são realizadas uma consulta de enfermagem e uma consulta médica. Durante a consulta de enfermagem, procede-se um exame físico minucioso, o levantamento de problemas (histórico de enfermagem), a interpretação dos dados obtidos (diagnósticos de enfermagem), o esclarecimento de dúvidas, as orientações sobre os medicamentos em uso e sobre os cuidados básicos e os encaminhamentos necessários (PROENÇA; VICARI; GONÇALVES, 2009). Na consulta médica são investigados sinais de rejeição ao enxerto, realizadas avaliações clínicas e laboratoriais, avaliados e tratados possíveis eventos adversos aos medicamentos e, se necessários, são feitos os ajustes das doses dos medicamentos (PEREIRA, 2012).

Nesse contexto, ressalta-se a importância do acompanhamento ao paciente transplantado renal, em especial o papel do enfermeiro, o qual promove a educação em saúde desses pacientes, estimulando o comprometimento e a corresponsabilização pelo seu tratamento. Segundo Lira e Lopes (2010), ofertar um cuidado de qualidade, respaldado no processo de enfermagem, é de competência exclusiva do enfermeiro.

A experiência da autora no atendimento a pacientes no período pós-transplante renal, adquirida em atividade extracurricular durante a graduação, propiciou a ciência do comprometimento necessário com o tratamento, bem como a observação das conseqüências dessa terapêutica para os transplantados, fatores que motivaram a realização desse estudo. A finalidade dessa pesquisa, portanto, é conhecer como o processo de seguimento do tratamento medicamentoso pós-transplante renal acontece, considerando que há uma lacuna na produção de conhecimento nessa área de investigação, evidenciada pela escassez de estudos sobre a forma como os transplantados lidam com esse tratamento, o que demonstra a relevância do estudo ora realizado.

## 2 OBJETIVOS

### Objetivo geral:

Identificar as formas como o seguimento do tratamento medicamentoso pelo transplantado renal acontece.

### Objetivos específicos:

1. Caracterizar o perfil epidemiológico dos transplantados renais que estão em acompanhamento no ambulatório de transplante renal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
2. Identificar os medicamentos utilizados pelos transplantados renais.
3. Identificar as formas de acesso ao tratamento pós-transplante renal.
4. Avaliar o comprometimento dos transplantados renais com o tratamento medicamentoso.
5. Descrever consequências do tratamento medicamentoso para os transplantados renais.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Tipo de estudo

Esse estudo é do tipo transversal, tem uma abordagem quantitativa, e uma análise descritiva. Segundo Hulley et al. (2006), este tipo de estudo permite a coleta de dados em um único momento, sem a necessidade de um período de acompanhamento.

#### 3.2 Local de estudo

O local de realização do estudo foi o ambulatório de transplante renal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que funciona nas terças e quintas-feiras à tarde e nas quartas e sextas-feiras no período da manhã. A escolha deste local foi devida ao fato desse ambulatório atender pacientes em acompanhamento pós-transplante renal, além de ser um campo de formação de graduação (ensino, pesquisa e extensão).

#### 3.3 População e amostra

Participaram do estudo mulheres e homens transplantados renais que estiveram em acompanhamento no ambulatório de transplante renal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Para estimar o tamanho amostral, o serviço de estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi consultado, e utilizou-se o trabalho acadêmico intitulado “Qualidade de vida de pacientes transplantados renais do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra (HU-UPD)” da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como base para o cálculo. Foi considerada uma proporção de 72%, com 95% de intervalo de confiança e 10% de margem de erro, a qual foi utilizada a fim de concluir o presente estudo em tempo hábil e de respeitar o cronograma desse estudo. Para o cálculo da amostra foi utilizado o software Winpepi, versão 11.1.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser transplantado (a) renal e estar cadastrado no sistema do hospital; ter idade igual ou superior a 18 anos; fazer uso de medicações pós-transplante renal e concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram excluídos da pesquisa sujeitos transplantados

renais que não compareceram às consultas agendadas no período da coleta de dados do estudo ou não aceitaram dele participar.

### 3.4 Coleta de dados

Inicialmente, foi feito um levantamento dos pacientes transplantados em acompanhamento no ambulatório de transplante renal do HCPA. A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre março e abril de 2013.

Após a identificação dos pacientes, foi feito o convite de participação do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que aconteceu no consultório do ambulatório, ora antes do início do atendimento, ora após a conclusão da consulta, conforme combinação prévia com o profissional que estava atendendo os pacientes no momento da coleta dos dados. Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram encaminhados para um consultório do Centro de Pesquisa Clínica (CPC), prédio anexo do HCPA, onde lhes foi aplicado um questionário (APÊNDICE B), que possibilitou a coleta de dados posteriormente analisados. O questionário foi aplicado em um único momento, no mesmo dia da consulta, após a mesma, e demandou um tempo que variou entre 5 e 10 minutos para ser respondido.

O questionário aplicado objetivou caracterizar os sujeitos da pesquisa, identificar o tratamento medicamentoso utilizado e caracterizar o seguimento desse tratamento pelo paciente transplantado renal.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.3, e a análise foi feita através da estatística simples descritiva, a fim de se obterem as frequências encontradas.

### 3.6 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento desse estudo, foram cumpridas as exigências legais e éticas. Dessa forma, o projeto foi enviado, primeiramente, à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS para apreciação e emissão de parecer. Após o aceite dessa comissão, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto

Alegre, local do estudo, para segunda apreciação e emissão de parecer, o qual foi favorável, aprovando o projeto que recebeu identificação de número 13.0068.

No contato com cada participante desse estudo, foi explicado o objetivo do estudo, a relevância da pesquisa e o método da coleta dos dados. Foram garantidas também a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas através do questionário aplicado.

Participaram da pesquisa somente os sujeitos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) o qual contém todas as informações recém citadas (BRASIL, 1996). Após a assinatura do TCLE, foi iniciada a aplicação do questionário.

## 4 RESULTADOS

As tabelas dessa divisão apresentam as frequências absolutas (n) e as frequências relativas (%) das características pesquisadas.

De acordo com o apresentado na Tabela 1, verificou-se, entre os participantes, a prevalência da faixa etária dos 51 a 65 anos e do sexo masculino. A maioria dos entrevistados não conseguiu completar o ensino fundamental, eram casados, dividiam a casa com mais uma pessoa e estavam aposentados por invalidez, recebendo, em média, entre um e dois salários mínimos.

Quanto aos tratamentos realizados anteriormente ao transplante renal, a hemodiálise foi predominante nas respostas (Tabela 1). A média de duração dos tratamentos prévios ao transplante foi de 3,8 anos, o tempo mínimo foi de 2 meses e o máximo, 21 anos. A maioria dos entrevistados eram transplantados há mais de um ano. O enxerto proveniente de doador falecido foi o mais encontrado, e quando os doadores eram vivos, os mais referidos foram os(as) irmãos(ãs) dos transplantados, conforme exposto na Tabela 1.

