UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA DA COSTA ZIVIANI

As necessidades de informação de receptores de transplante
de fígado

RIBEIRÃO PRETO

2014

LUCIANA DA COSTA ZIVIANI

As necessidades de informação de receptores de transplante
de fígado

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto
com doenças agudas

Orientador: Cristina Maria Galvão

RIBEIRÃO PRETO
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

ZIVIANI, LUCIANA DA COSTA

As necessidades de informação de receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto, 2014.

82 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Cristina Maria Galvão

1. Enfermagem Perioperatória. 2. Transplante de Fígado. 3.Necessidades de Informação. 4.Receptores.

ZIVIANI, LUCIANA DA COSTA

As necessidades de informação de receptores de transplante de fígado

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ..____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIAS

As minhas filhas Gabriela e Júlia,

Meus presentes de Deus, amigas e companheiras que me enchem de orgulho. Muito obrigada pela compreensão e pelo apoio em todos os momentos da minha vida. Amo eternamente e incondicionalmente.

Aos meus pais Claret e Vanju

Por terem me proporcionado a vida. Agradeço a educação e o exemplo que me deram. Se hoje cheguei aqui foi pela dedicação, amor, carinho e confiança de vocês. Amo muito!

Aos meus avós maternos Einide e Luiz (In Memoriam)

Meus segundos pais, que sempre me deram educação, amor e os ensinamentos que hoje carrego como filosofia de vida. Pessoas iluminadas que durante o período em que estiveram entre nós se dedicaram a educação de muitas crianças e adultos. Meus maiores exemplos de ética, moral e amor ao próximo. Sei que onde estiverem estarão sentindo orgulho dessa conquista. Saudades e amor eternos.

Aos meus avós paternos Edma e Agnaldo

Que contribuíram para minha educação e formação de vida.

Ao meu namorado Juliano

Pela compreensão, apoio, paciência, amor e dedicação! Obrigada por todos os momentos em que passamos juntos e por fazer parte da minha vida. Te amo muito.

A todos os pacientes candidatos e receptores de transplante de fígado

Devemos sempre ter a esperança de que vale a pena lutar e acreditar que a conquista depende apenas de nós!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela saúde, inspiração, perseverança, força e paciência concedidas no período deste estudo e por toda minha vida.

Professora Doutora Cristina Maria Galvão

Agradeço sua orientação, paciência, dedicação, confiança e perseverança!

A amiga, enfermeira e doutora Karina Dal Sasso Mendes

Agradeço pela amizade, dedicação, confiança, estímulo e perseverança! Você foi de grande importância para minha trajetória profissional e para o desenvolvimento deste estudo. Obrigada pelo seu exemplo e por acreditar neste sonho junto comigo!

A amiga Fabiana Murad Rossin Molina

Agradeço pela amizade, companheirismo, cumplicidade, paciência e dedicação! Obrigada pelo amor fraterno e por compartilhar momentos tristes e felizes comigo. Sua amizade foi essencial para a concretização desse sonho!

As amigas Kátia Prado, Viviane Augusto e Tatiane Martins

Agradeço pela amizade, companheirismo e por terem participado deste sonho e de muitos momentos importantes da minha vida.

A toda equipe do Grupo Integrado de Transplante de Fígado

Pela amizade, trabalho em equipe e apoio na concretização deste estudo.

Aos amigos Daniela, Amanda, Fernanda, Juliana, Grasielle, Andréa, Angélica, Vinícius e Matheus

Obrigada pela amizade, companheirismo, paciência e pelos momentos de alegria e descontração que passamos e ainda passaremos juntos. Peço desculpas e agradeço a compreensão nas ausências necessárias.

A todos os pacientes receptores de transplante de fígado do HCFMRP

Agradeço a participação e a confiança na realização deste estudo.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire

"É preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê."

Marcelo Camelo

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

ZIVIANI, L.C. **As necessidades de informação de receptores de transplante de fígado**. 2014. 82f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O transplante de fígado é considerado um dos procedimentos mais complexos da medicina moderna. O ensino do paciente é relevante no contexto da saúde e pode contribuir para o sucesso do tratamento. Dentre as atividades do enfermeiro, ressalta-se o papel de educador. No período pós-operatório de transplante de fígado, este profissional deve implementar intervenções educativas direcionadas para o preparo do paciente no enfrentamento das mudanças no estilo de vida, decorrentes de procedimento cirúrgico complexo. Para tal, o primeiro passo consiste no conhecimento das necessidades de informação indicadas pelos receptores de transplante de fígado. O objetivo geral do estudo foi avaliar as necessidades de informação de receptores de transplante de fígado em atendimento ambulatorial em hospital público. A amostra foi composta por 92 receptores de transplante de fígado atendidos em ambulatório de hospital público do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2014, por meio da aplicação de instrumento adaptado. Os principais resultados da pesquisa indicaram que a maioria dos receptores de transplante de fígado era do sexo masculino (77,17%) e casado (76,09%). A idade média foi de 54,48 anos, a média de anos de estudo foi de 9,02 anos, sendo 70,65% dos receptores moradores na zona urbana. Dos 92 participantes, 46,74% estavam aposentados e 26,09%, afastados de suas atividades laborais e 36,96%, com renda familiar entre dois e três salários-mínimos. Em relação às características clínicas, observou-se que 47,83% dos receptores eram do grupo sanguíneo tipo O, 72,83% tinham escore MELD entre 20 e 29 pontos, 41,30% estavam com cirrose de etiologia viral (B ou C). Dos 92 pacientes, 45,65% tinham IMC entre 18,50 e 24,99 Kg/m² (peso normal) e 33,70% estavam acima de 25 Kg/m² (sobrepeso). A média de dias após o transplante foi de 1.508,85 dias, o tacrolimus era empregado como terapia medicamentosa de imunossupressão principal em 36,96% dos receptores e era associado ao micofenolato sódico em 38,04% dos pacientes. As necessidades de informação que obtiveram as médias maiores foram: sugestão de assunto nº3 (média 5,35) refere-se aos sinais e sintomas de complicações (rejeição, infecção, diabetes, hipertensão arterial, entre outras) agrupada na categoria manejo das potenciais complicações; sugestão nº2 (média 5,29) relativa aos efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos (categoria manejo dos medicamentos) e sugestão nº14, alimentação segura após o transplante (média 4,53), também agrupada na categoria manejo das potenciais complicações. Os resultados evidenciados oferecem subsídios sobre o perfil sociodemográfico e clínico de receptores de transplante de fígado na realidade nacional, bem como das necessidades de informação, as quais podem auxiliar o planejamento de intervenções educativas direcionadas para o processo de transplante de fígado, para principalmente melhorar a qualidade da assistência, a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações após o transplante.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória. Transplante de Fígado. Necessidades de Informação. Receptores.

ABSTRACT

ZIVIANI, L.C. **Information needs of liver transplant recipients**. 2014. 82p. Thesis (Master) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Liver transplantation is considered one of the most complex procedures in modern medicine. The patient education is relevant in the context of health and may contribute to the success of treatment. Among the activities of nurses, the role of educator is highlighted. In the postoperative period of liver transplantation, this professional must implement educational interventions directed to the preparation of the patient in coping with changes in lifestyle resulting from complex surgical procedure. For this, the first step consists in the identification of information needs indicated by liver transplant recipients. This study aimed to assess the information needs of liver transplant recipients in outpatient treatment at a public hospital. The sample consisted of 92 liver transplant recipients assisted in outpatient clinic at a public hospital in the state of São Paulo. Data collection was performed from February to June 2014, through the application of the adapted instrument. The main results indicated that most liver transplant recipients were male (77.17%) and married (76.09%). The average age was 54.48 years, the average years of schooling was 9.02; and 70.65% of recipients lived in the urban area. Of the 92 participants, 46.74% were retired, 26.09% were on leave from work and 36.96% had incomes between two and three minimum wages. Regarding clinical characteristics, 47.83% of recipients were type O blood group, 72.83% had MELD scores between 20 and 29 score points, and 41.30% had cirrhosis of viral etiology (B or C). Of the 92 patients, 45.65% had a BMI between 18.50 to 24.99 Kg/m² (normal weight) and 33.70% greater than 25 Kg/m² (overweight). Average days after the transplantation was 1508.85 days, the tacrolimus was used as the primary immunosuppression drug therapy in 36.96% of the recipients, and associated with mycophenolate sodium in 38.04% of the patients. Information needs with the highest averages were: suggestion of topic n°3 (5.35) which refers to the signs and symptoms of complications (rejection, infection, diabetes, hypertension, etc.), grouped in the category management of potential complications; suggestion n°2 (5.29) related to the side effects and care of medicines (category management of medicines); and suggestion n°14, safe food after transplantation (4.53), also grouped in the category management of potential complications. The results show subsidies on the sociodemographic and clinical profile of liver transplant recipients in the national reality and the information needs which may assist the planning of educational interventions directed to the process of liver transplantation, mainly aiming to improve quality of care, adherence to treatment and prevention of complications after transplantation.

Keywords: Perioperative Nursing. Liver Transplantation. Information Needs. Recipients.

RESUMEN

ZIVIANI, L.C. **Necesidades de Información de los receptores de trasplante de hígado**. 2014. 82h. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El trasplante de hígado es considerado uno de los procedimientos más complejos de la medicina moderna. La educación del paciente es relevante en el contexto de la salud y puede contribuir para el éxito del tratamiento. Entre las actividades de los enfermeros, el papel de educador se pone de relieve. En el periodo postoperatorio de trasplante de hígado, este profesional debe implementar intervenciones educativas dirigidas a la preparación del paciente para hacer frente a los cambios en el estilo de vida debido a procedimiento quirúrgico complejo. Para este fin, el primer paso consiste en el conocimiento de las necesidades de información indicadas por los receptores de trasplante de hígado. Este estudio objetivó evaluar las necesidades de información de los receptores de trasplante de hígado en atención ambulatoria en hospital público. La muestra consistió en 92 receptores de trasplante de hígado asistidos en ambulatorio de hospital público en el estado de São Paulo. La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y junio de 2014, mediante la aplicación de instrumento adaptado. Los principales resultados indicaron que la mayoría de los receptores de trasplante de hígado eran hombres (77,17%) y casados (76,09%). La edad media fue de 54,48 años, el promedio de años de escolaridad fue de 9,02, y 70,65% eran residentes en el área urbana. De los 92 participantes, 46,74% eran jubilados, 26,09% se quedaban alejados de sus actividades laborales, y 36,96% con ingresos entre dos y tres salarios mínimos. En cuanto a las características clínicas, 47,83% de los receptores eran del grupo sanguíneo O, 72,83% con puntaje MELD entre 20 y 29, y 41,30% con cirrosis de etiología viral (B o C). De los 92 pacientes, 45,65% tenían IMC entre 18,50 a 24,99 Kg/m² (peso normal) y 33,70% mayor que 25 Kg/m² (sobrepeso). El promedio de días después del trasplante fue de 1508,85 días, el tacrolimus fue utilizado como el principal fármaco en la terapia de inmunosupresión en 36,96% de los receptores y asociado al micofenolato sódico en 38,04% de los pacientes. Las necesidades de información que obtuvieron los promedios más altos fueron: sugestión de tema n°3 (5,35) se refiere a los señales y síntomas de complicaciones (rechazo, infección, diabetes, hipertensión, etc.) agrupada en la categoría gestión de las posibles complicaciones; sugestión n°2 (5,29) relativa a los efectos colaterales y la atención de los medicamentos (categoría gestión de medicamentos) y sugestión n°14, alimentación segura después del trasplante (4,53), también agrupada en la categoría de gestión de las posibles complicaciones. Los resultados ofrecen subsidios sobre el perfil sociodemográfico y clínico de los receptores de trasplante de hígado en la realidad nacional, y las necesidades de información que pueden ayudar a la planificación de las intervenciones educativas dirigidas al proceso de trasplante de hígado, principalmente con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones después del trasplante.

Palabras-claves: Enfermería Perioperatoria. Trasplante de Hígado. Necesidades de Información. Receptores.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Descrição do perfil sociodemográfico dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014	30
Tabela 2 –	Descrição do perfil clínico dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014	33
Tabela 3 –	Descrição da fonte de informações relacionadas às necessidades de aprendizagem dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014	35
Tabela 4 –	Distribuição dos valores da escala de avaliação das necessidades de informação (NI) dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014	36
Tabela 5 –	Distribuição dos receptores de transplante de fígado, de acordo com o nível de escolaridade, segundo idade, MELD, índice de massa corporal, dias de internação, conhecimentos pertinentes ao processo de transplante de fígado e necessidades de informação. Ribeirão Preto-SP, 2014	40
Tabela 6 –	Distribuição dos receptores de transplante de fígado, de acordo com o tempo de transplante, segundo idade, MELD, índice de massa corporal, dias de internação, conhecimentos pertinentes ao processo de transplante de fígado e necessidades de informação. Ribeirão Preto-SP, 2014	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 METODO	21
3.1 Tipo de estudo	22
3.2 Local do estudo	22
3.3 População	22
3.3.1 População que realizou a validação aparente e de conteúdo do instrumento de coleta de dados (juízes)	22
3.3.2 População em que foi aplicado o instrumento de coleta de dados	23
3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão	23
3.3.4 Amostra	23
3.4 Instrumento de coleta de dados	24
3.5 Coleta de dados	25
3.6 Análise de dados	26
3.7 Aspectos éticos	27
4 RESULTADOS	28
5 DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	69
ANEXO	81

O desenvolvimento dos transplantes e a sua aplicação no tratamento de doenças terminais de órgãos, como fígado, rim, pâncreas, coração, pulmão e intestino, têm apresentado êxito e avanço na medicina brasileira, evoluindo de procedimento arriscado para intervenção terapêutica eficaz em pacientes com doenças terminais (GARCIA, 2000). Os avanços nas técnicas cirúrgicas, na conservação dos enxertos, nos cuidados intensivos do intra e pós-operatório e nas terapias imunossupressoras foram responsáveis pelo aumento da média de sobrevida dos pacientes submetidos a transplantes. Dessa forma, os centros transplantadores em expansão têm investido em equipes multidisciplinares que atuem com humanização e tratamento holístico ao paciente e aos familiares, considerando toda a complexidade envolvida nos processos de doações e transplantes (DUARTE et al., 2012).

No Brasil, as primeiras tentativas de transplante de fígado foram realizadas em 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mas somente em 1985 foi realizado o primeiro transplante com sucesso no Brasil e na América Latina. Atualmente o Brasil tem 60 centros transplantadores cadastrados no Ministério da Saúde e possui uma fila de espera de mais de 1.400 pessoas com doença crônica do fígado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2014).

Em maio de 2000, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) iniciou um programa de transplante de fígado com a formação de equipe multiprofissional e, em maio de 2001, realizou com sucesso o primeiro transplante de fígado (CASTRO-SILVA JÚNIOR et al., 2008).

Em 2005, foi inaugurada a Unidade Especial de Transplante de Fígado, local onde são internados os candidatos ao transplante, ou seja, pacientes inscritos em lista de espera, com complicações da doença de base, bem como os receptores que são os pacientes submetidos ao transplante hepático, no período pós-operatório mediato ou tardio.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem executado papel fundamental na organização e na implementação do cuidado prestado aos candidatos e receptores de transplante de fígado (ZIVIANI et al., 2009). Para que o cuidado de enfermagem em transplantes seja diferenciado e de qualidade, é preciso que, além do conhecimento técnico-científico, o enfermeiro tenha domínio sobre as necessidades biopsicossociais do indivíduo (DUARTE et al., 2012).

O fígado está localizado na parte superior direita do abdome, é o maior e mais complexo órgão sólido do corpo humano, responsável por mais de 500 funções essenciais na manutenção da vida como produção de bile, regulação do metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios, armazenamento de vitaminas e minerais, metabolismo e excreção de medicamentos e hormônios, hemostasia e imunidade (SILVA et al., 20001; SHINONI, 2006; DUARTE et al., 2012). Quando o fígado é acometido por lesão grave e irreversível, por diversas etiologias que comprometem seu funcionamento, o transplante é a única opção terapêutica (MIES, 1998; SHINONI, 2006).

O transplante de fígado é considerado um dos procedimentos mais complexos da medicina moderna (MIES, 1998). Devido aos avanços na prática clínica do cuidado pré e pós-transplante, na técnica cirúrgica, nas terapias imunossupressoras e na profilaxia e tratamento das infecções oportunistas, as últimas décadas foram marcadas pela melhora significativa na sobrevida do enxerto e do paciente, com taxas que chegam a 70% em cinco anos e 60% em 10 anos. Consequentemente existe preocupação maior com a qualidade de vida do receptor que inclui seu bem-estar físico, emocional e social (COELHO et al., 2003; SAAB et al., 2011).

O seguimento do tratamento proposto pela equipe multiprofissional é de fundamental importância para o sucesso do transplante, a curto e longo prazo. O abandono no uso dos imunossupressores e a recidiva na ingestão de bebidas alcoólicas podem aumentar o risco de rejeição e perda do enxerto no paciente submetido ao transplante hepático (BURRA et al., 2011). A não adesão ao tratamento é reconhecida como fator determinante que prejudica a qualidade de vida e aumenta a morbidade e mortalidade entre os pacientes, contribuindo, assim, para o aumento de custos e excesso da utilização dos serviços de saúde (TELLES-CORREIA et al., 2007).

Após o transplante, os pacientes experimentam período de bem-estar que pode estar relacionado ao sucesso da cirurgia e à melhoria do estado clínico; entretanto, essa condição pode ter curta duração devido ao aparecimento dos efeitos secundários dos medicamentos, complicações cirúrgicas tardias, rejeição e recidiva da doença de base como as hepatites virais (TELLES-CORREIA et al., 2006).

As complicações após o transplante podem ser classificadas em imediatas e tardias. As complicações imediatas dependem da qualidade do enxerto referente ao tempo de isquemia e preservação, das complicações cirúrgicas, das coagulopatias, das infecções e das condições prévias do receptor relacionadas à descompensação da cirrose, tais como: alteração do estado nutricional, ascite, alteração da função renal, instabilidade hemodinâmica, dentre outras. As complicações tardias ocorrem geralmente, após as três primeiras semanas do transplante, e incluem a rejeição do enxerto, os efeitos colaterais dos imunossupressores, as estenoses ou fístulas biliares, as trombozes vasculares, a recidiva das hepatites virais crônicas no fígado transplantado e as infecções, principalmente, pelo citomegalovírus (PAROLIN, 2002; MESQUITA et al., 2008).

A rejeição é a preocupação primordial da equipe multidisciplinar, pois o fígado após ser transplantado é percebido pelo sistema imunológico como antígeno estranho, e isso deflagra resposta imune que acarreta a ativação dos linfócitos T, os quais atacam e destroem o fígado transplantado, por isso a necessidade dos imunossupressores, inicialmente em doses altas, para prevenir essa resposta e evitar a rejeição do enxerto. Em consequência, os efeitos colaterais desses medicamentos podem surgir, tais como: hipertensão arterial, alteração da função renal, diabetes, aumento do peso, tremores, cefaleia, depressão acentuada do sistema imunológico e alterações psicológicas que devem ser bem conhecidos pelos receptores para evitar o comprometimento do tratamento e prejuízos da qualidade de vida, após o transplante hepático (MIES, 1998; TELLES-CORREIA, 2006).

Outro aspecto importante a ser avaliado pela equipe multiprofissional, após o transplante, é a recaída alcoólica, a qual pode acarretar lesões histológicas hepáticas, desenvolvendo-se rapidamente em fibrose e evoluindo em perda do enxerto e óbito. Por ser considerada doença crônica, os pacientes com diagnóstico de alcoolismo pré-transplante, mesmo que abstinente há vários meses ou anos, deverão ser orientados e acompanhados rigorosamente antes e após o transplante, para evitar recaídas (PAROLIN, 2002; TELLES-CORREIA, 2006).

Uma das complicações mais comuns dos receptores de fígado com o vírus da hepatite C é a recorrência da doença no enxerto transplantado. A história natural da cirrose hepática secundária ao vírus da hepatite C, no período pós-operatório do transplante hepático, é rapidamente progressiva, uma vez que considerável parte dos pacientes apresenta descompensação da doença um ano após o diagnóstico de

recidiva do vírus no enxerto, falecendo de insuficiência hepática ou necessitando de retransplante. A estratégia mais recomendada é o tratamento clínico, com a terapia indicada, na recorrência da hepatite crônica. No entanto, a ocorrência de efeitos colaterais adversos, tais como: a leucopenia, anemia e plaquetopenia, é observada em mais da metade dos pacientes tratados, bem como a alteração da função hepática, com agravamento no decorrer do tratamento que pode levar ao retransplante (BITTENCOURT, 2007).

No período pós-operatório, além da rejeição e do não funcionamento primário do enxerto, a hemorragia pós-operatória, a trombose da artéria hepática, as complicações biliares, cardiopulmonares, hematológicas e as infecções são riscos relevantes que podem acarretar o insucesso do procedimento (BURRA et al., 2011).

A literatura indica alguns estressores constantes para os receptores de transplante de fígado, e familiares, após o transplante, tais como: o medo de rejeição, complicações pós-operatórias, efeitos colaterais das medicações e recidivas das doenças de base com possível necessidade de retransplante, bem como as mudanças no estilo de vida, alterações emocionais, restrições importantes relacionadas à imunossupressão e dificuldades na reinserção no mercado de trabalho. Essa condição justifica a relevância da abordagem multidisciplinar efetiva, principalmente da enfermagem, no acompanhamento dos pacientes em todo o processo que envolve o transplante (BURRA et al., 2011; DUARTE et al., 2012).

A readaptação do paciente pós-transplante de fígado deve iniciar-se na internação e permanecer após a alta hospitalar e no acompanhamento ambulatorial, com o objetivo de promover a independência do paciente para os cuidados necessários no domicílio. Para tal, o ensino do paciente é crucial e pode favorecer a adesão dos pacientes e cuidadores às informações recebidas, no uso dos medicamentos e na redução das complicações e reinternações (ZIVIANI et al., 2009). Além disso, o ensino do paciente pode auxiliar na promoção e manutenção da saúde, bem como estimular a participação do paciente no tratamento e na reabilitação (MELLES; ZAGO, 1999).

A educação em saúde pode ser definida como o processo que melhora o conhecimento e as habilidades do paciente no manejo do autocuidado, para um comportamento adequado em suas práticas de saúde. Esse processo envolve a identificação do que ensinar, considerando as principais barreiras para o aprendizado, a definição dos objetivos individuais, a escolha das melhores

intervenções e a realização de avaliação criteriosa de todo o processo ensino-aprendizagem (REGA, 1993; BASTABLE, 2006; EIZERIK et al., 2008).

Para o processo de ensino-aprendizagem ser efetivo, um aspecto importante é a participação do paciente. Esse processo deve ser visto como ação conjunta, na qual, por exemplo, o paciente ajuda a determinar quais são as informações que devem ser fornecidas. As intervenções educativas devem ser baseadas no conhecimento científico, na experiência clínica e contemplarem as necessidades do paciente. A equipe multiprofissional deve considerar não apenas o que o paciente precisa saber, mas principalmente o que ele deseja saber, suas percepções e expectativas, direcionando a informação e considerando a capacidade de assimilação deste, bem como identificando os significados que o paciente atribui à doença e ao tratamento proposto. Alguns estudos demonstram que os pacientes relatam maior satisfação e adesão ao tratamento, redução da ansiedade e melhora na qualidade de vida, quando percebem que as preocupações e déficits do conhecimento são abordados pela equipe multiprofissional. Ensinar não é apenas transferir informações, mas criar possibilidades e instrumentos para a produção e construção do conhecimento em conjunto, educador e aprendiz (JOHANSSON et al., 2003; KRUSE et al., 2009; MYERS; PELLINO, 2009).

O ensino do paciente é tópico de interesse entre os enfermeiros, sendo considerado como papel relevante deste profissional. O enfermeiro tem responsabilidade no investimento de esforços em atividades que promovam o aperfeiçoamento de intervenções educativas implementadas, com o uso de estratégias de aprendizagem, as quais podem melhorar a qualidade dos resultados para o paciente e a família. Por meio da educação em saúde, o enfermeiro pode proporcionar ao paciente a sua adaptação à doença, a prevenção de agravos e complicações, bem como a aplicação terapêutica prescrita pelo médico de forma segura e eficaz (REGA, 1993; BASTABLE, 2006; DRAGANOV et al., 2011).

O papel do enfermeiro enquanto educador, no período pós-operatório de transplante de fígado, é fornecer subsídios para que o paciente submetido ao procedimento anestésico cirúrgico complexo possa ser capaz de aprender e lidar com as mudanças em seu estilo de vida, tais como: o uso de medicamentos imunossupressores e seus efeitos colaterais, práticas de higiene, prevenção de infecção, monitoramento da função do novo órgão, mudanças na imagem corporal,

alterações de humor e no nível de energia, dentre outras alterações (BASS et al., 1999).

As diferentes mudanças fisiológicas e psicossociais na vida dos pacientes submetidos ao transplante de fígado geram dúvidas que devem ser esclarecidas pelo enfermeiro de forma clara, com o objetivo de detectar precocemente as complicações e contribuir para o sucesso do tratamento (SASSO et al., 2005).

O sucesso do enfermeiro no processo ensino-aprendizagem em saúde não depende apenas da quantidade e qualidade das informações transmitidas, mas também dos recursos psicoemocionais e sociais de que o educador e o educando dispõem (MELLES; ZAGO, 1999).

O educar, enquanto processo sociocultural, alicerça-se no plano das interações entre o educador e o aprendiz, utilizando-se os instrumentos baseados em suas crenças, vivências e experiências pessoais, onde a principal função é fornecer subsídios para o aprendiz transformar-se e para rever seu próprio modo de agir (GARCIA, 2001).

O primeiro passo para o processo ensino-aprendizagem é o indivíduo reconhecer quais são suas necessidades de informação, as quais podem ser definidas como a falta de habilidade, domínio ou conhecimento do paciente em lidar com aspectos considerados importantes para sua vida (MESTERS et al., 2001). Conhecer o que o paciente quer e precisa saber é relevante para a evolução do processo ensino-aprendizagem, no qual devem ser utilizadas estratégias didáticas voltadas para a participação, vivências e dificuldades do paciente, respeitando as individualidades de cada aprendiz (REGA, 1993; BASTABLE, 2006; MENDES et al., 2012).

O ensino do paciente é crucial para o sucesso do transplante de órgãos, e o enfermeiro como educador necessita de conhecimento técnico-científico para que o planejamento e a implementação do processo ensino-aprendizagem sejam efetivos, no qual o aprendiz apresenta modificação de atitude, estilo de vida ou comportamento que beneficie seu estado de saúde (MENDES et al., 2012).

Na trajetória profissional percorrida, com experiência no atendimento ambulatorial de receptores de transplante de fígado, diferentes aspectos relacionados às complicações pós-operatórias imediatas ou tardias podem ser identificados, dentre esses, ressaltam-se a recorrência ao consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, a falta ou uso incorreto dos medicamentos

imunossupressores, a presença de hérnias incisionais, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, alterações na função renal e desequilíbrio eletrolítico, infecções recorrentes, trombose vascular hepática e complicações biliares. Tais complicações, além de acarretarem diferentes alterações fisiológicas, também geram ansiedade, medo e depressão no paciente e trazem prejuízos para o tratamento proposto os quais possivelmente poderiam ser evitados/minimizados, ou melhor, compreendidos, caso o paciente tivesse conhecimento dos principais aspectos que envolvem o processo de transplante e os cuidados necessários após a cirurgia. Assim, o conhecimento das necessidades de informação de receptores de transplante de fígado é tópico relevante que pode promover o sucesso do tratamento e a melhoria da qualidade de vida de pacientes.

O desenvolvimento do presente estudo consiste no primeiro passo para auxiliar a implementação do processo ensino-aprendizagem de forma eficaz nos serviços de saúde. Salienta-se, ainda, a importância desse processo devido à complexidade do procedimento e à necessidade de compreender todas as fases do transplante, o que requer constante provisão de informações pela equipe multiprofissional para o paciente e a família.

A condução da pesquisa auxiliará na identificação de problemas relacionados às orientações oferecidas atualmente em programa de transplante e subsídios para repensar a atuação do enfermeiro na prática clínica. Além disso, pode fornecer dados que contribuam para a implementação de intervenções educativas efetivas no pós-operatório de transplante de fígado, bem como diminuir as lacunas de conhecimento devido à escassez de estudos na literatura internacional e nacional sobre as necessidades de informação de paciente submetido a transplantes de órgãos.

2.1 Objetivo geral

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar as necessidades de informação de receptores de transplante de fígado, em atendimento ambulatorial de hospital público.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico de receptores de transplante de fígado, em atendimento ambulatorial de hospital público;
- Caracterizar os aspectos clínicos de receptores de transplante de fígado, em atendimento ambulatorial de hospital público.

3.1 Tipo de estudo

O delineamento de pesquisa é não experimental, tipo descritivo. Esse delineamento é utilizado em situação em que o investigador deseja construir um retrato de um fenômeno, explorar eventos, pessoas ou situações de uma maneira natural. O estudo descritivo permite a elaboração de descrições detalhadas de variáveis existentes e utiliza os dados para justificar e avaliar condições e práticas atuais, ou ainda auxilia no planejamento para melhorar práticas de cuidado no contexto da saúde. É utilizado quando o pesquisador deseja buscar informações acuradas relacionadas às características de um grupo particular de sujeitos, instituições, ou situações, ou ainda sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno, particularmente quando pouco se sabe a respeito dele (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2006).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em hospital geral, público, do interior do Estado de São Paulo, que possui programa de transplante de fígado cadastrado no Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei nº 9.434, de 04/02/1997.

3.3 População

3.3.1 População que realizou a validação aparente e de conteúdo do instrumento de coleta de dados (juízes)

A amostra consistiu em cinco juízes convidados, sendo dois enfermeiros e dois médicos que trabalham no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de

Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e um enfermeiro que atua na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ressalta-se que os cinco juízes mencionados não fizeram parte da segunda fase da pesquisa, ou seja, aplicação do instrumento de coleta de dados nos receptores de transplante de fígado.

3.3.2 População em que foi aplicado o instrumento de coleta de dados

A população-alvo para a aplicação do instrumento de coleta de dados foram os receptores de transplante de fígado, em atendimento ambulatorial em hospital geral, público, do interior do Estado de São Paulo.

3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

No estudo, foram incluídos os receptores de transplante de fígado, de ambos os sexos, com idade igual ou maior que 18 anos.

Na pesquisa, foram excluídos os receptores de transplante de fígado com sequela neurológica de encefalopatia ou com déficit cognitivo e os que faltaram ou não tiveram retorno ambulatorial, no período de coleta de dados.

3.3.4 Amostra

No início da coleta de dados, 135 receptores de transplante de fígado estavam em tratamento ambulatorial no hospital selecionado para a condução do estudo. Assim, a amostra foi composta de 92 pacientes que obedeceram aos critérios de seleção propostos, durante o período de coleta de dados (fevereiro a junho de 2014). Dos 135 pacientes, três foram excluídos do presente estudo por déficit neurológico, relacionado à sequela de Acidente Vascular Encefálico, um

paciente foi excluído por déficit cognitivo e um paciente foi excluído por déficit cognitivo devido ao uso de drogas ilícitas. Os 38 receptores que não participaram do estudo foi em decorrência da falta à consulta ambulatorial ou não agendamento da mesma, no período de coleta de dados.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizada uma adaptação do instrumento elaborado e submetida à validação aparente e de conteúdo por pesquisador nacional na temática enfermagem em transplante de fígado. O instrumento de Mendes (2010) contém três partes, sendo que, na primeira, os dados de registro estão direcionados para a identificação sociodemográfica do paciente (dados de identificação). Na segunda parte, os dados são referentes à doença crônica do fígado e, na terceira parte, sobre as necessidades de informação direcionadas para os candidatos ao transplante de fígado.