Quanto ao tratamento medicamentoso pós-transplante, conforme disposto na Tabela 2, dentre os imunossuppressores, os mais citados foram prednisona, micofenolato mofetil ou sódico e tacrolimus. A maioria dos pacientes afirmou fazer uso de antiulceroso, e desses, quase a totalidade referenciou o Omeprazol. Grande parte utilizava algum anti-hipertensivo e muitos também usavam diuréticos. Pouco menos da metade dos entrevistados ainda estava fazendo uso de antibiótico profilático (sulfametoxazol e trimetropim). Aplicação de insulina e uso de antilipêmico apareceram repetidamente nas respostas ao questionamento sobre o tratamento. Antidepressivos e ansiolíticos também se repetiram nessa listagem, além de complexos vitamínicos, tratamentos com cálcio e hormonais, esses em menor frequência.

A maior parte dos entrevistados afirmou seguir os horários corretos de uso dos medicamentos. Quanto ao absenteísmo às consultas, houve escassas afirmações de falta a alguma consulta ambulatorial pós-transplante (Tabela 3).

Quando perguntados sobre o acesso aos medicamentos prescritos, o Sistema Único de Saúde (SUS) apareceu como fonte principal de acesso, entretanto, alguns relataram ter que comprar alguns dos fármacos. Dentre os entrevistados que afirmaram receber seu tratamento medicamentoso, parcial ou totalmente, pelo SUS, houve relato de falta de medicamentos no serviço de saúde do qual o recebe. Dados apresentados na Tabela 3.

**Tabela 1** – Perfil epidemiológico dos sujeitos da pesquisa. Porto Alegre, RS, 2013. (n=78)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 35 anos	11	14,1
36 a 50 anos	22	28,2
51 a 65 anos	37	47,4
Mais de 65 anos	8	10,3
<b>Sexo</b>		
Feminino	38	48,7
Masculino	40	51,3
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	1	1,3
Ensino Fundamental Incompleto	31	39,7
Ensino Fundamental	22	28,2
Ensino Médio	14	18
Ensino Superior	10	12,8
<b>Estado Conjugal</b>		
Solteiro (a)	16	20,5
Casado (a)	42	53,8
Em um relacionamento afetivo	7	9
Divorciado/Separado (a)	11	14,1
Viúvo (a)	2	2,6
<b>Moradores da residência</b>		
Mora Sozinho	8	10,3
Duas pessoas	30	38,5
Três pessoas	20	25,6
Quatro pessoas	12	15,4
Cinco pessoas	5	6,4
Seis ou mais pessoas	3	3,8
<b>Ocupação</b>		
Trabalha	11	14,1
Sustentado(a) por pais/filhos/cônjuges	9	11,5
Aposentado(a) por tempo de serviço	25	32,1
Aposentado(a) por invalidez	33	42,3
<b>Renda familiar média</b>		
Menor que 1 salário mínimo	1	1,3
Entre 1 e 2 salários mínimos	28	35,9
Entre 2 e 3 salários mínimos	23	29,5
Mais de 3 salários mínimos	26	33,3
<b>Modalidades de tratamento prévio ao transplante</b>		
Exclusivamente Hemodiálise	71	91
Hemodiálise e Diálise peritoneal	6	7,7
Tratamento conservador	1	1,3
<b>Tipo de doador do enxerto renal</b>		
Doador falecido	62	79,5
Doador vivo	16	20,5
<b>Vínculo do doador vivo*</b>		
Irmão (ã)	8	50
Pai	4	25
Mãe	2	12,5
Cônjuge	2	12,5
<b>Tempo de transplante renal</b>		
< 3 meses	20	25,6
3 a 6 meses	4	5,1
6 a 12 meses	11	14,1
> 12 meses	43	55,2

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

\*Considerou-se somente os 16 casos de doadores vivos, n=16.

Conforme apresentado na Tabela 3, dentre os pacientes que experienciaram falta de medicamentos nos serviços de saúde, alguns alegaram falta de condições financeiras para comprá-los.

**Tabela 2** – Medicamentos em uso pelos sujeitos da pesquisa. Porto Alegre, RS. 2013. (n=78)

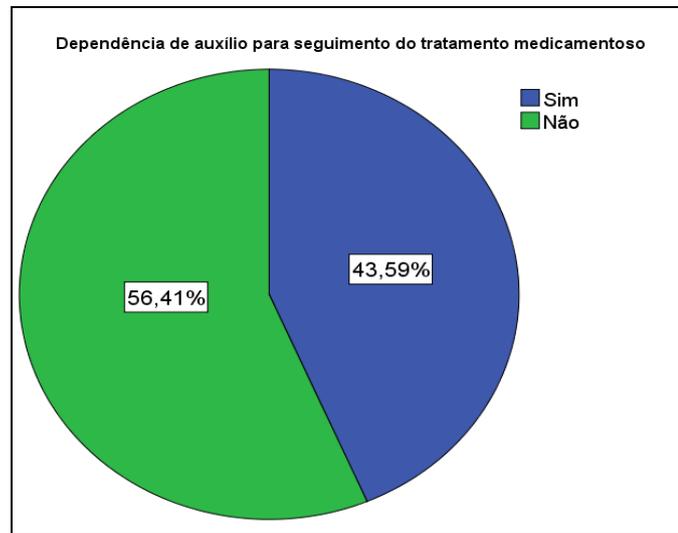
Medicamentos*	N	%
Prednisona	75	96,2%
Omeprazol ou outro antiulceroso	75	96,2%
MicofenolatoMofetil ou Sódico	69	88,5%
Antihipertensivo	62	79,5%
Tacrolimus	60	76,9%
Sulfametoxazol + Trimetropim	32	41,0%
Insulina	22	28,2%
Diurético	20	25,6%
Antilipêmico	16	20,5%
Ciclosporina	14	17,9%
CaCO <sub>3</sub> ou Calcitriol (Vit. D)	13	16,6%
Ganciclovir	11	14,1%
Antiagreganteplaquetário	9	11,5%
Antidepressivo	9	11,5%
Ansiolítico	7	9,0%
Antianêmico	7	9,0%
Azatioprina	6	7,7%
Gluconato de Clorexidina	4	5,0%
Antihiperuricêmico	4	5,0%
Antifúngico	3	3,8%
Antidopaminérgico	3	3,8%
Complexos vitamínicos	2	2,5%
Antiinflamatório	2	2,5%
Tratamento hormonal	2	2,5%
Analgésico	2	2,5%
Belatacept	1	1,3%
Everolimus	1	1,3%
Nitrofurantoina	1	1,3%
Aciclovir	1	1,3%
Antituberculoso	1	1,3%
Antiarrítmico	1	1,3%
Nitrato de Isossorbida	1	1,3%
Broncodilatador	1	1,3%
Antialérgico	1	1,3%
Tratamento para alopecia (finasterida)	1	1,3%

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

\*Mais de uma resposta.