A elaboração da versão adaptada do instrumento foi composta da seguinte forma: todos os itens de identificação dos participantes da pesquisa, da primeira parte do instrumento de Mendes (2010) e dois itens da segunda parte (itens 3 e 9). Na segunda parte da versão adaptada, foi construído um item sobre os dados referentes ao período pós-operatório de transplante de fígado. Na construção da terceira parte do instrumento (dados relacionados às necessidades de aprendizagem), os itens 1, 2, 3, e 4 do instrumento de Mendes (2010) foram mantidos; entretanto, os enunciados foram adaptados para os participantes da pesquisa, ou seja, receptores de transplantes de fígado, bem como as sugestões sobre as necessidades de informação.

A construção da terceira parte do instrumento seguiu os mesmos passos propostos por Mendes (2010). A identificação das necessidades de informação foi fundamentada nos conceitos preconizados por Lorig (2001). Esse estudioso aponta como deve ser realizada a avaliação de necessidades de informação fundamentada nas crenças do paciente frente ao problema de saúde atual, bem como no modelo de ensino-aprendizagem proposto por Ohler (2003) e na literatura específica.

A versão adaptada do instrumento de Mendes (2010) foi submetida à validação aparente e de conteúdo por cinco juízes convidados, três enfermeiros, sendo dois atuantes na prática assistencial da Unidade de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP e um especialista de laboratório que atua em curso de graduação em disciplina de enfermagem perioperatória. Além desses profissionais, dois médicos foram convidados, sendo um hepatologista clínico e o outro hepatologista cirúrgico (Apêndice A).

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os juízes analisaram a versão adaptada do instrumento quanto a sua apresentação e ao conteúdo elaborado, em relação ao objetivo proposto na pesquisa. Todas as sugestões dos juízes foram acatadas (Apêndice B).

3.5 Coleta de dados

No hospital selecionado para o desenvolvimento da pesquisa, o atendimento ambulatorial ocorre semanalmente, de terças e sextas-feiras, no período da tarde, onde candidatos e receptores de transplante de fígado recebem assistência multiprofissional, sendo atendidos em média 20 pacientes por dia. O atendimento aos receptores ocorre, em sua maioria, às sextas-feiras devido à logística local de coleta de exames de sangue para a dosagem sérica do imunossupressor.

O procedimento de coleta de dados foi realizado da seguinte forma:

- no início de cada semana, durante o período de coleta de dados, o pesquisador tinha conhecimento da listagem de receptores agendados para a sexta-feira, por meio do sistema informatizado do hospital;
- no dia agendado para o paciente, antes da consulta médica, o pesquisador forneceu as informações quanto ao objetivo da pesquisa, convidando-o para participar do estudo. O paciente que aceitou participar da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e por meio de entrevista, o pesquisador realizou a aplicação do instrumento de coleta de dados;
- em relação à aplicação da terceira parte do instrumento (necessidades de informação), o paciente foi motivado a verbalizar o que gostaria de aprender. Para tal, foi formulado um cartão, contendo 22 sugestões de assuntos relacionados ao

pós-operatório de transplante de fígado contidas no instrumento, sendo que ficou a critério do paciente utilizar ou não o cartão mencionado;

- as respostas obtidas sobre as necessidades de informação foram listadas em ordem decrescente de importância, ou seja, o tópico de maior interesse para o paciente recebeu a pontuação 10 e o de menor interesse recebeu um ponto. Desta forma foi calculada uma pontuação final para cada resposta, obtida por meio da soma de cada pontuação e calculada a média aritmética. As respostas com maior pontuação foram consideradas as mais importantes.

- após a entrevista, os dados não informados pelo paciente foram coletados do prontuário médico e do site da Central Estadual de Transplantes.

3.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada na forma descritiva. Os dados coletados da pesquisa foram inseridos em planilha eletrônica do programa Excel® por meio de dupla digitação, seguida de validação para a correção de possíveis erros de digitação. Após o processo de validação, o banco de dados foi exportado para o programa estatístico GraphPad InStat 3.05 (GraphPad Software, Inc), e a análise estatística descritiva foi executada, tais como: média aritmética, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. As variáveis qualitativas investigadas foram apresentadas pela frequência de distribuição dos participantes entre as categorias existentes.

Para o cálculo das necessidades de informação, destaca-se que, para cada uma das sugestões de assunto consideradas, realizou-se a média aritmética por meio da divisão entre a somatória de cada sugestão e o número total de indivíduos participantes ($n=92$). Para salientar o interesse dos participantes em relação a cada sugestão de assunto apresentada, também se indicou o número de pacientes que responderam a cada sugestão investigada no estudo.

Para a comparação dos dados de uma determinada variável quantitativa entre dois grupos estabelecidos, inicialmente verificou-se se os dados apresentavam distribuição normal por meio do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Caso os grupos amostrais apresentassem distribuição normal ($p > 0,05$), o método

estatístico paramétrico foi empregado (teste t de Student), para comparações entre as médias de duas amostras independentes. Caso ao menos um dos grupos amostrais apresentasse desvios significativos em relação à distribuição normal ($p < 0,05$), empregou-se o teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney, método estatístico não paramétrico para comparações entre as médias de duas amostras independentes.

Os dados relativos às variáveis qualitativas foram sumarizados na forma de porcentagens. Para a comparação dos dados de uma determinada variável dicotômica entre dois grupos estabelecidos (tabelas de contingência 2x2), o teste exato de Fisher foi adotado.

O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$.

3.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado de acordo com o Parecer nº 464.575 (Anexo A).

Para a validação aparente e de conteúdo do instrumento de coleta de dados, os juízes foram informados sobre o objetivo do estudo pelo pesquisador e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Os pacientes participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após o pesquisador fornecer informações quanto ao objetivo da pesquisa, ressaltando que poderiam, a qualquer momento, desistir do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo (Apêndice D).

Conforme já apontado, 92 receptores de transplante de fígado participaram do estudo, ou seja, 68,15% dos 135 pacientes em acompanhamento ambulatorial no hospital selecionado, no início da coleta de dados (fevereiro de 2014).

Na Tabela 1, apresenta-se o perfil sociodemográfico dos receptores de transplante de fígado que participaram da presente pesquisa.

Dentre as características da amostra investigada, observou-se que houve predomínio do sexo masculino, sendo 71 (77,17%) participantes homens e 21 (22,83%) mulheres. A idade média foi de 54,48 anos (DP=10,21), a maioria apresentava idade superior a 51 anos, com 39 (42,39%) receptores com idade entre 51 e 59 anos e 29 (31,52%) receptores com idade superior a 60 anos, totalizando 73,91% da amostra. Os valores mínimo e máximo no que tange à idade foram de 21 e 75 anos.

Na análise do grau de instrução dos pacientes (anos de estudos), verificou-se que a média foi de 9,02 anos (DP=4,24), sendo que 46 (50%) pacientes cursaram até o ensino fundamental, 32 (34,78%), até o ensino médio, oito (8,70%), até o ensino superior e seis (6,52%) pacientes realizaram pós-graduação.

Em relação ao estado civil, 70 (76,09%) receptores eram casados ou em união estável. A média de número de filhos foi de 2,13 (DP= 1,52), sendo que 45 (48,91%) receptores tinham entre um e dois filhos, seguidos de 27 (29,35%) receptores que tinham entre três e quatro filhos.

Dos 92 participantes, 65 (70,65%) pacientes nasceram na zona urbana. No que se refere à atividade laboral, 43 (46,74%) pacientes estavam aposentados, 24 (26,09%), afastados do trabalho, sete (7,61%) não trabalhavam, sendo que apenas 18 (19,56%) pacientes tinham alguma atividade laboral.

Na época da coleta de dados, o salário-mínimo era de R\$ 724,00. Assim, 34 (36,96%) pacientes tinham renda familiar entre dois e três salários- mínimos, seguidos de 26 (28,26%) participantes com até um salário-mínimo de renda.

Em relação à crença religiosa, a maioria era católica (n=57, 61,96%), 22 (23,91%) pacientes eram evangélicos, oito (8,70%), espíritas e cinco (5,43%) participantes referiram apenas ser cristãos. Destaca-se que nenhum paciente referiu ser testemunha de Jeová, religião que proíbe a transfusão sanguínea (terapia muito comum para a realização do transplante de fígado).

Tabela 1 – Descrição do perfil sociodemográfico dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Receptores (n = 92)	Porcentagem
Sexo: Masculino	71	77,17
Feminino	21	22,83
Idade em anos (Média,DP)	54,48 ± 10,21	-
De 18 a 39	8	8,70
De 40 a 50	16	17,39
De 51 a 59	39	42,39
60 anos ou mais	29	31,52
Escolaridade (anos de estudo)		
Média, DP	9,02 ± 4,24	-
Até ensino fundamental	46	50,00
Até ensino médio	32	34,78
Até ensino superior	8	8,70
Pós-graduação	6	6,52
Estado Civil		
Solteiro	10	10,87
Casado ou união estável	70	76,09
Separado ou divorciado	8	8,70
Viúvo	4	4,35
Número de filhos		
Média, DP	2,13 ± 1,52	-
Sem filhos	13	14,13
1 a 2 filhos	45	48,91
3 a 4 filhos	27	29,35
Mais do que 4 filhos	7	7,61
Local de Nascimento		
Zona urbana	65	70,65
Zona rural	27	29,35
Ocupação		
Trabalha	18	19,56
Aposentado	43	46,74
Afastado do trabalho	24	26,09
Não trabalha	7	7,61
Renda (salário-mínimo)		
Até 1 salário	26	28,26
De 2 a 3 salários	34	36,96
De 3 a 4 salários	20	21,74
Maior do que 5 salários	12	13,04
Religião		
Católica	57	61,96
Evangélica	22	23,91
Espírita	8	8,70
Outras	5	5,43

Na Tabela 2, apresenta-se o perfil clínico dos receptores de transplante de fígado que participaram do presente estudo. Observou-se que 44 (47,83%) pacientes eram do grupo sanguíneo tipo O, 33 (35,87%), do tipo A, 13 (14,13%), do tipo B e dois (2,17%), pacientes do grupo AB.

A escala MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*) ou Modelo para Doença Hepática Terminal é um sistema de pontuação utilizado para avaliar a gravidade da doença hepática crônica. Para o cálculo do escore, utilizam-se os valores séricos de *bilirrubina*, *creatinina* e *índice internacional normalizado (INR)*, os quais são inseridos e calculados em fórmula matemática de logaritmo natural, o resultado obtido caracteriza-se por uma pontuação que prediz a sobrevida do indivíduo com cirrose, nos próximos três meses. Quanto maior é a pontuação MELD, maior é o risco de mortalidade do paciente com cirrose. Este sistema é utilizado para priorizar a alocação dos pacientes para o transplante de fígado no Brasil (ANDRAUS et al., 2013).

No dia do transplante de fígado, os pacientes apresentaram a média de 24,34 pontos (DP=4,98), sendo que a maioria dos pacientes (n=67, 72,83%) foi classificada entre 20 e 29 pontos, considerado grau moderado de severidade da doença hepática.

Na aplicação do escore MELD, encontram-se também os pacientes em situação especial na lista de espera para o transplante de fígado, ou seja, aqueles que receberam pontuações de 20, 24 e 29 pontos. No presente estudo, 52 (56,52%) pacientes tiveram situação especial para a realização da cirurgia.

Em relação à causa da doença crônica do fígado que ocasionou o transplante, constatou-se que houve predomínio da causa viral (hepatites B ou C), sendo em 38 (41,30%) pacientes da amostra, seguida de causa alcoólica em 22 (23,91%), causa criptogénica em 15 (16,30%) participantes e quatro (4,35%) pacientes apresentaram causa viral e alcoólica em conjunto. Dos 92 participantes, independentemente da etiologia que acarretou a doença crônica do fígado, 28 (30,43%) apresentaram hepatocarcinoma durante o período de espera para o transplante de fígado.

Dentre os pacientes com hepatite viral como causa da doença crônica do fígado (42 pacientes no total), 28 realizaram tratamento para hepatite C antes ou após o transplante, sendo que, em 15 pacientes (53,57%), o tratamento foi encerrado pelo motivo de carga viral negativa. Em 13 pacientes (46,43%), o tratamento foi encerrado devido às reações adversas ou pela manutenção da carga viral no sangue.

Na análise do período de internação após o transplante, a média foi de 21,35 dias (DP=19,61), valores mínimo e máximo de cinco e 120 dias de internação. Dos

92 participantes, 36 (39,13%) pacientes foram classificados no intervalo de sete a 14 dias de internação, 18 (19,57%), no intervalo de 15 a 21 dias, 29 (31,52%), com internação acima de 21 dias e apenas nove (9,78%) pacientes com internação inferior a sete dias.

Na amostra investigada, 44 (47,83%) pacientes não tiveram complicações no período pós-operatório, sendo que, dos 48 pacientes que apresentaram complicações após o transplante, 33 (68,75%) foram complicações médicas e 15 (31,25%), cirúrgicas. As complicações cirúrgicas incluíram as vasculares, biliares, sangramentos cirúrgicos e lesões no diafragma, e as complicações médicas foram a rejeição do enxerto, lesões de preservação do órgão transplantado, infecções, toxicidade aos medicamentos, sangramentos por coagulopatias e comprometimento da função renal. Salienta-se que, dos 92 participantes da pesquisa, apenas cinco (5,43%) foram submetidos ao retransplante devido às complicações pós-operatórias.

Na avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), constatou-se que houve predomínio de pacientes com peso normal, ou seja, 42 pacientes (45,65%) apresentaram IMC entre 18,50 e 24,99 Kg/m² após o transplante, seguidos de 31 (33,70%) pacientes com sobrepeso (IMC acima de 25 Kg/m²).

Em relação ao período de pós-transplante, 26 (28,26%) pacientes realizaram a cirurgia no período de 25 a 60 meses (até 1.800 dias), 23 (25%), de sete a 24 meses (até 720 dias), 35 (38,04%), a mais de 60 meses e apenas oito (8,70%) pacientes haviam realizado o transplante antes de 6 meses (até 180 dias). Destaca-se que o período mínimo e máximo de pós-operatório foi de 36 e 6.119 dias, com média de 1.508,85 dias (DP=1.253,40).

Neste estudo, o paciente foi o principal responsável pelo seu cuidado (n=48, 52,17%), sendo que 17 (18,48%) referiram os familiares ou cuidadores como os responsáveis pelos cuidados após o transplante, e 27 (29,35%) participantes relataram ser responsáveis junto com os familiares ou cuidadores pelos cuidados após a cirurgia.

Quanto à terapia medicamentosa de imunossupressão empregada para evitar rejeição ao órgão transplantado, 34 (36,96%) pacientes fizeram uso apenas do tacrolimus, 35 (38,04%) utilizaram o tacrolimus associado ao micofenolato sódico, 10 (10,87%) relataram o uso apenas da ciclosporina e cinco (5,43%) participantes referiram utilizar a ciclosporina associada ao micofenolato sódico.

No que se refere à frequência de retorno ao hospital após o transplante, a maioria, ou seja, 55 (59,78%) dos pacientes tiveram retorno trimestral ao ambulatório para consulta médica.

Tabela 2 – Descrição do perfil clínico dos receptores de transplante de fígado.
Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Receptores (n = 92)	Porcentagem
Tipo ABO		
A	33	35,87
B	13	14,13
O	44	47,83
AB	2	2,17
Classificação MELD no dia do Tx*		
Média, DP	24,34 ± 4,98	
De 15 a 19 pontos	10	10,87
De 20 a 29 pontos	67	72,83
De 30 a 39 pontos	4	4,35
Maior que 40 pontos	1	1,09
Não se aplica	10	10,87
Situação especial para transplante		
Não	52	56,52
Sim	40	43,47
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)**		
Média, DP	26,35 ± 4,73	-
Peso normal (18,50 a 24,99)	42	45,65
Sobrepeso (> 25)	31	33,70
Obesidade grau I (30 a 34,99)	14	15,22
Obesidade grau II (35 a 39,99)	5	5,43
Doença crônica do fígado		
Causa alcoólica	22	23,91
Causa viral	38	41,30
Causa viral + alcoólica	4	4,35
Criptogenética	15	16,30
Hepatocarcinoma***	28	30,43
Outras causas	13	14,13
Tratamento de hepatite C		
Não	64	69,57
Sim	28	30,43
Período de internação após o Tx		
Média, DP	21,35 ± 19,61	-
Até 7 dias	9	9,78
De 7 a 14 dias	36	39,13
De 15 a 21 dias	18	19,57
Acima de 21 dias	29	31,52
Complicações pós-operatórias		
Não	44	47,83
Sim	48	52,17
Cirúrgicas	15	31,25
Médicas	33	68,75

continua....

Variáveis	Receptores (n = 92)	Porcentagem
Imunossupressão		
Ciclosporina	5	5,43
Ciclosporina e micofenolato Sódico	10	10,87
Tacrolimus	34	36,96
Tacrolimus e micofenolato Sódico	35	38,04
Outros medicamentos	8	8,70
Retransplante		
Não	87	94,57
Sim	5	5,43
Meses desde o transplante		
Média, DP	1508,85 ± 1253,40	-
Até 6 meses (até 180 dias)	8	8,70
7 a 24 meses (até 720 dias)	23	25,00
25 a 60 meses (até 1.800 dias)	26	28,26
Mais do que 60 meses	35	38,04
Responsável pelo cuidado		
Paciente	48	52,17
Familiar ou cuidador	17	18,48
Paciente e familiar ou cuidador	27	29,35
Frequência de retorno ambulatorial		
Quinzenal	11	11,96
Mensal	17	18,48
Trimestral	55	59,78
Semestral	9	9,78

conclusão

* Classificação de MELD no dia da realização do transplante; ** Categorias definidas de acordo com a Organização Mundial da Saúde, 2010; *** Categoria associada a outras patologias do fígado

Na Tabela 3, apresentam-se as fontes de informações relacionadas às necessidades de aprendizagem dos receptores de transplante de fígado. Verificou-se que 91 (98,91%) pacientes referiram ter recebido as informações necessárias para os cuidados domiciliares após o transplante, no momento da alta hospitalar, sendo que 90 (97,83%) participantes citaram a equipe multidisciplinar como uma das fontes principais de informação no pós-operatório, e 63 (68,48%) pacientes relataram o folheto informativo. Ressalta-se que os participantes poderiam optar por mais de uma fonte de informação, no momento da entrevista.

Dos 92 participantes no estudo, 65 (70,65%) informaram ter realizado a leitura do folheto, entregue na alta hospitalar. Dentre os 27 (29,35%) pacientes que não leram o folheto informativo, 16 (59,26%) relataram que não receberam o folheto para complementar as orientações verbais dadas pela equipe multidisciplinar.

Em relação à preferência dos participantes sobre os métodos de ensino na aquisição de conhecimentos (o paciente foi estimulado a citar até três métodos durante a entrevista), observou-se que a leitura (60,87%), a orientação individual

(54,35%) e ouvir explicações (52,17%) foram as estratégias verbalizadas com maior frequência pelos receptores de transplante de fígado. Outros métodos também relatados foram: discussões grupais (31,52%), aula expositiva (27,17%), pesquisa na internet (16,30%), vídeos (14,13%), escrever (11,96%), demonstrações (6,52%) e manuseio de material (3,26%).

Na amostra estudada, 87 (94,57%) participantes informaram que se sentiam preparados para o autocuidado no domicílio, frente ao conhecimento que possuíam sobre o seu tratamento.

Tabela 3 – Descrição da fonte de informações relacionadas às necessidades de aprendizagem dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Receptores (n = 92)	Porcentagem
Recebimento de informações sobre os cuidados após o transplante de fígado		
Sim	91	98,91
Não se lembra	1	1,09
Principais fontes de informação sobre os cuidados após o transplante de fígado*		
Equipe multidisciplinar	90	97,83
Folheto informativo	63	68,48
Internet	9	9,78
Outros pacientes	3	3,26
Televisão	2	2,17
Realizou a leitura do folheto informativo entregue na alta hospitalar		
Sim	65	70,65
Não	27	29,35
Motivos da não leitura do folheto informativo **		
Não recebeu o folheto	16	59,26
Não se lembra	5	18,52
Falta de interesse	2	7,41
Outros motivos	4	14,81
Sente-se preparado diante do conhecimento que possui		
Sim	87	94,57
Não	3	3,26
Às vezes	2	2,17

continua...

Variáveis	Receptores (n = 92)	Porcentagem
Métodos de ensino preferidos na aquisição de conhecimentos ***		
Leitura	56	60,87
Orientação individual	50	54,35
Ouvir explicações	48	52,17
Discussões grupais	29	31,52
Aula expositiva	25	27,17
Pesquisa na internet	15	16,30
Vídeos	13	14,13
Escrever	11	11,96
Demonstrações	6	6,52
Manuseio de material	3	3,26

conclusão

*Os pacientes poderiam optar por mais de uma fonte de informações; ** Dados referentes apenas aos pacientes que informaram não ter realizado a leitura do folheto informativo; ***Os pacientes poderiam optar por até três métodos de ensino

Tabela 4 – Distribuição dos valores da escala de avaliação das necessidades de informação (NI) dos receptores de transplante de fígado. Ribeirão Preto-SP, 2014

Sugestões (NI)	Classificação por importância	Nº de pacientes respondentes (votos)	Média final
S.01	337	45	3,66
S.02	487	65	5,29
S.03	492	62	5,35
S.04	353	59	3,84
S.05	292	47	3,17
S.06	399	59	4,34
S.07	305	58	3,32
S.08	148	29	1,61
S.09	187	37	2,03
S.10	128	26	1,39
S.11	26	4	0,28
S.12	89	17	0,97
S.13	96	18	1,04
S.14	417	74	4,53
S.15	237	42	2,58
S.16	125	29	1,36
S.17	82	27	0,89
S.18	164	39	1,78
S.19	134	31	1,46
S.20	206	54	2,24
S.21	175	42	1,90
S.22	181	56	1,97

Conforme já apontado, a parte final do instrumento de coleta de dados consiste em uma escala de avaliação das necessidades de informação (NI) dos receptores de transplante de fígado (Tabela 4). Os participantes foram estimulados a ordenar, por importância, dez assuntos que consideravam relevantes para seu aprendizado, após o transplante de fígado. Para facilitar a leitura e compreensão do paciente, bem como a análise dos dados, antes de preencher a escala, foi entregue um cartão contendo 22 sugestões de assuntos relacionados ao pós-operatório de transplante de fígado, de acordo com o modelo proposto por Ohler (2003). No momento da entrevista, incentivaram-se a leitura completa do cartão pelo paciente e o esclarecimento de qualquer dúvida, antes do preenchimento da escala.

Para compreender as necessidades de informação dos receptores de transplante de fígado, as 22 sugestões de assuntos foram agrupadas em cinco categorias, de acordo com Ford e John (2008). Os autores preconizam os principais assuntos a serem abordados no preparo de receptores de transplante de órgãos para o autocuidado no domicílio, a saber: (1) **manejo das potenciais complicações** (infecções, rejeição, tumores, disfunção renal, complicações em longo prazo, sobrevivência, cuidados com dieta, cuidados com higiene corporal, cuidados com higiene oral, vacinação, recorrência da doença); (2) **manejo dos medicamentos**; (3) **questões relacionadas ao estilo de vida** (nutrição, limitações de atividades, atividade sexual, métodos anticoncepcionais e gravidez, viagens, não uso de substâncias alcoólicas e tabaco); (4) **práticas de autocuidado do paciente** (sinais vitais, peso, hidratação, níveis de glicemia, automedicação, cuidados com a ferida cirúrgica, cuidados com drenos e cateteres, cuidados com ostomia); e (5) **seguimento pós-alta hospitalar** (entender a importância da sobrevivência após o transplante, adesão às rotinas após a alta, seguimento às consultas ambulatoriais, realização de exames clínicos e laboratoriais).

Dessa forma, as 22 sugestões foram categorizadas da seguinte forma:

- (1) **manejo das potenciais complicações:** S.3 (média 5,35), S.6 (média 4,34), S.7 (média 3,32) S.14 (média 4,53), S.18 (média 1,78), S.20 (média 2,24);
- (2) **manejo dos medicamentos:** S.2 (média 5,29);

- (3) **questões relacionadas ao estilo de vida:** S.9 (média 2,03), S.10 (média 1,39), S.11(média 0,28), S.12 (média 0,97), S.15 (média 2,58), S.16 (média 1,36), S.17 (média 0,89);
- (4) **práticas de autocuidado do paciente:** S.1 (média 3,66), S.8 (média 1,61), S.21(média 1,90), S.22 (média 1,97);
- (5) **seguimento pós-alta hospitalar:** S.4 (média 3,84), S.5 (média 3,17), S.13 (média 1,04), S.19 (média 1,46).

Considerando a média final, observa-se que a sugestão de assunto nº3, agrupada na categoria manejo das potenciais complicações, obteve a média maior (5,35) e, portanto, foi a de maior interesse para os receptores de transplante de fígado. A sugestão nº3 refere-se aos sinais e sintomas de complicações (rejeição, infecção, diabetes, hipertensão arterial, entre outras). A segunda sugestão de assunto com média maior (5,29) foi a de nº2, a qual é relativa aos efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos (categoria manejo dos medicamentos), seguida pela sugestão nº14, alimentação segura após o transplante (4,53). No entanto, ao considerar o número de votos ($n=92$), a sugestão nº14 foi a mais citada com 74 votos (80,43%), seguida pela sugestão nº2 com 65 votos (70,65%) e sugestão nº3 com 62 votos (67,39%).

A sugestão de assunto com menor média final e, portanto, de menor interesse para os receptores de transplante de fígado foi a nº11 (0,28), referente à gravidez e aos métodos anticoncepcionais, após o transplante, seguida pela sugestão nº17 (0,89) relacionada às atividades fora de casa e nº12 (0,97) relacionada ao retorno ao trabalho/escola/estudos, todas agrupadas na categoria questões relacionadas ao estilo de vida. Ressalta-se, ainda, que as sugestões também foram indicadas com o número menor de votos, sendo a sugestão nº11 com quatro votos (4,34%) e a sugestão nº12 com 17 votos (18,47%).

Com o propósito de comparar os dados obtidos, investigou-se o nível de escolaridade dos receptores, dividindo os participantes em dois grupos, grupo I ($n=46$) pacientes com nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental, e o grupo II ($n=46$) pacientes com nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio (Tabela 5).

Na análise estatística, a idade ($p<0,0001$) e a média de anos de estudos ($p=0,0088$) entre os grupos I e II obtiveram diferença estatisticamente significativa,

indicando que os participantes do grupo II tinham escolaridade melhor e eram mais jovens em relação ao grupo I.

Em relação às necessidades de informação, observou-se média semelhante (sem diferença estatisticamente significativa) entre o grupo I e II, nas cinco categorias sobre sugestões de assunto, sendo que a média maior foi na categoria manejo dos medicamentos para ambos os grupos (grupo I= 5,28 e grupo II=5,30).

Além do nível de escolaridade, realizou-se a comparação entres os grupos, investigando o tempo de transplante. Os participantes foram divididos em dois grupos, grupo I (n=41), pacientes com tempo de transplante < 3 anos, e o grupo II (n=51), pacientes com tempo de transplante ≥ 3 (Tabela 6).

A idade ($p=0,0247$), o MELD ($p<0,0001$), o IMC ($p=0,0116$) e o tempo de transplante (dias) ($p<0,0001$) obtiveram diferença estatisticamente significativa entre os grupos I e II.

Os participantes do grupo II eram mais velhos (média=56,24) e com pontuação menor do MELD (média=22,15), quando comparados aos pacientes do grupo I. Na comparação do IMC e do tempo de transplante entre os grupos I e II, as médias foram maiores no grupo II (27,45 Kg/m² e 2.369,43 dias *versus* 24,97 Kg/m² e 438,37 dias).

Em relação às necessidades de informação, observou-se média semelhante (sem diferença estatisticamente significativa) entre o grupo I e II, em quatro categorias sobre as sugestões de assunto, sendo que houve diferença estatisticamente significativa na categoria seguimento pós-alta hospitalar, com média maior no grupo II (2,72 *versus* 1,95).

Tabela 5 – Distribuição dos receptores de transplante de fígado, de acordo com o nível de escolaridade, segundo idade, MELD, índice de massa corporal, dias de internação, conhecimentos pertinentes ao processo de transplante de fígado e necessidades de informação. Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Receptores (n=92)		p
	Grupo I ≤ Ensino fundamental	Grupo II ≥ Ensino médio	
Nº de receptores	46	46	
Média de anos de estudo (Média ± DP)	5,24 ± 1,80	12,09 ± 2,36	<0,0001 (MWT) ^c
Idade (Média ± DP)	56,96 ± 8,70	52,00 ± 11,07	0,0088 (MWT)
MELD (Média ± DP)	23,49 ± 4,75	25,12 ± 5,12	0,0811 (MWT)
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²) (Média ± DP)	26,90 ± 5,09	25,79 ± 4,32	0,2641 (STT) ^d
Dias de internação (Média ± DP)	22,74 ± 22,45	19,96 ± 16,42	0,8117 (MWT)
Tempo de transplante em dias (Média ± DP)	1696,59 ± 1297,24	1321,11 ± 1192,50	0,1587 (MWT)
Recebimento de informações sobre o Tx Fig ^a (sim)	45	46	1,0000 (FET) ^e
Sente-se preparado diante do conhecimento que possui (sim)	43	44	1,0000 (FET)
Realizou leitura do folheto informativo (sim)	30	35	0,3600 (FET)
Escala de avaliação das NI ^b (Média ± DP)			
Sugestões do manejo das potenciais complicações	3,52 ± 1,11	3,66 ± 0,97	0,6846 (MWT)
Sugestões do manejo dos medicamentos	5,28 ± 4,25	5,30 ± 4,20	0,7810 (MWT)
Sugestões de questões relacionadas ao estilo de vida	1,32 ± 0,89	1,39 ± 1,05	0,9191 (MWT)
Sugestões das práticas de autocuidado do paciente	2,14 ± 1,44	2,43 ± 1,42	0,3194 (STT)
Sugestões do seguimento pós-alta hospitalar	2,70 ± 1,79	2,06 ± 1,59	0,0682 (MWT)

^a Tx Fig = transplante de fígado; ^b NI = necessidades de informação;

^c Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney; ^d Teste t de Student; ^e Teste Exato de Fisher

Tabela 6 - Distribuição dos receptores de transplante de fígado, de acordo com o tempo de transplante, segundo idade, MELD, índice de massa corporal, dias de internação, conhecimentos pertinentes ao processo de transplante de fígado e necessidades de informação. Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Receptores (n=92)		p
	Grupo I < 3 anos	Grupo II ≥ 3 anos	
Nº de receptores	41	51	
Média de anos de estudo (Média ± DP)	9,27 ± 3,91	8,18 ± 4,10	0,1162 (MWT) ^c
Idade (Média ± DP)	52,29 ± 9,31	56,24 ± 10,64	0,0247 (MWT)
MELD (Média ± DP)	26,54 ± 4,91	22,15 ± 4,03	<0,0001 (MWT)
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²) (Média ± DP)	24,97 ± 4,22	27,45 ± 4,87	0,0116 (STT) ^d
Dias de internação (Média ± DP)	19,00 ± 13,55	23,24 ± 23,34	0,5689 (MWT)
Tempo de transplante em dias (Média ± DP)	438,37 ± 303,91	2369,43 ± 1044,16	<0,0001 (MWT)
Recebimento de informações sobre o Tx Fig ^a (sim)	41	50	1,0000 (FET) ^e
Sente-se preparado diante do conhecimento que possui (sim)	37	50	0,1680 (FET)
Realizou leitura do folheto informativo (sim)	32	33	0,1766 (FET)
Escala de avaliação das NI ^b (Média ± DP)			
Sugestões do manejo das potenciais complicações	3,70 ± 0,96	3,50 ± 1,10	0,3625 (STT)
Sugestões do manejo dos medicamentos	5,15 ± 4,26	5,41 ± 4,20	0,7616 (MWT)
Sugestões de questões relacionadas ao estilo de vida	1,46 ± 1,04	1,27 ± 0,90	0,3629 (STT)
Sugestões das práticas de autocuidado do paciente	2,40 ± 1,48	2,19 ± 1,40	0,5219 (MWT)
Sugestões do seguimento pós-alta hospitalar	1,95 ± 1,62	2,72 ± 1,73	0,0381 (MWT)

^a Tx Fig = transplante de fígado; ^b NI = necessidades de informação;

^c Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney; ^d Teste t de Student; ^e Teste Exato de Fisher

Os avanços tecnológicos, o aprimoramento da técnica cirúrgica, o aparecimento de novos medicamentos imunossupressores e de métodos mais eficazes na preservação dos órgãos, aliados ao melhor controle dos mecanismos imunológicos e à especialização da equipe multiprofissional, têm sido fatores determinantes para o progresso nos resultados dos transplantes e consequentemente no aumento da sobrevida de receptores de transplantes. Atualmente, os fatores mencionados contribuem para investimentos dos serviços de saúde nos programas de transplantes no Brasil (FURTADO et al., 2012).