O Diagrama 1 mostra que uma parcela significativa dos entrevistados afirmou necessitar de algum tipo de auxílio quanto ao tratamento pós-transplante. Companhia, auxílio para deambular e para buscar os medicamentos foram os tipos de auxílio mais citados. O filhos e os cônjuges dos transplantados apareceram como as pessoas que mais fornecem o auxílio necessitado (Tabela 3).

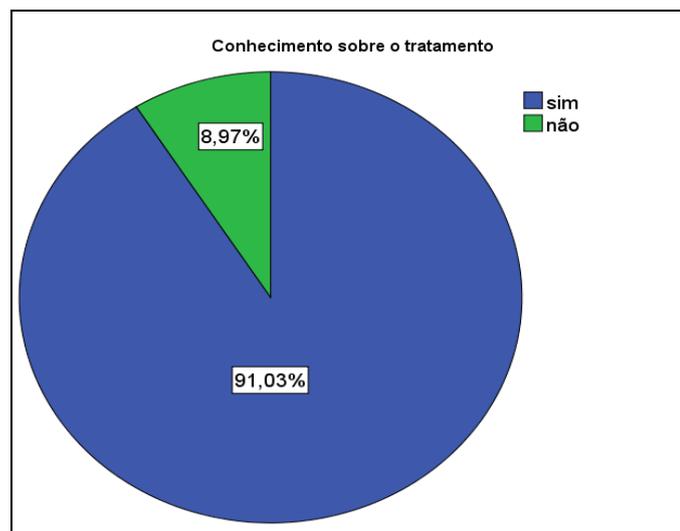
**Diagrama 1** – Dependência de auxílio para o seguimento do tratamento pelos sujeitos da pesquisa. Porto Alegre, RS. 2013. (n=78)



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Quanto ao conhecimento sobre o tratamento pós-transplante, uma minoria não sabia a função da terapia medicamentosa que seguia ou não souberam explicar (Diagrama 2) e quando perguntados se consideravam-se dependentes do tratamento medicamentoso, a maioria reconheceu sê-lo (Tabela 3).

**Diagrama 2** – Conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre o tratamento. Porto Alegre, RS. 2013. (n=78)



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

De acordo com o apresentado na Tabela 3, o tratamento medicamentoso não foi visto pela maioria dos entrevistados como uma forma de interferência na vida deles. Entre a minoria que respondeu que a terapia medicamentosa traz implicações para suas vidas, a restrição das atividades diárias foi a consequência do tratamento mais apontada. Dos sujeitos

que observaram alterações corporais e as atribuíram ao uso dos medicamentos, a maioria referiu incômodo por essas alterações, o que pode ser conferido na Tabela 3.

**Tabela 3** – Caracterização do tratamento seguido pelos sujeitos da pesquisa. Porto Alegre, RS. 2013 (n=78)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cumprimento dos horários dos medicamentos</b>		
Cumpre	57	73
Não cumpre	21	27
<b>Absenteísmo às consultas pós-transplante</b>		
Nunca faltou	73	93,6
Faltou algumas vezes mas justificou	5	6,4
<b>Formas de aquisição dos medicamentos</b>		
SUS	34	43,6
SUS e particular	43	55,1
Outra: Pesquisa clínica	1	1,3
<b>Presenciou falta de algum medicamento no SUS</b>		
Sim	34	43,6
Não	43	55,1
Não utiliza o SUS para retirar medicamentos	1	1,3
<b>Frequência com que ocorreu a falta</b>		
Frequentemente	16	20,5
Algumas vezes	19	24,4
Não presenciou falta de medicamento	43	55,1
<b>Condições de compra, quando falta no SUS*</b>		
Tem condições	32	41
Não tem condições	4	5,1
<b>Auxílio para seguimento do tratamento</b>		
Necessitam	34	43,6
Não necessitam	44	56,4
<b>Tipos de auxílio</b>		
Cia, apoio p/ deambular e busca de medicamentos	28	35,9
Carona	6	7,7
Não necessitam de auxílio	44	56,4
<b>Interferência/implicações do tratamento</b>		
Houve	19	24,4
Não houve	59	75,6
<b>Tipo de interferência/implicação</b>		
Restrição atividades/Compromisso horário medicamentos	15	19,2
Alteração da imagem corporal	4	5,1
Nega interferências/implicações	59	75,6
<b>Alterações corporais</b>		
Observou	46	59
Não observou	32	41
<b>Incômodo pelas alterações</b>		
Sim	27	34,6
Não	19	24,4
Não observou alterações	32	41
<b>Conhecimento do função tratamento</b>		
Conhece	71	91
Não conhece	7	9
<b>Dependência do tratamento</b>		
Reconhece	60	76,9
Não reconhece	18	23,1

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

\*Considerou-se somente os 36 que experienciaram falta de medicamentos nos serviços de saúde.

## 5 DISCUSSÃO

Conforme os resultados apresentados, verificou-se uma discreta predominância do sexo masculino, situação que se repetiu em outro estudo brasileiro envolvendo 215 transplantados renais, em que 55,4% era do sexo masculino (OLIVEIRA; SANTOS; FILHO, 2012) e coincide também com o Censo de Diálise de 2011, que traz o sexo masculino como predominante (57,3%) entre os doentes renais crônicos. Quanto ao estado conjugal, os resultados desta investigação (62,5% eram casados ou estavam em um relacionamento afetivo) seguiram uma tendência apontada em estudos brasileiros sobre o perfil dos transplantados renais (PIMENTA et al, 2011). As idades dos entrevistados que mais apareceram ficaram entre os 50 e os 65 anos. Uma pesquisa germânica sobre as atitudes dos pacientes no período pós-transplante apresentou uma média de idade de 54 anos entre seus entrevistados (GOETZMANN et al, 2012). No Brasil essa característica se repete: Arruda & Renovato (2012) apontaram, em seu trabalho sobre as práticas e representações do uso de medicamentos em transplantados renais, uma idade média de 53,5 anos.

Silva et al (2011) afirmam que uma renda média entre um e dois salários mínimos é característica da população que mais frequenta o serviço público de saúde, o que corrobora o achado desse estudo quanto à renda média familiar, considerando ainda que os entrevistados são pacientes assistidos pelo SUS. Aproximadamente 74% dos sujeitos da presente pesquisa eram aposentados; 42,3% deles por invalidez e 32,1% por tempo de serviço, dado que se aproxima com a publicação de Lira, Albuquerque e Lopes (2007), na qual o índice de pacientes aposentados foi igual a 62,1%.