Os candidatos ao transplante de fígado apresentam diferentes complicações clínicas, sistêmicas e psicossociais, associadas à etiologia da doença de base, que podem dificultar o manejo destes no pós-operatório (FURTADO et al., 2012). Desta forma, a adesão ao tratamento no pós-transplante é de suma importância para a redução da morbidade e mortalidade, melhoria da qualidade de vida, diminuição dos custos médicos e redução da utilização dos serviços de saúde para os receptores de transplante de fígado (TELLES-CORREIA et al., 2007; LIBERATO et al., 2014).

A reinserção socioprofissional do indivíduo e a melhoria da qualidade de vida tornaram-se preocupações relevantes para as equipes multiprofissionais transplantadoras. Portanto, o conhecimento do perfil sociodemográfico e das necessidades de informação de receptores tem gerado subsídios para o desenvolvimento e aprimoramento dos programas de ensino-aprendizagem para pacientes submetidos a transplantes (MYERS; PELLINO, 2009).

Os resultados do presente estudo demonstraram que a maioria dos receptores de transplante de fígado era do sexo masculino (77,17%), com idade acima de 51 anos (73,91%). A etiologia viral (hepatites B ou C) foi a principal causa da doença hepática crônica em 41,30% da amostra investigada (n=38).

A prevalência do estágio final da doença hepática aumentou significativamente em pacientes acima de 50 anos, ao longo dos últimos 20 anos. Devido ao aumento de infecções pelo vírus da hepatite C em homens adultos jovens, durante os anos 1960 e 1970 e, pelo período longo de latência entre a infecção e o desenvolvimento de complicações, assim o paciente apresenta as manifestações de cirrose e, consequentemente, a indicação para o transplante hepático acima da quinta década de vida. A hepatite C é a causa mais comum de doença hepática crônica e a principal indicação de transplante de fígado na América Latina. Estes dados são similares na América do Norte, Ásia e Europa, onde

também uma nova etiologia de doença hepática emerge e acarreta a cirrose, a Esteato Hepatite não alcoólica. Diante deste cenário, a recorrência da hepatite C no fígado transplantado também é universal e pode acarretar a perda do enxerto em 20% dos receptores, dentro de cinco anos (BOWNIK; SAAB, 2009; ALOIA et al., 2010; SALVALAGGIO et al., 2014).

Após o transplante, a recidiva do vírus da hepatite C tem acarretado preocupação nas equipes transplantadoras, onde a progressão da doença e a evolução para cirrose são aceleradas em pacientes transplantados, quando comparados com indivíduos imunocompetentes. Sendo assim, quando o diagnóstico de recidiva viral no enxerto é comprovado por exames laboratoriais e biópsia hepática, o tratamento medicamentoso para o paciente torna-se opção terapêutica, com objetivos de erradicação da infecção já estabelecida e a prevenção ou o retardo da progressão para cirrose (FARIA; LIMA; CLEMENTE, 2011). No presente estudo, dos 42 receptores onde o diagnóstico indicativo de transplante foi a cirrose por etiologia viral, 28 realizaram tratamento medicamentoso para hepatite C (67%), com mais da metade obtendo resultado negativo para a presença do vírus, no exame sérico, após o término do tratamento.

Os resultados de pesquisas recentes evidenciaram que a maioria dos receptores de transplantes de órgãos sólidos era casada, apresentava nível fundamental completo ou incompleto de escolaridade (até nove anos de estudo) e eles estavam aposentados ou afastados de suas atividades laborais em decorrência das incapacidades ocasionadas pela doença crônica de base (MYERS; PELLINO, 2009; SASSO-MENDES et al., 2010; MAISSIAT; MARIN; FUZINATTO, 2013; MENDONÇA et al., 2014;). Esses dados também foram demonstrados na presente pesquisa. O nível de escolaridade influi diretamente na assimilação das informações sobre o tratamento, portanto, indivíduos com nível baixo de escolaridade podem ter dificuldades em compreender as informações fornecidas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não aderirem à terapêutica proposta (VERAS et al., 2009).

Um dos fatores que contribui para o sucesso do transplante de fígado é a adesão de pacientes ao regime estrito de imunossupressores, todos os dias para o resto da vida. Estes medicamentos são utilizados para evitar a rejeição do fígado pelo organismo. No entanto, muitos deles têm efeitos secundários, tais como: hipertensão, hiperglicemia, nefrotoxicidade e perturbações gastrointestinais

(CLAYTON, 2011). A escolha do tacrolimus como terapia medicamentosa imunossupressora de primeira linha é realizada em muitos centros de transplante no Brasil e no mundo (FULLWOOD; JONES; LAU-WALKER, 2011; VILELA et al., 2012). Na amostra investigada, 75% dos pacientes utilizavam o tacrolimus como terapia imunossupressora principal, isolada ou em associação ao micofenolato sódico.

No Brasil, os grupos sanguíneos tipo A e tipo O são os mais comuns. Juntos esses dois grupos abrangem aproximadamente 70% da população (BARJAS-CASTRO, 2013). Dados que podem explicar o número de receptores de transplante de fígado pertencentes aos grupos sanguíneos mencionados na presente pesquisa, sendo 47,83% do tipo O e 35,87% do tipo A.

O Sistema Brasileiro de Transplantes seguiu a ordem cronológica para alocação de enxertos hepáticos (regulamentada em 1997) até a mudança para critério de gravidade (2006), pautado no escore MELD, conforme já mencionado, é um modelo matemático desenvolvido para doenças hepáticas em fase avançada. Este modelo foi inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) como preditor de mortalidade, em curto prazo, para pacientes que seriam submetidos à TIPS (shunt portossistêmico intra-hepático), demonstrando também ser eficaz para prever a mortalidade para pacientes com cirrose de maneira geral. Assim, quando os valores se aproximam de 40 pontos, a mortalidade em três meses é de aproximadamente 100% (ANDRAUS et al., 2013).

A fórmula do MELD é uma conta logarítmica que considera os valores de creatinina sérica (Cr), bilirrubina total sérica (BT) e o INR (razão internacional para o tempo de protrombina). Atualmente, a alocação dos enxertos de fígado obedece à regionalização, à compatibilidade ABO e ao escore MELD. Para o desempate, utiliza-se o tempo de inscrição na lista de espera. Existem alguns critérios de priorização que não obedecem à regionalização como a insuficiência hepática fulminante, a trombose de artéria hepática e o não funcionamento do enxerto no pós-transplante, entre outros. Além das priorizações, existem também situações especiais, nas quais o MELD não se eleva, mas os pacientes estão em condição grave e com mortalidade alta, como o hepatocarcinoma (dentro de critérios específicos), síndrome hepatopulmonar, ascite refratária, encefalopatia crônica, entre outras. Tanto as priorizações quanto as situações especiais recebem

pontuações MELD maiores e diferenciadas, devido à probabilidade alta de óbito nos meses seguintes (ANDRAUS et al., 2013).

Nesta pesquisa, a maioria dos pacientes (n=67,72,83%) foi classificada entre 20 e 29 pontos no escore MELD, sendo que 43,47% dos pacientes da amostra tiveram situação especial para a realização da cirurgia. Na comparação entre os grupos divididos em relação ao tempo de transplante, observa-se diferença estatisticamente significativa entre as médias, sendo que a média do MELD foi maior (26,54) no grupo com menos de três anos de transplante (Tabela 6).

Em estudo realizado em centro transplantador do Brasil, no Estado de São Paulo, a média do escore MELD considerando 479 pacientes estudados, após a implantação desta modalidade de alocação de fígados, foi de 28,5 pontos (NACIF et al., 2014). Atualmente nos EUA ocorrem 7.000 transplantes de fígado por ano, com a variação do escore MELD entre 18 e 22 pontos (PEYTON; MARTIN, 2013). Esse dado difere da realidade brasileira provavelmente devido à política eficaz de doação de órgãos nos países desenvolvidos como os EUA e a Espanha (HALLDORSON; ROBERTS, 2013).

Atualmente, a rejeição aguda precoce ocorre em 80% dos casos, geralmente entre o quinto e décimo dias após o transplante de fígado, assim doses altas de medicamentos imunossupressores são necessárias para reversão do quadro. Em consequência, os níveis séricos elevados de imunossupressores podem causar efeitos colaterais importantes, tais como: nefrotoxicidade, hipertensão arterial, hiperglicemia e neurotoxicidade, os quais são reversíveis e controlados após o manejo da dosagem dos medicamentos. Em adição, as complicações infecciosas são preocupações constantes da equipe transplantadora, por representarem a principal causa de mortalidade pós-transplante. O risco infeccioso é previsível pelo estado clínico prévio dos pacientes com cirrose, desnutridos, que necessitam de equipamentos invasivos de cuidados intensivos, submetidos à cirurgia que exige tempo cirúrgico elevado e com uso de imunossupressores em dosagens altas (FURTADO et al., 2012). Neste estudo, as complicações pós-operatórias ocorreram em 48 (52,17%) receptores, sendo 31,25% (n=15) complicações cirúrgicas e 68,75% (n=33) complicações clínicas.

O conhecimento do perfil sociodemográfico, clínico e o conjunto de necessidades de informação de pacientes são fatores importantes para o enfermeiro

planejar intervenções educativas efetivas, para contribuir na adesão do paciente ao tratamento proposto e ao sucesso do transplante (MENDES et al., 2013).

Após o transplante, o paciente passa por diversas alterações em sua rotina e estilo de vida. Ele precisa realizar retornos ambulatoriais semanais, os quais diminuem de frequência conforme sua evolução, coletas de exames sanguíneos periodicamente, ingestão rigorosa de quantidade elevada de medicamentos, cuidados com a ferida cirúrgica, reconhecimento dos sinais e sintomas de rejeição e de efeitos colaterais dos imunossupressores, entre outros cuidados que são informados pela equipe multidisciplinar durante a internação, na alta hospitalar e reforçados nos retornos ambulatoriais. Estas alterações no padrão de vida juntamente ao medo do insucesso do transplante geram ansiedade e estresse experimentados pelo receptor em seu ambiente familiar. O enfermeiro, em conjunto com as ações interdisciplinares, poderá desenvolver planos de ensino para auxiliar pacientes e familiares no enfrentamento destas situações, contribuindo para reduzir o estresse, melhorando a autoestima, a adesão ao tratamento e o retorno progressivo às suas atividades cotidianas (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012).

Os objetivos da educação, após o transplante, são fortalecer o processo ensino-aprendizagem iniciado durante a espera pelo órgão e preparar o paciente e a família com conhecimento e habilidades para participarem ativamente na gestão dos cuidados de saúde a longo prazo. A equipe multidisciplinar deve estar preparada para esclarecer as dúvidas e preocupações, bem como adaptar as informações sobre os cuidados pós-transplante de acordo com o nível social, educacional e cultural dos pacientes (FORD; JOHN, 2008).

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que 98,91% dos pacientes referiram ter recebido as informações necessárias para os cuidados domiciliares após o transplante, no momento da alta hospitalar, sendo que 97,83% citaram a equipe multidisciplinar como uma das principais fontes de informação no pós-operatório e 70,65% dos receptores relataram ter realizado a leitura do folheto informativo, antes da alta hospitalar. Tal fato que pode ilustrar a preferência dos participantes pela leitura (60,87%) como a melhor estratégia de aprendizagem, seguida da orientação individual (54,35%) pela equipe multidisciplinar ao receptor de transplante de fígado. Ressalta-se que, na coleta de dados, os pacientes poderiam optar por até três métodos de ensino.

Em relação às necessidades de informação dos receptores, a sugestão de assunto nº3 (sinais e sintomas de complicações), agrupada na categoria manejo das potenciais complicações, obteve a maior pontuação (média) e foi considerada a de maior interesse para os participantes. A seguir, a sugestão de assunto nº2 (efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos) agrupada na categoria manejo dos medicamentos teve a segunda média maior. Estes resultados são similares aos indicados em pesquisa realizada no mesmo centro transplantador, com candidatos ao transplante de fígado, na qual as principais necessidades de informação relatadas foram aquelas relacionadas às complicações e aos cuidados, após o transplante (MENDES et al., 2012). Estes dados apontam a preocupação dos pacientes, antes e após a intervenção cirúrgica, com o insucesso do transplante.

Em estudo realizado na América do Norte, as questões relacionadas à qualidade de vida, ao uso de medicamentos e ao seguimento após o transplante foram as lacunas de conhecimento identificadas entre os receptores de órgãos abdominais (MYERS; PELLINO, 2009). Conforme mencionado, nessa pesquisa, a necessidade de informação sobre os efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos também foi considerada relevante para os receptores de transplante de fígado.

A infecção após o transplante de órgãos sólidos é problema significativo que afeta não apenas a qualidade de vida, mas também aumenta as taxas de morbidade e mortalidade. O desenvolvimento de novos e potentes medicamentos imunossupressores representa um desafio para a manutenção do equilíbrio entre a rejeição e a infecção. Atualmente, as infecções bacterianas e virais tendem a exceder a rejeição como as principais causas de hospitalização em várias populações de receptores de órgãos sólidos (CUPPLES; DUMAS-HICKS; BURNAPP, 2008).

Até 40% dos pacientes podem sofrer rejeição aguda que geralmente desaparece após o tratamento imunossupressor. A rejeição crônica ocorre em menor frequência e dura período de tempo longo, sem que o paciente perceba, podendo levar à necessidade de retransplante. Os principais sinais e sintomas de rejeição são febre diária baixa, icterícia, colúria, acolia fecal e distúrbios gastrointestinais, mas muitas vezes a rejeição é assintomática. As doses altas dos medicamentos imunossupressores, administradas para controlar a rejeição, podem causar efeitos secundários como hipertensão arterial, nefrotoxicidade,

hiperpotassemia, diabetes mellitus, tremores e diarreia (BUFTON; EMMETT; BYERLY, 2008).

Neste estudo, na categoria manejo das potenciais complicações, foram agrupadas seis necessidades de informação, sendo que na análise das médias finais de cada necessidade pode-se inferir que os receptores indicaram que o aprendizado dos assuntos em questão é relevante na vida, após o transplante. Assim, reconhecer os sinais e sintomas, comparecer aos retornos ambulatoriais e realizar os exames regularmente podem prevenir o aparecimento de infecções, rejeição, recidiva de tumores, recorrência da doença de base e efeitos secundários à imunossupressão.