Quanto ao nível de escolaridade, os dados encontrados no presente estudo demonstram que cerca de 40% da população não conseguiu completar o ensino fundamental, 18% concluiu o ensino médio, e apenas 13% tem diploma de nível superior. Um estudo descritivo, também realizado no ambulatório de transplante renal de um hospital escola, apresentou 43,1% dos sujeitos com ensino fundamental incompleto e apenas 17,2% com ensino médio concluído (LIRA; ALBUQUERQUE; LOPES, 2007). Se comparados os dados, pode-se perceber uma aproximação do perfil desses pacientes. Um dado interessante trazido por Stringuetta-Belik et al (2012), o qual pode ou não estar relacionado com o baixo nível de escolaridade encontrado nas pesquisas, é de que a disfunção cognitiva é uma alteração importante encontrada no paciente com DRC. Dahbour, Wahbeh e Hamdan (*apoud* Stringuetta-Belik et al, 2012), mostra que a maioria dos doentes renais crônicos, principalmente em estágios mais avançados da doença, têm função cognitiva prejudicada, quando submetidos a testes específicos para as

diferentes aptidões mentais. A etiologia do comprometimento da função cognitiva em DRC é multifatorial, e um destes fatores é o efeito das toxinas urêmicas (STRINGUETTA-BELIK et al, 2012). Entretanto, o caráter debilitante da DRC somado a uma rotina exaustiva de tratamentos também podem ser responsáveis por essa disfunção cognitiva (ZIMMERMANN; CARVALHO; MARI, 2004). Todavia, os resultados encontrados quanto à escolaridade podem ser somente reflexo de uma situação socioeconômica desfavorável que tenha culminado no abandono dos estudos (Silva et al, 2011).

Na etapa desse estudo que visa caracterizar os tratamentos prévios ao transplante realizados pelos participantes desse estudo, verificou-se, quanto à modalidade, a predominância significativa (91%) de hemodiálise (HD). A diálise peritoneal (DP) apareceu somente atrelada à hemodiálise (7,7%), resultados que estão em concordância com o cenário mundial (GRASSMANN et al, 2005). Cherchiglia et al (2010), em seu estudo sobre o perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, também confirma esse panorama ao divulgar uma prevalência de 89% de tratamento por hemodiálise sobre 11% de pacientes tratados por diálise peritoneal. Silva e Silva (2003) creditam esse fato à pouca divulgação ao método DPAC (diálise peritoneal ambulatorial contínua) e à cultura de somente iniciá-la secundariamente à complicações da HD, como o esgotamento de acessos vasculares adequados.

Quanto ao tempo médio de tratamento prévio ao transplante, ou de espera por um rim, os achados desse estudo (cerca de 3,8 anos) são mais positivos do que a média nacional de 5,5 anos de espera para pacientes adultos, conforme divulgado na pesquisa de Marinho, Cardoso e Almeida (2010). Esse mesmo estudo apresentou as disparidades quanto ao acesso ao transplante no Brasil, e verificou que as regiões Sul, Sudeste (com exceção do Rio de Janeiro) e Centro-oeste têm os menores tempos de espera e as maiores taxas de atendimento do país. Se comparada com dados mundiais, a média de tempo encontrada nesta pesquisa está próxima da média estadunidense para pacientes brancos (3,6 anos), mas atrás do Reino Unido, o qual apresenta um tempo médio de 2,3 anos de espera por um transplante renal (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2010).

A maioria dos sujeitos desse estudo receberam o enxerto renal de doadores falecidos, apenas 20,5% teve doadores vivos. Este dado vai ao encontro dos dados contidos no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), que identificou 3.906 transplantes de rins provenientes de doadores falecidos contra 1.496 de doadores vivos realizados no país em 2012. Em nível estadual, esse cenário também se repetiu: foram 14 transplantes com doadores vivos e 108 realizados com enxertos de

doadores falecidos no primeiro trimestre de 2013 (ABTO, 2013). Garcia, Harden e Chapman (2012) justificam que a doação após morte cardíaca, ao invés do atual padrão de doação após morte cerebral, tem aumentado os números de doação de órgãos de pessoas falecidas em diversos países, com 2,8 doações pós-morte cardíaca por milhão de pessoas (pmp) nos EUA e 1,1 pmp na Austrália. Os protocolos para o rápido resfriamento e a recuperação urgente dos rins após a morte cardíaca desenvolvidos nos últimos cinco anos reduziram a duração e as consequências da isquemia quente. Outra estratégia que aumentou a taxa de transplante foi estender os critérios de aceitação para doadores falecidos (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Entretanto, para transplantar um rim cujo doador é vivo, este deve ser consanguíneo de até 4ª grau ou cônjuge do receptor, sempre respeitando a compatibilidade do grupo sanguíneo ABO. Entre pais, filhos e irmãos, as possibilidades de identidade são HLA idêntico (100% idêntico), haplótipo (50% idêntico) e par distinto (0% idêntico) (BARROS et al, 2006).

Para a manutenção desse enxerto no receptor é necessário o uso de determinadas drogas conforme apresentado nos resultados. As drogas mais utilizadas no tratamento imunossupressor adotado pelos participantes desse estudo são a prednisona, o tacrolimus e o micofenolato (mofetil ou sódico). Em segunda escala, foi encontrada a ciclosporina (18%) e 7,7% estava em uso de azatioprina. Arruda e Renovato (2012), ao investigarem o uso de medicamentos em transplantados renais, verificaram que 66% usava prednisona, 77% usava micofenolato (mofetil ou sódico) e 28% usava tacrolimus. Analisando os resultados, observa-se que as drogas imunossupressoras mais citadas se repetem nos dois estudos. A justificativa para a prevalência de tacrolimus sobre ciclosporina é conhecida já há algum tempo e aparece no texto de Garcia et al (2004), que apresenta o tacrolimus como droga alternativa à ciclosporina por demonstrar menor nefrotoxicidade e uma reversibilidade dos efeitos neurotóxicos diante da redução da dose. Ademais, um estudo que compara custos referentes aos tratamentos com tacrolimus e ciclosporina no Brasil, expõe que o esquema imunossupressor com tacrolimus - por ser apresentado como uma inovação terapêutica superior à ciclosporina - demanda mais gasto quando comparado ao esquema com ciclosporina, entretanto, a terapia com tacrolimus dispensa o uso de agentes imunossupressores concomitantes, enquanto a ciclosporina faz crescer a despesa do SUS com esses fármacos (GUERRA JR et al, 2010). A mesma relação de prevalência acontece entre as drogas antiproliferativas, na qual o micofenolato predomina significativamente sobre a azatioprina, fato que está explicado pela maior eficácia na prevenção da rejeição aguda se comparado à azatioprina (RIELLA, 2010).

O uso de anti-hipertensivos e de diuréticos também foi muito citado durante as entrevistas realizadas no decorrer dessa pesquisa. De acordo com Teixeira (1996), nos transplantados renais, os fatores associados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) são múltiplos, melhor compreendidos e as causas, potencialmente tratáveis, são mais frequentes nesse tipo de paciente. Teixeira (1996) afirma que a HAS pós-transplante renal é um problema comum, no qual a perda da função renal associa-se com níveis pressóricos mais elevados do que com a função renal normal. A mesma autora, em seu estudo, mostra que, dentre as causas relacionadas de HAS pós-transplante, destacam-se disfunção crônica, recidiva da doença renal, uso de corticóides e/ou ciclosporina para a imunossupressão, estenose da artéria do rim transplantado e presença de rins primitivos *in situ*. Além desses fatores, também observa-se a prevalência de HAS em transplante com doador falecido (TEIXEIRA, 1996). Riella (2010) defende que o uso crônico de anti-hipertensivos não diuréticos promove retenção hidrossalina, exigindo, portanto, a associação com diuréticos, os quais potencializam o efeito anti-hipertensivo, tornando-o mais contínuo e previsível e permitindo o uso em menores doses, reduzindo assim, os riscos de efeitos colaterais e de reações adversas.

Pouco menos da metade dos entrevistados (41%) estava fazendo uso de antibioprofilaxia profilática, preconizada de seis meses a um ano pós-transplante, período no qual a imunossupressão é máxima, o que favorece ocorrência de infecções oportunistas (RIELLA, 2010). “O tratamento imunossupressor é um elo inseparável entre infecção e rejeição”, afirma Riella (2010, p.1133). Portanto, medidas que diminuem a ocorrência de infecções permitem a intensificação da imunossupressão para evitar ou reverter rejeições. O Ganciclovir, utilizado por 14% dos participantes desse estudo, é o tratamento curativo e profilático para infecção por citomegalovírus (CMV), a qual é causa significativa de morbidade e mortalidade, principalmente no pós-transplante precoce, e pode ser transmitida do doador para o receptor do enxerto renal (RIELLA, 2010). Além disso, as drogas imunossupressoras aumentam o risco de desenvolvimento da doença por CMV (MITWALLI et al, 2013). Em estudo que divulgou a prevalência e o impacto clínico da infecção e da doença por CMV em 592 transplantados renais, a incidência de infecção e de doença por CMV foram, 12,8% e 3,9% respectivamente, o que reforça ainda mais a suma importância do tratamento profilático anti-CMV (GIAKOUSTIDIS et al, 2012).

Nos resultados do presente estudo, observou-se que 28% dos pesquisados faziam aplicação de insulina. Apesar da diabetes melito (DM) ser uma das doenças de base mais prevalentes na doença renal crônica, ela também pode aparecer após o transplante renal.

Bastos Jr. et al (2005) verificaram em seu estudo que a incidência de DM pós-transplante renal (DMPT) tem aumentado, variando de 5% a 45%. Alguns fatores que aumentam o risco do desenvolvimento de DMPT são a idade avançada, o histórico familiar de DM, o excesso de peso, a afrodescendência, a infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) e o uso de certos imunossupressores (BASTOS JR. et al, 2005).

Ainda na listagem dos medicamentos de uso crônico pelos transplantados, apareceram antidepressivos (11%) e ansiolíticos com frequências consideráveis. Condé et al (2010) afirmam que os sintomas de depressão podem interferir no tratamento desses pacientes, justificando que a falta de energia e de iniciativa, a desesperança e o déficit cognitivo desfavorecem a adesão às medicações e aos exercícios e, conseqüentemente, há um declínio na qualidade de vida desses indivíduos. No estudo de Goetzmann et al (2012), que analisou as atitudes pós-transplante de 121 pacientes e de seus cônjuges, foram observados altos níveis de estresse e de ansiedade tanto nos transplantados quanto nos seus cônjuges, o que revelou forte aproximação entre o estresse emocional e o transplante. Estes mesmos autores ainda afirmam que os pacientes estão sempre sob pressão para chegar a um acordo com os imunossupressores, uma vez que não poderiam viver sem eles.

Quando avaliados, no presente estudo, alguns aspectos do comprometimento dos transplantados com o seu tratamento, tais como o uso correto dos medicamentos e o comparecimento às consultas ambulatoriais de acompanhamento pós-transplante, verificou-se que apenas 6,5% dos pacientes relataram já ter faltado a alguma consulta ambulatorial depois de transplantados e 27% dos entrevistados afirmaram descumprir os horários previstos para o uso dos fármacos. Em um estudo sueco que divulga o trabalho feito por enfermeiros que dão acompanhamento pós-transplante renal aos seus pacientes, 46% dos sujeitos negaram falhas quanto ao horário de uso dos medicamentos. Contudo, o desvio mais freqüente citado (48%) foi o atraso, considerado pela pesquisa quando maior ou igual a duas horas. Desvios mais sérios do regime terapêutico prescrito foram admitidos por 17% dos suecos (LENNERLING; FORSBERG, 2012). Brahm et al (2012), analisando a adesão ao tratamento imunossupressor em uma população de 288 transplantados renais, obtiveram resultados menos positivos do que o presente estudo: encontraram 61,8% de casos de não adesão autorrelatada, 58,7% de não adesão detectada pela dispensação de medicamentos, 29% de não adesão constatada nos níveis sanguíneos e 37,4% de não adesão verificada pela combinação de métodos de autorrelato e de dispensação dos fármacos.

Quanto ao acesso aos medicamentos de uso crônico pelos transplantados renais dessa pesquisa, 55% responderam que necessitavam comprar um ou mais medicamentos do seu

tratamento e 44% dos que recebiam todo o tratamento pelo SUS referiram que costuma(m) faltar algum(uns) dos seus medicamentos no serviço de saúde do qual os recebem. No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2012), azatioprina, ciclosporina, everolimo, metilprednisolona, micofenolato de mofetila, micofenolato sódico, sirolimo e tacrolimo são medicamentos previstos para distribuição pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para transplante renal. Além disso, todas as classes farmacológicas citadas pelos transplantados renais nos resultados desse estudo se encontram na Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada em 2012 e, portanto, deveriam estar disponíveis através do SUS (BRASIL, 2012). Arruda e Renovato (2012) apresentam em seu trabalho as estratégias adotadas pelos transplantados renais para garantir o acesso aos medicamentos. Entre elas, estão a comunicação direta com enfermeiros ou médicos dos serviços de saúde onde são atendidos, solicitando solução; a busca de informação com outros transplantados renais que façam uso do mesmo medicamento para saber onde encontrá-lo e, inclusive, a busca do medicamento em outros estados que o disponibilizem em quantidade necessária.