A desnutrição está presente na maioria dos pacientes com doença hepática crônica. As principais complicações decorrentes da desnutrição são retenção hídrica, diminuição na síntese de proteínas plasmáticas, hipotrofia e hipotonia muscular, entre outras. Portanto, no período pós-operatório imediato, os pacientes com desnutrição são candidatos à terapia nutricional precoce com o objetivo de melhorar a resposta orgânica ao estresse cirúrgico. Além da desnutrição, do manejo nutricional destes pacientes no período pós-operatório mediato, destaca-se o tratamento do diabetes mellitus, da hipertensão arterial, da hipercalemia e da hipomagnesemia secundários às doses altas de imunossupressores. Em decorrência do aumento da sobrevida de receptores de transplante de fígado, também se torna crescente a ocorrência de obesidade e de distúrbios metabólicos relacionados ao ganho de peso excessivo pós-transplante, principalmente no primeiro ano, aumentando com o passar dos anos. O excesso de peso e a obesidade pós-transplante estão associados ao aparecimento de diferentes comorbidades, tais como: esteatose hepática, esteatopatia, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias e doenças cardiovasculares, aumentando também o risco de mortalidade do receptor. Dessa forma, o acompanhamento nutricional de pacientes submetidos ao transplante de fígado é conduta importante na prevenção e no manejo dos problemas mencionados (ANASTÁCIO et al., 2011; ANASTÁCIO et al., 2013).

Devido à doença que acarretou o transplante, relacionado ao estado nutricional prévio e às restrições alimentares, os resultados deste estudo indicaram interesse dos receptores sobre alimentação segura após o transplante (necessidade

de informação n^o14), sendo a que recebeu o maior número de votos (74) e a terceira maior média (Tabela 4).

Quando avaliado o IMC em relação ao tempo de transplante, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos I e II (Tabela 6). Os resultados indicaram média maior de IMC em pacientes com três anos ou mais de transplante, dado que corrobora a necessidade de atenção da equipe de saúde com o controle de peso, após o transplante de fígado.

O câncer de pele é uma complicação frequente entre os receptores de órgãos sólidos. As manifestações cutâneas estão potencialmente relacionadas com efeitos secundários dos medicamentos imunossupressores e à exposição cumulativa da pele à radiação ultravioleta. Desta forma, os receptores devem ser encorajados para examinar a pele frequentemente, evitar exposição prolongada ao sol e utilizar protetor solar como as principais medidas de prevenção das complicações cutâneas (COSTA et al., 2012; FERNANDES et al., 2013; HARWOODA et al., 2013).

Os participantes do presente estudo consideraram a sugestão de assunto no 7 (exposição solar e os cuidados com a pele) como necessidade de informação relevante (média 3,32).

O avanço científico da medicina e o aumento do número de casos de doenças crônicas que acarretam a insuficiência de órgãos contribuíram para que o transplante se tornasse uma opção terapêutica. Ao mesmo tempo, a necessidade de manter a função do enxerto transplantado e de aumentar os índices de sobrevida do paciente influenciou o desenvolvimento de estudos relacionados à imunidade celular e à imunossupressão. Inicialmente métodos pouco seletivos e com consequências graves para o receptor foram utilizados para conseguir a imunossupressão. Com o decorrer do tempo, os esquemas terapêuticos foram evoluindo e novos medicamentos tornaram-se eficientes imunossupressores até a revolucionária descoberta da ciclosporina que mudou o cenário da rejeição nos transplantes de órgãos, caracterizada por apresentar melhor seletividade nos mecanismos imunológicos e reduzida ocorrência de efeitos colaterais. Atualmente, diferentes medicamentos imunossupressores são utilizados em esquemas individualizados que variam de acordo com as características dos receptores e dos órgãos transplantados (VILELA et al., 2012).

No transplante de fígado, os medicamentos mais utilizados são os corticosteroides, o tacrolimus, a ciclosporina, o micofenolato sódico ou mofetil e o

sirolimus, em associações ou não. Apesar da eficácia dos esquemas terapêuticos, os efeitos colaterais mais comuns (neurotoxicidade, nefrotoxicidade, hipertensão arterial, hiperglicemia, hipercolesterolemia) são ainda preocupações para a equipe transplantadora. Portanto, a supervisão do paciente pela equipe multiprofissional nas consultas ambulatoriais, bem como na monitorização dos níveis séricos circulantes dos imunossupressores, é crucial na tentativa de atingir a eficácia máxima com o mínimo de toxicidade (GROGAN, 2011; FULLWOOD; JONES; LAU-WALKER, 2011; MAISSIAT; MARIN; FUZINATTO, 2013). Os participantes do presente estudo indicaram a necessidade de informação sobre os efeitos colaterais e cuidados com os medicamentos como a segunda sugestão considerada de maior interesse, em relação à pontuação (média), bem como ao analisar o número de votos recebido (65) pelos receptores.

Devido às complicações da doença hepática irreversível e à espera por um órgão, a depressão e a ansiedade são problemas frequentes entre os candidatos ao transplante de fígado. Os resultados de estudo norte-americano, sobre saúde mental e qualidade de vida após o transplante de fígado, demonstraram que aqueles pacientes que experimentaram sintomas de ansiedade e depressão antes do transplante, apresentaram a mesma sintomatologia no pós-operatório recente e tardio. Estas características dificultaram a recuperação física, psicológica e social desta população (MILLER et al., 2013).

A longo prazo, um dos principais objetivos sociais do transplante de fígado é o retorno do indivíduo à população economicamente ativa e produtiva. Contudo, após o transplante, diferentes problemas emocionais afetam a pessoa como a depressão, medo da rejeição e ansiedade, os quais reduzem com frequência a capacidade para o trabalho e o convívio social. Apesar de alguns pacientes considerarem o retorno às atividades laborais como indicativo de boa recuperação pós-transplante, algumas condições para o regresso ao trabalho ainda causam preocupação nos receptores, a saber: exigências físicas, risco de infecção devido à exposição a diferentes grupos de pessoas e a incapacidade de executar as atividades necessárias. Outra preocupação indicada pelos pacientes é a perda dos benefícios financeiros conquistados antes do transplante, no caso de insucesso no retorno ao trabalho (KENDALL; O'DELL, 2008; MEDEIROS; GOLDSCHMIT; MACHADO, 2012). Nesta pesquisa, na categoria questões relacionadas ao estilo de vida, foram agrupadas sete necessidades de informação, sendo que a sugestão de

assunto nº 12, retorno ao trabalho/escola/estudos, e a sugestão de assunto nº 17, atividades fora de casa (sociais e lazer), obtiveram médias menores: 0,97 e 0,89 respectivamente, indicando pouco interesse dos receptores de transplante de fígado.

A sexualidade é aspecto importante para o ser humano no transcorrer da vida, abrangendo a identidade de gêneros e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Os candidatos e receptores de transplantes apresentam alterações na sexualidade como infertilidade, disfunção erétil e distúrbios de libido, relacionadas à doença crônica irreversível e às alterações do estilo de vida, no período pós-operatório. No transplante de fígado, a menstruação e a fertilidade são restabelecidas por volta de 10 meses após a cirurgia em 90% das mulheres em idade fértil. Na população masculina, os níveis séricos de testosterona tendem a aumentar entre o primeiro e o segundo mês após o transplante, mas muitas vezes a recuperação da função gonadal é incompleta. Os sintomas psicológicos, a fadiga, as alterações físicas, as mudanças no estilo de vida e os efeitos colaterais dos medicamentos imunossupressores, que muitos pacientes apresentam após o transplante, podem prejudicar a resolução da disfunção sexual em homens e mulheres transplantados (MENDES; ALMEIDA, 2013; LUCEY et al., 2013).

Apesar da recuperação da fertilidade, a gravidez após o transplante oferece riscos para a mãe como hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e diabetes, e para o feto como prematuridade, baixo peso, óbito neonatal e deficiências congênitas. Desta forma, a gestação de receptoras deve ser planejada pela equipe, seguindo orientações importantes como a concepção posterior a um ano de transplante, glicemia e pressão arterial controladas. Além destes aspectos, o uso de imunossupressores em doses baixas, sendo que os medicamentos devem ser escolhidos antes da concepção, devido às propriedades farmacêuticas destes que atravessam a barreira placentária e, conseqüentemente, a circulação fetal, resultando em preocupações sobre a teratogenicidade e perda fetal (LUCEY et al., 2013).

Apesar da relevância, a sugestão de assunto nº11 (gravidez e métodos anticoncepcionais após o transplante) obteve a menor média (0,28), fato que pode ser explicado pelo número reduzido de mulheres jovens participantes da pesquisa.

O abuso no consumo de bebida alcoólica é uma das principais causas de cirrose e consiste no uso por tempo prolongado. Esta doença é ocasionada pelo

próprio homem, mas pode ser evitada, desde que o consumo de bebida alcoólica seja controlado ou ausente. Entretanto, quase sempre o diagnóstico é tardio e o estágio da doença avançado, com probabilidade elevada de letalidade. Atualmente, a doença hepática alcoólica representa a segunda principal indicação de transplante hepático, sendo superada apenas pela hepatite C. Os programas nacionais de transplantes, após confirmação do diagnóstico de cirrose por etiologia alcoólica, exigem abstinência mínima de seis meses da pessoa, para inclusão em lista de espera. Esta conduta também é adotada em protocolos internacionais. Portanto, avaliação criteriosa pela equipe multiprofissional é fundamental para identificar o paciente, cujo risco de recaída seja superior ao benefício do transplante hepático (VIEIRA et al., 2007; BURRA et al., 2010; WOHL et al., 2012; GUIMARÃES et al., 2014).

Um estudo realizado na Europa teve como objetivo avaliar as informações disponíveis no Registro Europeu de Transplante Hepático, de 23 países entre os anos de 1988 e 2005. Os resultados demonstraram que os receptores apresentaram taxas variadas de recaídas alcoólicas, sendo que a maioria dos centros transplantadores indicou que 50% dos pacientes retornaram ao uso de bebida alcoólica em até cinco anos após o transplante de fígado, mas apenas 4% chegaram à perda do enxerto ou óbito (BURRA et al., 2010).

Apesar da escassez de estudos brasileiros sobre a recidiva alcoólica, após o transplante de fígado, os resultados de pesquisa realizada em centro transplantador de São Paulo apontaram que 18,9% dos candidatos e 11,8% dos receptores de transplante de fígado tiveram recidiva alcoólica em até 33 meses do tratamento. O tempo maior de abstinência alcoólica, para inclusão em lista de espera, acrescido de acompanhamento e educação rigorosos no pré e pós-transplante contribuem para o sucesso da cirurgia e prevenção de recaídas em todo o processo do transplante de fígado (VIEIRA et al., 2007).

Na amostra investigada, a cirrose por etiologia alcoólica foi a segunda causa que acarretou o transplante hepático. A sugestão de assunto nº15 (uso de bebida alcoólica) foi considerada relevante para 42 (45,65%) participantes do presente estudo. Assim, fica evidente a importância da avaliação criteriosa do perfil do candidato para inclusão em lista de espera, bem como a educação de pacientes no pré e pós-transplante, direcionada para a prevenção da recidiva alcoólica.

No presente estudo, na categoria práticas de autocuidado do paciente, a sugestão de assunto nº1 (cuidados com a ferida cirúrgica, drenos e sondas) foi a que obteve a maior média (3,66) quando comparada as outras necessidades de informação agrupadas nesta categoria.

A deiscência da ferida cirúrgica abdominal é uma complicação pós-operatória grave que pode resultar em evisceração, infecção, hérnia incisional, reoperações e tempo de internação prolongado. Os resultados de estudo holandês demonstraram que condições clínicas do paciente, antes da cirurgia como desnutrição, idade acima de 60 anos, baixos níveis séricos de albumina, hipertensão arterial, uso de corticoides, presença de ascite, cirrose, doença pulmonar crônica, icterícia, tempo cirúrgico prolongado e sepse foram considerados fatores de risco que influenciaram diretamente na ocorrência de deiscência cirúrgica (RAMSHORST et al., 2010).

A hérnia incisional é uma complicação tardia frequente, após transplante de fígado. A cirrose avançada com presença de ascite no pré-operatório, decorrente da hipertensão portal e da hipoalbuminemia, aumenta a pressão intra-abdominal e enfraquece a parede abdominal, podendo contribuir para o desenvolvimento de hérnia incisional, após o transplante. Outros fatores que contribuem para o aparecimento de hérnia são a idade avançada, presença de doença pulmonar crônica, obesidade, cirurgias prévias, anemia pré-operatória, infecção da ferida cirúrgica pós-operatória e imunossupressão (FIKATAS et al., 21013).

Os receptores de transplante de fígado apresentam cicatrização de ferida prejudicada devido à imunossupressão e ao estado nutricional deficiente. O paciente que necessita da inserção de dreno biliar, durante o procedimento cirúrgico, receberá alta hospitalar antes da retirada do dreno, o que ocorre de três a quatro meses após o transplante, desta forma a inspeção da pele ao redor do dreno e da ferida operatória é de essencial importância na prevenção de complicações. Na alta hospitalar, o paciente e sua família deverão ser informados sobre o cuidado domiciliar com a pele, dreno e ferida cirúrgica, o que inclui detecção precoce de sinais de hiperemia, edema e drenagem de secreções purulentas (BUFTON; EMMETT; BYERLY, 2008).

Na categoria seguimento pós-alta hospitalar foram agrupadas quatro necessidades de informação, sendo as sugestões de assunto nº4 (rotina de coleta de exames após o transplante) e nº5 (seguimento ambulatorial) aquelas que obtiveram maiores médias (3,84 e 3,17, respectivamente) nesta categoria.

A equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar devem planejar a alta hospitalar junto aos receptores e familiares, ainda na unidade de internação para a independência no autocuidado. Os retornos ambulatoriais dependem do estado clínico e emocional de receptores, geralmente no início são semanais, depois quinzenais, mensais e posteriormente trimestrais, conforme a evolução de cada paciente. O acompanhamento pós-alta hospitalar do receptor tem como objetivos avaliar a readaptação fisiológica e emocional diante de procedimento complexo, avaliar a condição clínica e laboratorial, por meio da coleta de exames com a mesma rotina dos retornos ambulatoriais, realizar controle terapêutico de imunossupressores ou outros medicamentos, buscando identificar sinais e sintomas de infecção, rejeição e outras complicações. Esse acompanhamento também tem como finalidade dar suporte para o retorno do paciente às suas atividades sociais, educacionais e laborais (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012).

Na análise das necessidades de informação, na comparação entre os grupos divididos em relação ao nível de escolaridade (Tabela 5) e tempo de transplante (Tabela 6), observou-se que a categoria manejo dos medicamentos foi a que obteve média maior em todos os grupos. Esses dados reforçam o interesse dos receptores em informações sobre os efeitos colaterais e cuidados com medicamentos.

Em estudo semelhante sobre as necessidades de informação de candidatos ao transplante de fígado, realizado no mesmo hospital universitário da presente pesquisa, os participantes analisaram 17 sugestões de assuntos divididas nos períodos pré, intra e pós-operatório, sendo que a sugestão referente às complicações após o transplante obteve a segunda maior média (4,35). Ao considerar o número de votos, as sugestões sobre os cuidados após o transplante, as complicações após o transplante e a qualidade de vida após o transplante obtiveram, respectivamente, 45 (81,8%), 43 (78,2%) e 40 (72,7%) dos 55 votos possíveis (MENDES et al., 2012).

Nesta investigação a sugestão de assunto nº 3, referente aos sinais e sintomas de complicações, obteve a média maior (5,35), sendo também a terceira sugestão com maior número de votos, com 62 (67,4%) dos 92 votos possíveis. Assim, pode-se inferir, pautando-se nos resultados do estudo de Mendes et al. (2012) e na presente pesquisa, que tanto os candidatos quanto os receptores de transplante de fígado têm necessidades de informação relativas ao manejo das complicações e à qualidade de vida após a cirurgia.