Uma parcela considerável dos participantes dessa pesquisa (43,6%) revelou necessitar de algum tipo de auxílio para dar seguimento ao seu tratamento pós-transplante. Os vínculos das pessoas que mais fornecem esse auxílio foram de filhos e de cônjuges. Uma pesquisa realizada no ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) demonstrou que a satisfação com a saúde, a adaptação psicológica e a percepção de bem-estar são diretamente influenciados pelo apoio social que os pacientes recebem. Para os autores desse trabalho, o envolvimento da família no tratamento pós-transplante é necessário para se alcançar a predita qualidade de vida proporcionada pelo transplante. Além disso, o apoio social, entendido como uma experiência pessoal, é reconhecido de acordo com a intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido e, portanto, é diretamente proporcional à satisfação do paciente com o transplante renal (SANTOS; SANTOS; COSTA, 2011).

Quando questionados sobre a principal função da terapia medicamentosa que os transplantados desse estudo seguem, 91% dos pacientes demonstrou conhecimento sobre a importância do tratamento e 77% reconheceu a dependência desses para viver. Esses dados superam os encontrados em uma pesquisa sobre o conhecimento do tratamento utilizado, na qual 68% dos pacientes referiu conhecer a importância do uso de drogas imunossupressoras para manutenção adequada do enxerto e 32% desconhecia a função dessas drogas (SILVA et al, 2011).

A maior parte dos pacientes entrevistados na presente investigação (76%) respondeu não acreditar que a terapêutica medicamentosa seguida interferia de alguma forma na vida deles. Entretanto, a maioria deles percebeu alguma alteração corporal, física ou orgânica, e desses, 34,6% afirmou que essa alteração provoca incômodo. Em estudo semelhante, os transplantados renais referiram que o uso dos medicamentos está incorporado às tarefas diárias deles e, dentre os demais compromissos, eles percebem que o uso dos medicamentos, em esquemas posológicos, é uma prática que acontece com naturalidade (ARRUDA E RENOVATO, 2012). Ainda no mesmo estudo, o medicamento é associado à qualidade de vida após o transplante, pois aparece como substituto da máquina de diálise e, por isso, as reações adversas ao medicamento tornam-se suportáveis quando comparadas à terapia dialítica.

O transplante renal, defendido por muitos profissionais da saúde como uma terapêutica que proporciona retorno às atividades habituais, também pode estar associado com escores não tão satisfatórios de qualidade de vida, especialmente para aqueles que passam por episódios de rejeição aguda ou por eventos adversos provocados pelas medicações imunossupressoras (BITTENCOURT et al, 2004). Riella (2010, p. 1099) diz que “o seguimento do paciente transplantado renal é um caminho longo e complexo, sujeito a várias intercorrências”. Reforçando essa ideia, Lira e Lopes (2010) afirmam que o transplantado apresenta limitações em sua vida, tais como o uso constante de medicamentos, os cuidados com a higiene e com a alimentação e o acompanhamento freqüente no ambulatório. Entretanto, Goetzmann et al (2012) creditam o fato de a maioria dos pacientes ter uma impressão positiva do tratamento medicamentoso à associação desse com a preservação das suas vidas, apesar da constante pressão para chegar a um acordo com os imunossupressores, visto que não poderiam viver sem eles. Os mesmos autores ponderam que, mesmo enfrentando os efeitos colaterais e as reações adversas provenientes do tratamento medicamentoso, o amadurecimento pós-traumático pode ter reflexo na visão positiva que eles têm do período pós-transplante de suas vidas.

## 6 CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico traçado nessa pesquisa constatou que os entrevistados apresentam vulnerabilidades sociais e de saúde, tais como escolaridade e renda familiar baixas. O baixo nível de escolaridade verificado pode estar relacionado com a disfunção cognitiva apresentada por muitos doentes renais crônicos, no entanto, outro estudo visando avaliar a existência dessa relação deveria ser realizado para a constatação dessa hipótese. A predominância do sexo masculino e da faixa etária dos 50 aos 65 anos são características do tipo de paciente estudado. Quanto ao período pré-transplante, os achados dessa investigação também seguem uma tendência nacional que prioriza a hemodiálise, demonstrando uma cultura de iniciar os doentes renais crônicos em estágio terminal nessa modalidade de tratamento.

A prevalência de transplantes com doadores falecidos é entendida como reflexo de uma restrição nos critérios de aceitação de doadores vivos e de ainda não possuímos uma cultura de doação de órgãos, no caso de doadores falecidos. O tempo de espera por um rim no Brasil, conforme apresentado nesse estudo, é díspar, geograficamente analisando, mas os dados que colocam o Brasil como o país com o maior programa público de transplantes de rim do mundo indicam um prognóstico positivo para o futuro nesse sentido.

Observou-se, nessa pesquisa, que os medicamentos imunossupressores predominantemente utilizados seguem um consenso baseado em estudos que levaram à construção de protocolos e diretrizes que guiam a imunossupressão para transplante renal no Brasil. As demais classes farmacológicas contidas nos tratamentos apresentados sugerem as comorbidades sofridas por essa população, tais como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, e diabetes melito, e indicam também a ocorrência de reações adversas, como as infecções, e de efeitos colaterais como azia e náusea. Os antidepressivos e os ansiolíticos, citados com frequências consideráveis, parecem refletir o desgaste emocional produzido pela doença renal crônica, principalmente durante a terapia dialítica e, posteriormente, pela pressão de entrar em acordo com o tratamento medicamentoso pós-transplante e de desviar do ônus trazido por ele.

De acordo com os achados desse estudo, os transplantados renais, em sua maioria, estão comprometidos com o seu tratamento e empenhados em torná-lo eficiente. Porém, verificou-se que a falta de medicamentos essenciais nos serviços de saúde, em maior ou menor proporção, acontece, e é fator gerador de ansiedade e estresse para a maioria dos pacientes, que têm plena consciência de que suas vidas – ou a qualidade de suas vidas -

depende desse tratamento, demonstrando conhecer a importância do uso dos medicamentos. Muitos desses pacientes dependem de vários tipos de ajuda para dar seguimento ao tratamento vigente, portanto, o apoio e a presença da família e/ou amigos durante o tratamento são de fundamental importância para que eles encontrem força e tenham estrutura para dar seguimento à terapia.

A adaptação e, posteriormente, o seguimento desse tratamento, exige comprometimento, persistência e, às vezes, esforço para acessá-lo. Contudo, parece que a percepção de que esse tratamento medicamentoso complexo e exigente substitui a desgastante terapia dialítica acaba por amenizar os estressores do tratamento medicamentoso pós-transplante renal, os quais assumem pouca ou nenhuma importância para quem está satisfeito por ter a sua liberdade e a sua autonomia restauradas pelo transplante.

## REFERÊNCIAS

- ABECASSIS, M. et al. Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: a national kidney foundation/kidney disease outcomes quality initiative (NKF/KDOQI) conference. **Clin J Am Soc Nephrol**, [S.l.], v.3, n.2, p.471-480, mar. 2008.
- ARRUDA, G. O.; RENOVATO, R. D. Uso de medicamentos em transplantados renais: práticas de medicação e representações. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 157-164, dez. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes**. São Paulo, Jan/Mar, 2013.
- BARRETTI, P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a terapia renal substitutiva (TRS), na doença renal crônica (DRC), **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 47-49, ago. 2004.
- BARROS, Elvino et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BASTOS JR, M. A. V. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus pós-transplante renal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, [S.l.], v. 49, n. 2, p. 271-277, abr. 2005.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. 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 Bras Nefrol**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 93-108, jan./mar. 2011.
- BITTENCOURT, Z.Z.L.C. et al. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev Saúde Pública**, Campinas, v. 38, n. 5, p. 732-734, out. 2004.
- BRAHM, M. M. T. **Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais**. Porto Alegre, 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS; 1996. 9 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. [Site]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6222/162/ministerioampliaassistencia%3Cbr%3E-para-transplante-de-rim.html>. Acessos em 05 jul. 2012; 12 jul. 2012; 27 jul. 2012; 04 ago. 2012; 28 maio 2013.
- BRASIL. Resolução n. 666 de 17 de julho de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Imunossupressão no Transplante Renal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jul. 2012b. Seção 1, p. 69.
- CHERCHIGLIA, M. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev Saúde Pública**, Campinas, v. 44, n. 4, p. 639-649, ago. 2010.

CONDÉ S. A. L. et al. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 242-248, jul./set. 2010.

FUJII, C. D. C.; BARROS, E. J. G. Demandas de intervenções de enfermagem no atendimento ao paciente em tratamento conservador. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 29, n. 3, supl. 3, p. 64, jul./set. 2007.

GARCIA, G. G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 34, n. 1, p.1-7, jan./mar. 2012.

GARCIA, S. C. et al. Ciclosporina A e tacrolimus: uma revisão. **J Bras Patol Med Lab**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 393-401, dez. 2004.

GIAKOUSTIDIS, D. et al. Prevalence and clinical impact of cytomegalovirus infection and disease in renal transplantation: ten years of experience in a single center. **Transplantation Proceedings**, Nova Iorque, v. 44, n. 9, p. 2715-2717, nov. 2012.

GOETZMANN, L. et al. Attitudes towards transplantation and medication among 121 heart, lung, liver and kidney recipients and their spouses. **Swiss Med Wkly**, [S.l.], v. 142, w13595, p. 1-9, jun. 2012.

GRASSMANN, A. et al. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. **Nephrol Dial Transplant**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 2587-2593, oct. 2005.

GUERRA JR. et al. Ciclosporina *versus* tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 163-174, jan. 2010.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando um Estudo Observacional**: Estudos transversais e de caso controle. In HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem Epidemiológica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LENNERLING, A.; FORSBERG, A. Self-reported non-adherence and beliefs about medication in a swedish kidney transplant population. **The Open Nursing Journal**, [S.l.], v. 6, p.41-46, abr. 2012.

LIRA, A. L. B. C.; ALBUQUERQUE, G. J.; LOPES, V. O. Perfil os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./mar. 2007.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 108-114, mar. 2010.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 786-796, abr. 2010.

MANFRO, R. C.; NORONHA, I. L.; SILVA FILHO, A. P. **Manual de Transplante Renal**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004.

MANFRO, R. C. Manejo da doença crônica do enxerto renal. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v.33, n.4, p.485-492, out./dez. 2011.

MEDINA-PESTANA, J. O. et al. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v.33, n.4, p. 472-484, out./dez. 2011.

MITWALLI, A. H. et al. Cytomegalovirus disease in a renal transplant recipient: the importance of pre-transplant screening of the donor and recipient. **Saudi J Kidney Dis Transplant**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 80-85, fev. 2013.

OLIVEIRA M. I. G.; SANTOS A. M.; FILHO N. S. Análise da sobrevida e fatores associados à mortalidade em receptores de transplante renal em Hospital Universitário no Maranhão. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 216-225, jan./mar. 2012.

PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 4. ed. São Paulo: COOPMED, 2012.

PIMENTA, R. C. S. et al. Análise dos fatores sociodemográficos e epidemiológicos em relação à sobrevivência de pacientes transplantados renais de um hospital universitário e filantrópico de sorocaba – SP. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 13, n. 4, p. 8 - 12, set. 2011.

PROENÇA, M. C. C.; VICARI, A. R.; GONÇALVES, D. H. Consulta de enfermagem pré-transplante renal: uma atividade relacionada ao autocuidado. **J Bras Transpl**, [S.l.], v.12, n.4, p. 1162-1164, out./dez. 2009.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RINALDI, D. Faltam 200 vagas para doentes renais. **A Tribuna**, São Paulo, 07 jun. 2012.

ROMÃO JR. J. E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 1-3, jul./set. 2004.

SANTOS, L. V. A.; SANTOS, A. B.; COSTA, C. M. A. Qualidade de vida relacionada ao domínio relação social em transplantados renais: estudo preliminar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, Ano 10, p. 64-72, jan/mar. 2011.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 28 de maio de 2013, às 20h.

SILVA, J. M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes transplantados renais em hospital universitário e o conhecimento sobre uso de drogas imunossupressoras. **J Bras Transpl**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1456-1459, jan./mar. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. [Site]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acessos em 12 jul. 2012; 15 jul. 2012; 19 jul.2012; 22 jul. 2012; 27 jul. 2012; 01 ago. 2012; 04 ago. 2012; 07 ago. 2012; 10 ago. 2012; 12 ago. 2012; 14 ago. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise de 2011**. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2011\\_publico.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf). Acessos em 13 jul. 2012; 20 jul. 2012; 14 jan. 2013; 25 maio 2013.

STRINGUETTA-BELIK, F. et al. Maior nível de atividade física associa-se a melhor função cognitiva em renais crônicos em hemodiálise. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 378-386, out./dez. 2012.

TEIXEIRA, M. C. B. T. Revisão/Atualização em Transplante Renal. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 59-63, jan./mar. 1996.

TORESAN, R. et al. Association between the presence of anti-HLA antibodies with acute rejection and chronic allograft nephropathy in the first year after kidney transplantation. **Transplantation Proceedings**, [S.l.], v. 40, n.3, p.718-719, abr. 2008.

ZIMMERMANN, P. R.; CARVALHO, J. O.; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **R. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2004.