Em contrapartida, no estudo de Mendes et al. (2012), a sugestão de assunto com média menor (1,96) foi referente aos medicamentos utilizados após o transplante, sendo que no presente estudo a segunda sugestão de assunto com média maior (5,29) foi a de nº2, a qual é relativa aos efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos (categoria manejo dos medicamentos). É importante enfatizar que os participantes desta pesquisa já realizaram o transplante de fígado e, portanto, enfrentam a realidade do uso de imunossupressores e de seus efeitos colaterais.

O transplante de fígado é um procedimento complexo indicado para indivíduos com doença hepática grave, onde todas as outras alternativas terapêuticas já foram esgotadas. Na espera pelo transplante, os pacientes experimentam condições de estresse relacionadas ao estado físico e psicológico, agravadas pela doença e pela necessidade de aguardar um doador. Após o transplante, os receptores precisam aderir ao plano de tratamento complexo e contínuo que envolve a automedicação eficaz, dieta específica, acompanhamento ambulatorial frequente, mudanças no estilo de vida e autocuidado rigoroso, para que sejam atingidos bons resultados de sobrevida e qualidade de vida. Sendo que o sucesso dos transplantes está diretamente relacionado à adesão ao tratamento pós-operatório proposto (MIES, 1998; FULWOOD; JONES; LAU-WALKER, 2011; MENDES et al., 2012).

A melhoria da qualidade de vida e a prevenção de complicações podem ser alcançadas quando o paciente conhece a proposta terapêutica e a importância do seguimento das informações, após o transplante. O processo ensino-aprendizagem nos transplantes é facilitado quando a equipe conhece o perfil social, econômico e cultural dos pacientes, ou seja, quais as crenças, as dificuldades e as necessidades destes diante da condição de vida, cuidados e tratamento após a intervenção cirúrgica a curto e longo prazo (TELLES-CORREA et al., 2007; FORD; JONH, 2008; BURRA et al., 2011; MENDES, 2012; LIBERATO et al., 2014). Assim, o conhecimento das necessidades de informação consiste no primeiro passo para o desenvolvimento de plano de ensino efetivo. Nesse contexto, o enfermeiro, enquanto membro da equipe multiprofissional especializada, tem papel importante no planejamento e na implementação de intervenções educativas capazes de estabelecer vínculos e aumentar a satisfação dos pacientes, proporcionando melhor adesão ao tratamento proposto.

A seguir, apresentam-se as principais conclusões pautadas nos objetivos delimitados na condução da presente pesquisa.

Em relação às características sociodemográficas da amostra investigada (n=92), a maioria era do sexo masculino (77,17%) e estado civil casado (76,09%). A idade média foi de 54,48 anos, a média de anos de estudo foi de 9,02 anos, sendo 70,65% dos receptores moradores na zona urbana. Dos 92 participantes, 46,74% estavam aposentados e 26,09%, afastados de suas atividades laborais e 36,96% com renda familiar entre dois e três salários-mínimos.

Em relação às características clínicas, observou-se que 47,83% dos receptores eram do grupo sanguíneo tipo O, 72,83%, com escore MELD entre 20 e 29 pontos, 41,30% com cirrose de etiologia viral (B ou C). Dos 92 pacientes, 45,65% tinham IMC entre 18,50 e 24,99 Kg/m² (peso normal) e 33,70% acima de 25 Kg/m² (sobrepeso). A média de dias após o transplante foi de 1.508,85 dias, o tacrolimus era empregado como terapia medicamentosa de imunossupressão principal em 36,96% dos receptores, e associado ao micofenolato sódico em 38,04% dos pacientes. A maioria da amostra tinha retorno ambulatorial trimestral (59,78%).

As necessidades de informação que obtiveram as médias maiores foram: sugestão de assunto nº3 (média 5,35) refere-se aos sinais e sintomas de complicações (rejeição, infecção, diabetes, hipertensão arterial, entre outras) agrupada à categoria manejo das potenciais complicações; sugestão nº 2 (média 5,29) relativa aos efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos (categoria manejo dos medicamentos) e sugestão nº14, alimentação segura após o transplante (média 4,53) também agrupada na categoria manejo das potenciais complicações.

As sugestões de assunto com menor média foram: nº11 (média 0,28) referente à gravidez e métodos anticoncepcionais após o transplante, seguida pela sugestão nº17 (média 0,89) relacionada às atividades fora de casa e nº12 (média 0,97) relacionada ao retorno ao trabalho/escola/estudos, todas agrupadas na categoria questões relacionadas ao estilo de vida.

Os resultados evidenciados oferecem subsídios sobre o perfil sociodemográfico e clínico de receptores de transplante de fígado na realidade nacional, bem como sobre as necessidades de informação, as quais podem auxiliar o planejamento de intervenções educativas direcionadas para o processo de

transplante de fígado, principalmente a adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida.

Além disso, os resultados geraram evidências para as equipes multiprofissionais especializadas em transplantes, em especial ao enfermeiro que tem papel de educador na saúde. Esse profissional pode desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem voltadas ao receptor de transplante de fígado, considerando as modificações no comportamento e estilo de vida destas pessoas.

Para finalizar, devido à escassez de estudos nacionais sobre a temática investigada, os resultados também indicam a necessidade de condução de novas pesquisas que poderão propor intervenções educativas que possam melhorar a qualidade da assistência, a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações, após o transplante.

- ALOIA, T. A. et al. Analysis of liver transplant outcomes for united network for organ sharing recipients 60 years old or older identifies multiple model for end-stage liver disease-independent prognostic factors. **Liver Transplantation**, v. 16, n. 8, p. 950-959, 2010.
- ANASTÁCIO, L. R. et al. Excesso de peso em pacientes submetidos ao transplante hepático. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, v. 40, n. 6, p. 502-507, 2013.
- ANASTÁCIO, L. R. Nutrição e transplante hepático: da lista de espera ao pós-operatório. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 433-443, 2011.
- ANDRAUS, W. et al. Análise dos sistemas de alocação de órgãos para transplantes do aparelho digestivo no Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 46, n. 3, p. 237-242, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. Dados gerais. **Registro Brasileiro de Transplantes**, v. Ano XX, n. 1, p. 1-21, 2014.
- BARJAS-CASTRO, M. L. Imuno-Hematologia do doador e do receptor. **Técnico em hemoterapia: livro texto**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde–Brasília: Ministério da Saúde, p. 142-69, 2013.
- BASS, M. et al. A diversified patient education program for transplant recipients. **ANNA Journal**, v. 26, n. 3, p. 287-292, 343, 1999.
- BASTABLE, S. B. (Ed.) **Essentials of patient education**. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers, 2006, 502p.
- BITTENCOURT P. L. et al. Resultado do inquérito nacional sobre condutas no acompanhamento e no tratamento da recorrência da hepatite C em portadores de vírus C submetidos a transplante de fígado. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 44, n. 1, p. 78-84, 2007.
- BORGES-COSTA, J. et al. Conhecimento sobre cancro de pele e hábitos de fotoproteção em transplantados: estudo descritivo de 127 doentes com transplante renal. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 70, n. 3, p. 313-317, 2012.

BOWNIK, H.; SAAB, S. Health-related quality of life after liver transplantation for adult recipients. **Liver Transplantation**, v. 15, p. 42-49, 2009. Supplement 2.

BUFTON, S., EMMETT, K., BYERLY, A.M. Liver transplantation. In: OHLER, L.; CUPPLES, S. (Ed.). **Core curriculum for transplant nurses**. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008, p. 423-454.

BURRA, P. et al. Adherence in liver transplant recipients. **Liver Transplantation**, v. 17, n. 5, p. 760-770, 2011.

BURRA, P. et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR (European Liver Transplant Registry). **American Journal of Transplantation**, v. 10, n.1, p. 138-148, 2010.

CASTRO-SILVA, O. et al. Liver transplantation at a university hospital, faculty of medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo: results of first 60 recipients. **Transplantation Proceedings**, v. 40, n. 3, p. 785-788, 2008.

CLAYTON, M. Assessing patients before and after a liver transplant. **Practice Nursing**, v. 22, n. 5, p. 236-241, 2011.

COELHO, J. C. U. et al. Causa de óbito tardio em transplantados de fígado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p. 177-180, 2003.

CUPPLES, S. A.; DUMAS-HICKS, D. H.; BURNAPP, L. Transplant complications: infectious diseases. In: OHLER, L.; CUPPLES, S. (Ed.). **Core curriculum for transplant nurses**. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008, p. 135-200.

DRAGANOV, P. B. et al. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, v. 15 n. 1, p. 149-156, 2011.

DUARTE, M. M. F.; SALVIANO, M. E. M.; GRESTA, M. M. Assistência de enfermagem em transplantes. IN: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 4^a ed., Belo Horizonte: Coopmed, 2012, p. 633-682.

EIZERIK, D. P. et al. Educação de pacientes em dislipidemia: revisão sistemática. **Revista Brasileira Farmacologia**, v. 89, n. 3, p. 207-210, 2008.

FARIA, L. C.; LIMA, A. S.; CLEMENTE. Transplante hepático em pacientes com cirrose hepática causada pelo vírus da hepatite C. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 449-454, 2011.

FERNANDES, S. et al. Patologia Dermatológica em Doentes Transplantados Hepáticos e Renais Referenciados à Consulta de Dermatologia e Venereologia. **Acta Medica Portuguesa**, v. 26, n. 5, p. 555-563, 2013.

FIKATAS, P. et al. Incidence, risk factors and management of incisional hernia in a high volume liver transplant center. **Ann Transplante**, v.18, p. 223-230, 2013.

FORD, E. A. S.; JOHN, E. V. Patient education for the transplant recipient. IN: OHLER, L.; CUPPLES, S. (Ed.). **Core curriculum for transplant nurses**. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008, p. 51-87.

FULLWOOD, D. et al. Care of patients following liver transplantation. **Nursing Standard**, v. 25, n. 49, p. 50-56, 2011.

FULLWOOD, D.; JONES F.; LAU-WALKER; M. Care of patients following liver transplantation. **Nursing Standard**, v. 25, n. 49, p. 50-56, 2011.

FURTADO et al. Transplante de fígado. IN: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 4^a ed., Belo Horizonte: Coopmed, 2012, p.315-375.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.

GARCIA, V. D. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office Editora. 2000, 36p.

Grogan, T. A. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 23, n. 3, p. 443–456, 2011.

GUIMARÃES, G. A. A. et al. Cirrose alcoólica. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 7, n. 2, p. 1-9, 2014.

HALLDORSON, J.; ROBERTS, J. P. Decadal analysis of deceased organ donation in Spain and the United States linking an increased donation rate and the utilization of older donors. **Liver transplantation**, v. 19, n. 9, p. 981-986, 2013.

HARWOODA, C. A. et al. A surveillance model for skin cancer in organ transplant recipients: a 22-year prospective study in an ethnically diverse population. **American Journal of Transplantation**, v. 13, n.1, p. 119–129, 2013.

JOHANSSON, G. K. et al. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. **Patient Education and Counseling**, v. 51, n. 3, p. 239-245, 2003.

KENDALL, K.; O'DELL, M.I. Psychosocial issues in transplantation. In: OHLER, L.; CUPPLES, S. (ED.). **Core curriculum for transplant nurses**. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008, p. 629-661.

KRUSE, M. H. L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009.

LIBERATO, S. M. D. et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n.1, p. 191-198, 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 6 edition. St. Louis: Mosby, Elsevier, 2006, 602p.

LORIG, K. How do I know what patients want and need? Needs assessment. In: LORIG, K. (Ed.). **Patient education: a practical approach**. 3ª. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2001, p. 1-20.

LUCEY, M. R. et al. Long-term management of the successful adult liver transplant: 2012 practice guideline by the American Association for the study of liver diseases and the American Society of Transplantation. **Liver Transplantation**, v. 19, n.1, p. 3-26, 2013.

MAISSIAT, G. S.; MARIN, S. M.; FUZINATTO, C. R. D. Adherence to immunosuppressive treatment in post-renal transplant patients: a descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 2, p. 269-82, 2013.

- MEDEIROS, A. A.; GOLDSCHMID, R.; MACHADO, C. S. A extensão dos direitos da pessoa com deficiência aos transplantados. **Anais eletrônicos do III Simpósio Internacional de Direito: dimensões materiais e eficaciais dos direitos fundamentais**, v. 2, n. 2, p. 62-10, 2012. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/simposiointernacionaldedireito/article/view/2262/1303>> Acesso em 11 outubro 2014.
- MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 5, p. 85-94, 1999.
- MENDES, K.D.S. et al. Educational intervention for liver transplantation candidates. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.419-425, 2013.
- MENDES, K. D. S. et al Necessidades de informação de candidatos ao transplante de fígado: o primeiro passo do processo ensino-aprendizagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 33, n. 4, p. 94-102, 2012.
- MENDES, K. D. S. et al. Características sócio-demográficas entre candidatos e receptores de transplante de fígado de um centro transplantador do interior paulista. **Jornal Brasileiro Transplantes**, v.13, n.2, p.1299-1302, 2010.
- MENDES, K. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. Sexualidade e transplante de órgãos. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 70, n. 1, p. 27-32, 2013.
- MENDES, K. D. S.; GALVÃO, C. M. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 915-922, 2008.
- MENDONÇA, A. E. O. et al. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 287-292, 2014.
- MESQUITA, M. C. et al. Transplante hepático pediátrico: experiência de 10 anos em um único centro no Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, p. 395-402, 2008.
- MESTERS, I. Et al. Measuring information needs among cancer patients. **Patient Education and Counseling**, v. 43, n. 3, p. 253-262, 2001.
- MIES, S. Transplante de fígado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 2, p. 127-134, 1998.

MILLER, L. R. et al. Mental health affects the quality of life and recovery after liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 19, n.1, p. 1272–1278, 2013.

MOSS, D. W.; HENDERSON, A. R. Clinical enzymology. In: BURTIS, C. A.; ASHWOOD, E. R. (Ed.). **Tietz textbook of clinical chemistry**. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1999. cap. 22, p. 617-721.

MYERS, J.; PELLINO, T. A. Developing new ways to address learning needs of adult abdominal organ transplant recipients. **Progress in Transplantation**, v. 19, n. 2, p. 160-166, 2009.

NACIF, L. S. et al. Adoção do escore meld aumentou número de transplantes de fígado. **Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**, v. 27, n. 3, p. 201-203, 2014.

OHLE, L. Patient education. In: CUPPLES, S.A.; OHLE, L. (Ed.). **Transplantation nursing secrets**, Philadelphia: Hanley & Belfus, INC, 2003, p. 305-312.

PAROLIN, M. B. Resultados do transplante de fígado na doença hepática alcoólica. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n. 3, p. 147-152, 2002.

PEYTON A. D. O.; MARTIN P. M. D. Selection for liver transplantation. **Clinical Liver Disease**, v. 2, n. 4, p. 145-147, 2013.

RAMSHORST, G. H. V. et al. Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. **World Journal of Surgery**, v. 34, n. 1, p. 20-27, 2010.
REGA, M. D. A model approach for patient education. **Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses**, v. 2, n. 6, p. 477-479, 1993.

SAAB, S. et al. Development of a disease-specific questionnaire to measure health-related quality of life in liver transplant recipients. **Liver Transplantation**, v. 17, n. 5, p. 567-579, 2011.

SALVALAGGIO, P. R. et al. Liver transplantation in Latin America: the state-of-the-art and future trends. **Transplantation**, v. 98, n. 3, p. 241-246, 2014.

SASSO-MENDES, K. D. et al. Transplantes de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam cirurgia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 481-488, 2005.

SASSO-MENDES, K. D. et al. Cuidados de enfermagem na administração de medicamentos imunossupressores no transplante de fígado: revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 11, n. 1, p. 874-877, 2008.

SHINONI, M. I. Fisiologia hepática. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 76, n. 1, p.5-9, 2006.

SILVA, A. O. et al. Heterogeneidade funcional hepatocelular. IN: SILVA, A. O.; D'ALBUQUERQUE, L. A. C. (Ed.) **Doenças do Fígado**, Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, 2001, p. 50-54.

TELLES-CORREIA, D. et al. Adesão nos doentes transplantados. **Acta Médica Portuguesa**, v. 20, n. 1, p. 73-86, 2007.