WOLFE, R.A. et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 341, n. 23, p. 1725-1730, dez. 1999.

## **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título: SEGUIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PELO TRANSPLANTADO RENAL**

Pesquisadora responsável: Prof<sup>a</sup> Dra Elisabeth Gomes da Rocha Thomé, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, telefone: (51) 99967393.

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Você somente precisará responder a um questionário que contém 21 perguntas, o que levará em torno de 10 minutos. Você não terá nenhum custo para participar desta pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra, da pesquisadora. Em caso de dúvida sobre seus direitos como participante de pesquisa, você poderá contatar a pesquisadora ou o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, telefone: (51) 33597640.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Essa pesquisa tem como objetivo identificar as formas como o seguimento do tratamento medicamentoso pelo transplantado renal acontece. Você não terá nenhum benefício direto ao participar desta pesquisa, contudo, os resultados deste estudo poderão auxiliar a equipe de assistência no cuidado ao transplantado renal durante o acompanhamento ambulatorial. Não são conhecidos riscos decorrentes da sua participação nessa pesquisa, apenas o possível desconforto pela exposição às perguntas do questionário e/ou cansaço relacionado ao tempo da entrevista. A participação nessa pesquisa será de forma voluntária, através do questionário aplicado em um único momento. Este material ficará sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, e após esse período, ele será destruído. Serão garantidos o anonimato e o caráter confidencial dessas informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.

Caso participe, em qualquer momento, você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, caso seja de sua vontade, retirar-se da pesquisa e não permitir a utilização de seus dados. A não aceitação em participar dessa pesquisa não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento neste Hospital.

Nome do participante:.....

Nome da pesquisadora:.....

Porto Alegre,...../...../.....

.....

Assinatura do participante

.....

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### Identificação do participante: \_\_\_\_\_

#### Dados epidemiológicos dos sujeitos da pesquisa

1. Faixa Etária:

- ( ) 18 – 35 anos                      ( ) 51 – 65 anos  
 ( ) 36 – 50 anos                      ( ) > 65 anos

2. Sexo:

- ( ) Feminino              ( ) Masculino

3. Escolaridade:

- ( ) Não alfabetizado(a)              ( ) Ensino Fundamental incompleto  
 ( ) Ensino Fundamental              ( ) Ensino Médio              ( ) Ensino Superior

4. Estado conjugal:

- ( ) Solteiro/a              ( ) Casado/a              ( ) Em um relacionamento afetivo  
 ( ) Divorciado/a - separado/a              ( ) Viúvo/a

5. Número de pessoas que moram na mesma residência:

- ( ) Uma              ( ) Duas              ( ) Três              ( ) Quatro              ( ) Cinco              ( ) Seis ou mais

6. Ocupação atual:

- ( ) Trabalha              ( ) Não trabalha/é sustentado por outra pessoa  
 ( ) Aposentado              ( ) Aposentado por invalidez

7. Renda familiar (em salário mínimo regional – R\$622):

- ( ) < um              ( ) um - dois              ( ) dois - três              ( ) > três

8. Formas de tratamento anteriores ao transplante renal:

- ( ) Hemodiálise              ( ) Dialise Peritoneal

Durante quanto tempo você fez esse tratamento?.....

9. Origem do enxerto renal:

- ( ) Doador-falecido              ( ) Doador-vivo / Quem foi o doador?.....

10. Tempo de realização do Transplante Renal:

- ( ) < 3 meses              ( ) 3 – 6 meses  
 ( ) 6 – 12 meses              ( ) > 12 meses

#### Identificação do tratamento medicamentoso

11. Medicamentos de uso crônico pós-transplante renal:

- ( ) Imunossuppressores/Quais?.....  
 ( ) Sulfametoxazol+Trimetropim/outra antibiótico profilático:.....  
 ( ) Omeprazol/outra antiulceroso:.....  
 ( ) Anti-hipertensivo              ( ) Insulina              ( ) Outro(s) /Qual?.....

***Caracterização do seguimento do tratamento medicamentoso***

12. Cumprimento dos horários estabelecidos para o uso das medicações, considerando até 1 hora de desvio para mais ou para menos:

Cumpre     Não cumpre     Nem sempre cumpre

13. Quanto ao comparecimento às consultas ambulatoriais de acompanhamento pós-transplante renal:

Comparece a todas as consultas.

Não compareceu algumas vezes, mas suas faltas foram justificáveis.

Não compareceu várias vezes e nem sempre suas faltas foram justificáveis.

14. Formas de aquisição dos medicamentos em uso:

Exclusivamente via SUS                       Via SUS e Particular

Outra (s)/Qual(is)?.....

15. Sobre a disponibilidade dos medicamentos de uso crônico no Serviço de Saúde do qual os recebe:

Falta(m) medicamento(s)     Não falta(m) medicamento(s).

Se a resposta for positiva, com que frequência:

Frequentemente                       Algumas vezes

16. Possibilidade de compra na falta do(s) medicamento(s) no serviço que os dispensa:

Há possibilidade de compra.     Não há possibilidade de compra.

17. Dependência de algum auxílio da família/amigo/vizinho no que se refere ao seguimento do tratamento pós-transplante renal:

Depende.                       Não depende.

Se a resposta for positiva:

Que tipo de auxílio é necessitado?.....

Quem fornece esse auxílio?.....

18. Possíveis interferência(s) causada(s) pela necessidade do uso de medicamentos constantes e regulares após o transplante renal:

Interfere.     Não interfere em nada.

Se a resposta for positiva, forma de interferência:

Restrição das atividades diárias/Compromisso com os horários

Mal estar causado pelos medicamentos                       Outra/Qual?.....

19. Existência de alteração corporal (física ou orgânica) atribuída ao uso dos medicamentos:

Sim, houve alteração(s).     Não observou alteração(s).

Se a resposta for positiva, esse fato gerou incômodo?

Sim     Não

20. Conhecimento da função do tratamento medicamentoso:

Sim     Não

21. Ciência da dependência desses medicamentos:

Ciente.     Não ciente.

## ANEXO A: ACEITE DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Projetos

Página 1 de 1

**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Elisabeth Gomes Da Rocha Thome**

**Projeto Nº:** 24024

**Título:** IMPLICACOES DA TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA OS PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

As autoras responderam a maioria das alterações solicitadas. Sugere-se apenas rever o termo "média de percentuais" utilizado na análise de dados. Projeto Aprovado.

## ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

### COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 130068

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

ELISABETH GOMES DA ROCHA THOME

DANIELA EMERIM BORGES

**Título:** IMPLICAÇÕES DA TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA OS PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAI

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 25 de fevereiro de 2013.

  
Prof. Flávio Kapczinski  
Coordenador GPPG/HCPA