TELLES-CORREIA, D. et al. Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, n. 2, p. 165-180, 2006.

THE TRANSPLANTATION SOCIETY OF LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN. **Latin America Transplantation Report**. Sociedad de Transplante de América Latina y El Caribe, 2007, 72p.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 3, p. 132-138, 2009.

VIEIRA, A. et al. Recidiva da ingesta alcoólica em pacientes candidatos a transplante hepático. Análise de fatores de risco. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 44, n. 3, p. 205-209, 2007.

VILELA E. G. et al. Imunossupressão. IN: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**, 4^a ed., Belo Horizonte: Coopmed, 2012, p. 101-131.

WOHL, P. et al. Alcohol use in patients after liver transplantation for alcoholic liver cirrhosis detected by the questionnaire (regional experience). **The Open Addiction Journal**, v. 5, p. 36-40, 2012.

ZIVIANI, L. C. et al. O enfermeiro e seu papel catalisador, no processo organizacional de um programa institucional de transplante de fígado. **Revista Qualidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, v. 1, n. 1, p. 252-255, 2009.

APÊNDICE A – Instrução para os juízes

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar, na qualidade de juiz, da validação aparente e de conteúdo do instrumento de coleta de dados que será utilizado para a condução da pesquisa intitulada: As necessidades de informação de receptores de transplante de fígado, sob orientação da Profa. Dra. Cristina Maria Galvão.

A pesquisa é uma dissertação de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Este estudo tem como objetivo identificar as necessidades de informação de receptores de transplante de fígado em atendimento ambulatorial de hospital público do interior do Estado de São Paulo.

Para alcance do objetivo, foi construída uma versão adaptada do instrumento de Mendes (2010), a qual é dividida em três partes. A primeira parte é relativa aos dados de registro direcionados para a identificação sociodemográfica do paciente. A segunda parte refere-se aos dados sobre o transplante de fígado e a terceira sobre as necessidades de informação direcionadas para os receptores do transplante de fígado.

A elaboração da versão adaptada do instrumento foi composta da seguinte forma: todos os itens de identificação dos sujeitos da pesquisa, da primeira parte do instrumento de Mendes (2010) e dois itens da segunda parte (itens 3 e 9). Na segunda parte da versão adaptada, foi construído um item sobre os dados referentes ao período pós-operatório de transplante de fígado. Na construção da terceira parte do instrumento (dados relacionados às necessidades de aprendizagem), os itens 1, 2, 3, e 4 do instrumento de Mendes (2010) foram mantidos; entretanto, os enunciados foram adaptados para os sujeitos da pesquisa, ou seja, receptores de transplantes de fígado, bem como as sugestões sobre as necessidades de informação.

A construção da terceira parte do instrumento seguiu os mesmos passos propostos por Mendes (2010). A identificação das necessidades de informação será fundamentada nos conceitos preconizados por Lorig (2001). Esse estudioso aponta como deve ser realizada a avaliação de necessidades de informação fundamentada nas crenças do paciente frente ao problema de saúde atual. O paciente é motivado a

verbalizar o que gostaria de aprender, sendo que as respostas obtidas são listadas em ordem decrescente de importância, ou seja, o tópico de maior interesse para o paciente recebe a pontuação 10 e o de menor interesse recebe um ponto. Para as respostas similares entre os pacientes investigados, realiza-se a média aritmética que indicará os tópicos mais relevantes para o grupo estudado.

As necessidades de informação listadas na terceira parte da versão adaptada do instrumento tiveram como base o modelo de ensino-aprendizagem proposto por Ohler (2003) e a literatura específica.

Dessa forma, gostaria de contar com sua valiosa participação na validação deste instrumento ao analisá-lo quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando esses elementos a sua capacidade de atingir o objetivo proposto na pesquisa.

Agradeço antecipadamente pela atenção e estou à disposição para outros esclarecimentos, se necessário.

Atenciosamente,

Luciana da Costa Ziviani
Mestranda do Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Fundamental
(EERP/USP)

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES: As perguntas a seguir são para identificarmos informações a seu respeito, seu transplante e o que o Sr.(a) gostaria de aprender sobre o pós-operatório do transplante de fígado. As informações serão anônimas e somente serão vistas pela pesquisadora responsável. Agradeço sua valiosa participação.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:		RG HC:													
Data de Nascimento: ____/____/____		Idade (anos completos):													
Sexo: Masc () Fem ()		Local de nascimento: urbana () rural ()													
Estado Civil: solteiro/a () casado/a () separado/a () divorciado/a () amasiado/a () viúvo/a () união estável ()															
Religião:		Grupo Sanguíneo:													
Endereço completo:			Bairro:												
Cidade:	CEP:	UF:													
Telefone: DDD ()		Celular: DDD ()													
Profissão:		Ocupação:													
Número de filhos:		Tempo de afastamento do trabalho:													
Escolaridade: Analfabeto () Sabe ler/escrever () Anos completos de Estudo: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: center;">9 10 11</td> <td style="text-align: center;">12 13 14 15</td> <td style="text-align: center;">16 17 18 19 20 21 22 23 +</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Fundamental</td> <td style="text-align: center;">Médio</td> <td style="text-align: center;">Superior</td> <td style="text-align: center;">Pós-Graduação</td> </tr> </table>				1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11	12 13 14 15	16 17 18 19 20 21 22 23 +					Fundamental	Médio	Superior	Pós-Graduação
1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11	12 13 14 15	16 17 18 19 20 21 22 23 +												
Fundamental	Médio	Superior	Pós-Graduação												
Renda: não () sim () Especificar: 1 s.m () 2 a 3 s.m () 3 a 4 s.m () 5 a 6 s.m () 6 a 7 s.m () +8 s.m () Valor em reais do salário-mínimo vigente no momento (s.m): R\$ 724,00															

2. DADOS SOBRE O TRANSPLANTE DE FÍGADO

1. Dados do período pós-operatório de transplante de fígado:

Data do Tx de Fígado:	MELD no Tx:
<p>Diagnóstico médico que levou ao Tx de Fígado:</p> <p>Apresentou situação especial na lista de Tx? () Sim () Não</p> <p>Dias de internação após o transplante de fígado:</p> <p>Apresentou alguma complicação durante a internação: () Sim () Não</p> <p>Qual:</p> <p>Necessitou de retransplante? () Sim () Não</p> <p>Se Sim, qual foi o motivo?</p>	
<p>Em relação aos cuidados que realiza em casa após o transplante:</p> <p>Quem é o responsável:</p> <p>Paciente () Familiar () Cuidador não familiar ()</p>	
<p>Está fazendo ou fez o tratamento para hepatite: () Sim () Não</p> <p>Se sim, quais são os medicamentos que utiliza ou utilizou?</p> <p>Caso já terminou o tratamento, há quanto tempo:</p> <p>Motivo do término:</p>	
<p>Qual é a frequência de retornos no ambulatório de Tx?</p> <p>() semanal () quinzenal () mensal () trimestral () semestral</p> <p>() outros:</p>	

2. Medicamentos em uso:

Medicamentos	Dose	Horário

3. Dados Antropométricos

Peso (Kg):	Altura (m):	IMC (Kg/m ²):
------------	-------------	---------------------------

3. DADOS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM

1. O Sr.(a) recebeu as informações necessárias sobre os cuidados no pós-operatório de transplante de fígado após ser submetido à cirurgia?

Não: () Sim () Por favor, especifique qual(ais) a(s) fonte(s) de informações?

Folheto informativo ()	Internet ()	Médicos / Enfermeiros ()
Televisão ()	Amigos e Familiares ()	Outros pacientes ()
Jornal () Rádio ()	Folhetos explicativos ()	Outros ()

2. O Sr.(a) realizou a leitura do folheto informativo que lhe foi entregue no momento de sua alta hospitalar?

Sim () Não: () Por favor, justifique a não leitura:

Falta de tempo ()	Angústia ou ansiedade com as informações()
Falta de interesse ou estímulo ()	Perda do folheto informativo ou empréstimo para outros ()
Medo ()	Não consegue ler ()
Ainda não recebeu o folheto ()	Outras:

3. O Sr.(a) considera-se preparado para o autocuidado, **em relação ao seu conhecimento**, sobre todo o processo que envolve o pós-operatório do transplante de fígado?

Sim ()

Não: ()

Comentários:

4. Quais dos seguintes métodos de ensino mais te ajudam a adquirir um determinado conhecimento? Escolha **no máximo três** das opções a seguir:

Leituras (folhetos, manuais) ()	Demonstração de uma técnica ()
Discussões em grupos ()	Manuseio de um material ()
Aula expositiva com figuras e explicações ()	Tomar anotações ()
Vídeos ()	Ouvir explicações ()
Buscas ou Pesquisas na Internet ()	Orientação individual ()
Outros ()	

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

Prezado Sr. ou Sra.

Esta parte do questionário tem o objetivo de saber as suas reais necessidades de informação em relação ao transplante de fígado. A seguir, solicitamos que o senhor (a) coloque **em ordem de importância**, 10 assuntos que gostaria de aprender após realizar a cirurgia, antes ou após a alta hospitalar. Abaixo há um quadro de sugestões de alguns tópicos, por favor, fique à vontade para sugerir outros.

<div style="text-align: center;">+</div> <div style="text-align: center;">↑</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">- IMPORTANTE</div>	1º	
	2º	
	3º	
	4º	
	5º	
	6º	
	7º	
	8º	
	9º	
	10º	

1.Cuidados com a ferida cirúrgica, drenos, sondas; 2.Efeitos colaterais e cuidados sobre medicamentos; 3.Sinai e sintomas de complicações (rejeição, infecção, diabetes, pressão alta, entre outras); 4.Rotina de coleta de exames após o transplante; 5.Seguimento ambulatorial; 6. Cuidados com a higiene corporal e bucal; 7. Exposição solar e cuidados com a pele; 8. Autocuidado no domicílio; 9.Exercícios físicos; 10.Relações sexuais; 11. Gravidez e métodos anticoncepcionais após o transplante; 12. Retorno ao trabalho/escola/estudos; 13.Contato com a família do doador; 14.Alimentação segura após o transplante; 15.Uso de bebida alcoólica; 16. Uso de cigarro; 17. Atividades fora de casa (sociais e lazer); 18. Recidiva do vírus no fígado após o transplante (hepatites); 19.Tempo médio de sobrevida após o transplante; 20. Vacinas permitidas após o transplante; 21. Alterações emocionais após o transplante; 22. Tempo e os locais necessários para o uso de máscaras.

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (juízes)

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de pesquisa de mestrado que tem por objetivo identificar as necessidades de informação de receptores de transplante de fígado em atendimento ambulatorial de um hospital público do interior do Estado de São Paulo.

A realização desta parte da pesquisa dependerá do seu consentimento para o desenvolvimento da validação aparente e de conteúdo da versão adaptada de instrumento de coleta de dados proposto por Mendes (2010). A versão adaptada do instrumento também é dividida em três partes: a primeira parte é relativa aos dados direcionados à identificação sociodemográfica do paciente, a segunda parte refere-se aos dados do transplante e a terceira parte sobre as necessidades de informação direcionadas para os receptores do transplante de fígado.

Sua colaboração no estudo contribuirá para a adequação do instrumento de coleta de dados. Ressaltamos, ainda, que em torno de 20 minutos consiste no tempo necessário para realização da avaliação do instrumento.

Esclarecemos que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e que o (a) senhor(a), em momento algum será identificado(a). Todas as informações obtidas por meio da sua avaliação do instrumento elaborado ficarão sob a nossa responsabilidade e trabalharemos com elas de forma global. Informamos que os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas, pois é marcante a inexistência de publicações sobre o assunto na enfermagem nacional. Informamos que o(a) senhor(a) tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente a sua participação no estudo.

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Ressaltamos que a sua participação oferece risco baixo, ou seja, o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto. Caso o(a) senhor(a) sinta desconforto, poderá a qualquer momento interromper a avaliação do instrumento de coleta de dados, sem prejuízos. Salientamos ainda que a sua identidade será mantida no anonimato. Os dados serão manipulados somente pelos pesquisadores responsáveis e os participantes da pesquisa serão codificados para evitar identificação. A sua participação não oferece qualquer tipo de despesa.

O(a) senhor(a) receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, por favor, entre em contato com o pesquisador por meio do endereço, e-mail ou telefone: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Avenida Bandeirantes, n.3900, bairro Monte Alegre, CEP 14040-902, Ribeirão Preto, São Paulo. E-mail: lcziviani@yahoo.com.br Telefone: (16) 3602-2492. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (EERP-USP): (16)3602-3386, sendo o horário de funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17 h.

Agradecemos a sua colaboração!

Eu, _____ após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação. Recebi uma via cópia deste documento devidamente assinada pelos pesquisadores responsáveis.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisadora (aluna)
Luciana da Costa Ziviani

Pesquisadora (orientadora)
Profa. Dra. Cristina Maria Galvão

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes)

O senhor(a) está convidado(a) para participar de pesquisa que tem como objetivo identificar as necessidades de informação de receptores de transplante de fígado, ou seja, o que uma pessoa que realizou transplante de fígado gostaria de saber sobre o seu tratamento no período pós-operatório.

Sua colaboração no estudo irá contribuir para a melhoria da assistência prestada pela equipe de saúde, permitindo ao enfermeiro organizar as informações importantes para as pessoas que fizeram o transplante de fígado.

As pessoas que participarão do estudo serão selecionadas a partir da listagem de atendimento no Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e serão atendidas conforme a rotina do serviço.

Sua participação consistirá em responder a um questionário dividido em três partes: a primeira parte é relativa aos dados sobre suas características sociais e demográficas, a segunda parte se refere aos dados relacionados ao transplante de fígado realizado e a terceira parte consiste nos principais assuntos que o(a) senhor(a) gostaria de saber sobre o seu tratamento no período pós-operatório. A finalidade do questionário é identificar as suas necessidades de informação. O questionário será aplicado por mim em um único encontro com o(a) senhor(a) em sala privativa, no mesmo dia da sua consulta ambulatorial com a equipe de saúde, enquanto aguarda atendimento, e deverá tomar no máximo 30 minutos do seu tempo.

Suas respostas serão utilizadas somente para esta pesquisa; sua identidade não será revelada em qualquer circunstância (seu nome não aparecerá). Informamos que os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas, pois é marcante a inexistência de publicações sobre o assunto na enfermagem nacional. Salientamos que o(a) senhor(a) tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente a sua participação no estudo.

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Ressaltamos que a sua participação oferece risco baixo, ou seja, o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto. Caso o(a) senhor(a) sinta desconforto, podemos interromper a entrevista e agendar outra data ou o(a) senhor(a) poderá retirar o seu consentimento, sem prejuízos. Salientamos ainda que a sua identidade será mantida no anonimato. Os dados serão manipulados somente pelos pesquisadores responsáveis e os participantes da pesquisa

serão codificados para evitar identificação. A sua participação não oferece qualquer tipo de despesa.

O(a) senhor(a) receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, por favor, entre em contato com o pesquisador por meio do endereço, e-mail ou telefone: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Avenida Bandeirantes, n.3900, bairro Monte Alegre, CEP 14040-902, Ribeirão Preto, São Paulo. E-mail: lcziviani@yahoo.com.br Telefone: (16) 3602-2492. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (EERP-USP): (16)3602-3386, sendo o horário de funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17 h.

Agradecemos a sua colaboração!

Eu, _____ após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, eu li e entendi os objetivos do presente estudo descritos neste documento. Recebi uma via deste documento devidamente assinada pelos pesquisadores responsáveis.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisadora (aluna)

Luciana da Costa Ziviani

Pesquisadora (orientadora)

Profa. Dra. Cristina Maria Galvão

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 274/2013

Ribeirão Preto, 12 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 12 de novembro de 2013.

Protocolo: 20115713.3.0000.5393

Projeto: As necessidades de informação de receptores de transplante de fígado.

Pesquisadores: Cristina Maria Galvão
Luciana da Costa Ziviani

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Cristina Maria Galvão
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP