

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIANA MURAD ROSSIN MOLINA

Cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de  
fígado no período pós-operatório: revisão integrativa

Ribeirão Preto  
2014

FABIANA MURAD ROSSIN MOLINA

Cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de  
fígado no período pós-operatório: revisão integrativa

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 em Enfermagem  
Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto  
com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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.

Molina, Fabiana Murad Rossin

Cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório: revisão integrativa. Ribeirão Preto, 2014.

84 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. Cuidados de enfermagem. 3. Período pós-operatório. 4. Transplante de fígado. 5. Cirurgia.

MOLINA, Fabiana Murad Rossin

Cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório: revisão integrativa

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 em Enfermagem Fundamental

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

**Aos meus pais Antonio Osvaldo e Leila**, agradeço por terem me dado a vida, pela educação, por todo o esforço e dedicação dispensados a mim para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Meu eterno amor e gratidão a vocês.

**Ao meu esposo Rafael**, sou grata por existir na minha vida e por me completar. Obrigada por entender minhas ausências, pelo amor e pela paciência que tem comigo, sem o seu apoio tudo seria mais árduo. Amo você!

**Ao meu amado irmão Carlos**, obrigada por estar presente em minha vida em todos os momentos. Nós vencemos!

**Ao meu sobrinho Felipe**, que logo estará entre nós. A tia, com muito amor, está esperando sua chegada.

**A minha cunhada Livia**, obrigada por estar sempre ao meu lado como uma irmã.

**A minha amada afilhada Vitória**, tenho orgulho em ser sua madrinha.

**A toda minha família**, sou grata pelo apoio e por vocês fazerem parte da minha vida. Amo vocês!

**A família do meu esposo José, Leonora, Ana Caroline, Vanessa e Enrico**, obrigada pelo carinho e pela atenção dispensados a mim.

**A todos os pacientes do Programa de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP**, este trabalho foi realizado para vocês que me motivam diariamente.

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus**, pela força e pela oportunidade da existência.

**À Profa. Dra. Cristina Maria Galvão**, obrigada pela orientação e paciência diante de minhas dificuldades para a concretização deste estudo.

**À enfermeira Dra. Karina Dal Sasso Mendes**, pela amizade, pelo apoio e pelas contribuições na condução deste trabalho. Seu entusiasmo e incentivo me fizeram acreditar que seria possível concretizar este sonho.

**A toda a Equipe de Enfermagem da Unidade de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP**, sou grata por fazer parte de uma equipe tão competente e comprometida com o cuidado ao paciente.

**À equipe multidisciplinar da Unidade de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP**, agradeço pelo trabalho em equipe no convívio diário.

**Às companheiras de trabalho e amigas Luciana da Costa Ziviani, Viviane dos Santos Augusto e Kátia Prado Ribeiro**, pela amizade, carinho e o convívio ao longo dos anos em que compartilhamos conhecimentos, alegrias e tristezas. Estaremos sempre juntas!

**Às amigas Cátia Helena Damando Salomão e Lilian de Andrade Sá**, pela amizade, pelo carinho e pelo companheirismo ao longo desses anos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Seu trabalho vai preencher uma grande parte da sua vida, e a única maneira de estar verdadeiramente satisfeito é fazer o que você acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho é amar o que você faz”.

Steve Jobs

## RESUMO

MOLINA, F.M.R. **Cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório: revisão integrativa.** 2014. 84 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A realização de transplante de fígado é a única opção, na ausência de alternativas clínicas e cirúrgicas, quando o paciente é acometido por hepatopatia aguda ou crônica. A assistência de enfermagem ao receptor de transplante de fígado é complexa e relevante, em todas as fases do processo. Assim, o objetivo do estudo foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório. A revisão integrativa foi o método de revisão selecionado para a condução do estudo. A busca dos estudos primários foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS, sendo a amostra composta de 12 estudos primários. Os estudos primários foram agrupados em duas categorias: A) alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório (n=7) e B) experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório (n=5). O conhecimento aprofundado e pautado em evidências recentes das alterações fisiológicas nos diferentes sistemas do organismo humano e das experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado possibilitam ao enfermeiro a elaboração do planejamento da assistência de enfermagem fundamentado nas reais necessidades do paciente e da família. Além desses aspectos, o conhecimento proporciona a implementação de intervenções direcionadas para a prevenção, redução ou controle das complicações que podem acometer o paciente, no período pós-operatório. Na análise do conjunto dos resultados evidenciados dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, infere-se a necessidade de investimentos na condução de pesquisas direcionadas para o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado devido à escassez de estudos na literatura (internacional e nacional), principalmente aquelas que poderão investigar intervenções que possam ser implementadas na prática clínica para prevenir, minimizar e/ou controlar as alterações fisiológicas e emocionais do paciente, contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Cuidados de enfermagem. Período pós-operatório. Transplante de fígado. Cirurgia.



## ABSTRACT

MOLINA, F.M.R. **Nursing care for the liver transplant recipient in the postoperative period: an integrative review.** 2014. 84 p. Thesis (Master) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Performing liver transplantation is the only option, in the absence of clinical and surgical alternatives, when the patient is suffering from acute or chronic liver disease. Nursing care for the liver transplant recipient is complex and relevant at all stages of the process. Thus, this study aimed to analyze the evidence available in the literature on nursing care for the liver transplant recipient in the postoperative period. The integrative review method was selected to conduct the study. The primary studies were searched in PubMed, CINAHL and LILACS, and the sample consisted of 12 primary studies. The primary studies were grouped into two categories: A) physiological changes of liver transplant recipients in the postoperative period (n=7) and B) reported experiences and emotional changes of liver transplant recipients in the postoperative period (n=5). The deepen knowledge and guided by recent evidence of physiological changes in the different systems of the human organism and of the reported experiences and emotional changes of liver transplant recipients allow nurses preparing the planning of nursing care based on the real needs of the patient and of the family. Besides these aspects, the knowledge provides the implementation of targeted interventions for the prevention, reduction or control of the complications that can affect the patient in the postoperative period. In the analysis of all evidenced results of the primary studies included in the integrative review, it is inferred the need for investments in conducting research directed to the nursing care of the liver transplant recipient due to a lack of studies in (international and national) literature, especially those that may investigate interventions that can be implemented in clinical practice to prevent, minimize and/or control the physiological and emotional changes of the patient, contributing to the improvement of nursing care and thus for a successful treatment.

**Keywords:** Perioperative Nursing. Nursing care. Postoperative period. Liver transplant. Surgery.

## RESUMEN

MOLINA, F.M.R. **Atención de enfermería al receptor de trasplante de hígado en el periodo postoperatorio: una revisión integradora.** 2014. 84h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La realización de un trasplante de hígado es la única opción ante la ausencia de alternativas clínicas y quirúrgicas, cuando el paciente está afectado por hepatopatía aguda o crónica. La atención de enfermería al receptor de trasplante de hígado es compleja y relevante en todas las etapas del proceso. Así, este estudio objetivó analizar las evidencias disponibles en la literatura sobre la atención de enfermería del receptor de trasplante de hígado en el período postoperatorio. La revisión integradora fue el método seleccionado para la realización del estudio. La búsqueda de estudios primarios se realizó en las bases de datos PubMed, CINAHL y LILACS, y la muestra fue compuesta de 12 estudios primarios. Los estudios primarios fueron agrupados en dos categorías: a) cambios fisiológicos de los receptores de trasplante de hígado en el periodo postoperatorio (n=7) y B) experiencias narradas y cambios emocionales de los receptores de trasplante de hígado en el periodo postoperatorio (n=5). El conocimiento profundo y guiado por evidencias recientes de los cambios fisiológicos en los diferentes sistemas del organismo humano y de las experiencias narradas y los cambios emocionales de los receptores de trasplante de hígado permiten al enfermero preparar la planificación de la atención de enfermería fundamentado en las necesidades reales del paciente y de la familia. Además de estos aspectos, el conocimiento proporciona la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención, reducción o control de las complicaciones que pueden afectar al paciente en el periodo postoperatorio. En el análisis de todos los resultados evidenciados de los estudios primarios incluidos en la revisión integradora, se infiere la necesidad de embestir en la realización de investigaciones dirigidas a la atención de enfermería al receptor de trasplante de hígado debido a la falta de estudios en la literatura (internacional y nacional), especialmente aquellas que podrán investigar las intervenciones que puedan ser implementadas en la práctica clínica para prevenir, minimizar y/o controlar los cambios fisiológicos y emocionales del paciente, lo que contribuye para la mejora de la atención de enfermería y por lo tanto para un tratamiento exitoso.

Palabras clave: Enfermería perioperatoria. Atención de enfermería. Período postoperatorio. Trasplante de hígado. Cirugía.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégia PICOT .....	27
Quadro 2 –	Bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários e descritores controlados empregados .....	28
Quadro 3 –	Estratégia de busca na base de dados PUBMED .....	29
Quadro 4 –	Estratégia de busca na base de dados CINAHL .....	30
Quadro 5 –	Estratégia de busca na base de dados LILACS .....	31
Quadro 6 –	Caracterização dos estudos primários incluídos (nome, ano de publicação, idioma, nome do periódico e base de dados) .....	36
Quadro 7 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	38
Quadro 8 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	40
Quadro 9 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	42
Quadro 10 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	44
Quadro 11 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	46
Quadro 12 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	48
Quadro 13 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	50
Quadro 14 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	52

Quadro 15 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	54
Quadro 16 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	56
Quadro 17 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	58
Quadro 18 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório .....	60

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>23</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
3.1 Elaboração da questão de pesquisa .....	26
3.2 Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários .....	27
3.3 Extração de dados dos estudos primários .....	32
3.4 Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa .....	32
3.5 Análise e síntese dos resultados da revisão integrativa .....	32
3.6 Apresentação da revisão integrativa .....	33
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>



O fígado é o maior e um dos mais complexos órgãos do corpo humano, pesando em média 1.500 g em indivíduo adulto e está localizado no quadrante superior direito da cavidade abdominal. É um órgão que possui diversas funções complexas e vitais à saúde do organismo. Destaca-se importante papel deste órgão na regulação do metabolismo da glicose e de sua concentração sanguínea, é ativo no metabolismo lipídico, sintetiza as proteínas plasmáticas (albumina, globulinas), produz os fatores de coagulação e participa da degradação e excreção de hormônios e de diversos medicamentos. Armazena as vitaminas A, D, do complexo B, cobre e ferro, produz e secreta bile, atua na metabolização de substâncias tóxicas, entre elas, a conversão da amônia, toxina potencial, em ureia para ser excretada pela urina e a regulação do sistema imune (SCHINONI, 2006; GUYTON; HALL, 2011).

Morfologicamente, o fígado é dividido em dois lobos principais: direito e esquerdo e dois lobos acessórios: o caudado e o quadrado (PARRA; SAAD; D'ALBUQUERQUE, 2001). Apresenta suprimento sanguíneo duplo, sendo que o fluxo arterial corresponde a 25% (realizado pela artéria hepática) e o fluxo venoso, a 75% (realizado pela veia porta). O sistema arterial fornece sangue rico em oxigênio e o sistema venoso, sangue rico em nutrientes. A drenagem venosa do fígado é feita pelas veias hepáticas, as quais são responsáveis pelo escoamento sanguíneo deste órgão em direção à veia cava inferior e se unem abaixo do diafragma (PUGLIESE; HERMAN, 2001).

O fígado pode ser afetado por desordens agudas (hepatite fulminante causada por medicamentos ou produtos químicos) ou crônicas (causa idiopática, hepatites virais crônicas e autoimunes, alcoolismo, doença metabólica congênita) que alteram o seu funcionamento, a sua fisiologia e todos os sistemas corporais (MINCIS; MINCIS; LANZONI, 2008). Ao longo dos anos, os danos decorrentes dessas desordens comprometem irreversivelmente a função hepática, gerando diversas complicações que interferem na qualidade de vida da pessoa e acarretam internações recorrentes e de urgência, sendo alta a mortalidade (FINDLAY et al., 2011).

Quando o paciente é acometido por uma hepatopatia aguda ou crônica, e não existem alternativas clínicas e cirúrgicas de tratamento, a única opção é a realização do transplante de fígado. O transplante de fígado tornou-se realidade

mundial e foi considerado um dos mais importantes avanços da medicina (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000; ABBASOGLU, 2008). O conhecimento minucioso das estruturas anatômicas e vasculares permitiu os avanços na área de cirurgia hepática. Sendo assim, os procedimentos cirúrgicos passaram a ser realizados com mais segurança, tornando-se úteis para o transplante de fígado (TRIVIÑO; ABIB, 2003).

Com a utilização da ciclosporina, a partir da década de 1980, garantiu-se o controle da rejeição do enxerto nos transplantes de órgãos (GARCIA et al., 2004). A criação de soluções de preservação trouxe avanços na conservação de órgãos para transplante. No final da década de 1980, a equipe da Universidade de Wisconsin, em parceria com Belzer e Southard, foi responsável pela criação de solução que ficou conhecida como a “solução da Universidade de Wisconsin”. A princípio foi desenvolvida para conservação do fígado e tornou-se a solução de escolha para preservação de múltiplos órgãos para transplante. Existem hoje outras soluções que são utilizadas: a solução de Celsior e a *histidine-tryptophan-ketoglutarate* (HTK) (CAVALLARI et al., 2003).

Em 1963, ocorreu a primeira tentativa de transplante de fígado realizada em humanos nos Estados Unidos da América (EUA), em Denver, por Thomas E. Starzl. O primeiro transplante de fígado bem-sucedido na América Latina foi realizado em 1985 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela equipe da Unidade de Fígado (MIES, 1998).

O Grupo Integrado de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), coordenado pelo Prof. Dr. Orlando de Castro e Silva, iniciou suas atividades em 2000. O primeiro transplante hepático foi realizado em maio de 2001 (CASTRO–SILVA et al., 2008) e até o momento já foram realizados 259 transplantes de fígado. No perioperatório, os pacientes de transplante de fígado são acompanhados no ambulatório e, quando a internação se faz necessária, estes são direcionados para a Unidade de Transplante de Fígado que foi inaugurada em fevereiro de 2005.

Com o rápido crescimento na demanda para a realização de transplante de fígado, durante a década de 1990, tornaram-se urgentes a criação e a regulamentação de critérios para a seleção e listagem dos pacientes. O escore Child-Pugh foi o primeiro tipo utilizado para estratificar a gravidade da doença hepática, e sua pontuação é baseada em critérios clínicos e laboratoriais (ascite e



encefalopatia, valor da bilirrubina, tempo de protrombina e albumina sérica), variando de cinco a quinze pontos. Quando o valor é igual ou maior que sete, considera-se como critério mínimo para indicar a necessidade de transplante de fígado. Adicionado a este critério, adotava-se a ordem cronológica de inscrição do paciente para alocação de fígado (FURTADO et al., 2012; SALVALAGGIO et al., 2012).

O escore Child-Pugh era um modelo desvantajoso para paciente com escore e risco elevado de mortalidade, mas com pouco tempo de inscrição em lista de espera para transplante, assim observou-se que o modelo norte-americano denominado *Model for End-stage Liver Disease* (MELD), baseado na gravidade para alocação de fígado para transplante, seria o mais adequado por prever melhor a mortalidade precoce por doença hepática em lista de espera. Após várias discussões e estudos da comunidade científica brasileira, o MELD foi oficializado em maio de 2006 (FURTADO et al., 2012; SALVALAGGIO et al., 2012).

O MELD consiste em fórmula matemática utilizada para pacientes adultos e crianças maiores de 12 anos em que os valores de exames de sangue da bilirrubina, relação normalizada internacional (INR) e creatinina geram uma pontuação que pode variar de seis a 40 pontos ou mais e quanto maior o escore, mais grave está o paciente. O sistema estima o risco de óbito se o transplante de fígado não for realizado nos próximos três meses. Quando o escore MELD é 15 ou superior, indica-se a inclusão do paciente em lista de espera para transplante. Em outras situações em que seja necessário aumentar a pontuação do MELD, como por exemplo, a presença de tumor primário de fígado, os serviços de transplante, pautados nas portarias vigentes, enviam avaliações para as Câmaras Técnicas Regionais (KAMATH; KIM, 2007; GROGAN, 2011).

As indicações gerais para o transplante são a insuficiência hepática fulminante, cirrose de origem criptogênica, alcoólica (quando em abstinência mínima de seis meses) e causada pelo vírus da hepatite B ou C, hepatite autoimune, doença gordurosa hepática não alcoólica (NASH), cirrose biliar primária e secundária, colangite esclerosante primária, atresia de vias biliares, hemocromatose, síndrome de Budd-Chiari, doença de Wilson e de Caroli, portadores de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) e carcinoma hepatocelular com estadiamento dentro dos critérios de Milão (nódulo único menor de cinco centímetros de diâmetro ou até três nódulos com, no máximo, três centímetros cada). As contraindicações podem ser

absolutas ou relativas. As absolutas incluem a presença de tumores malignos hepáticos com metástases extra-hepáticas, doença cardiopulmonar avançada, infecção ativa extra-hepática incontrolável, uso ativo de álcool e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). As relativas são hepatopatias avançadas com replicação viral ativa, trombose de veia porta, cirurgias abdominais prévias, obesidade e má adesão do paciente ao tratamento (BITTENCOURT; ZOLLINGER, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; FURTADO et al., 2012).

Em relação aos tipos de doadores para o transplante de fígado, existe o doador falecido que é um doador com morte encefálica; o doador vivo que doa parte do seu fígado, dentro dos critérios legais e dos limites de risco aceitável; transplante dominó, em que o fígado retirado de paciente portador de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) é utilizado em receptor inscrito em lista de transplante, desde que o doador autorize o procedimento e o receptor realize o consentimento, e o split em que é utilizado enxerto bipartido, sendo mais frequente em crianças devido à desproporção entre o tamanho e a escassez de doadores para essa faixa etária. No transplante de fígado, respeitam-se a compatibilidade ABO e anatômica, a faixa etária, as situações urgentes e os critérios especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em virtude da cirrose hepática, os pacientes apresentam diferentes problemas que envolvem aspectos de âmbito biológico, psicológico, social e econômico, tornando-se importantes o manejo adequado e o controle da doença hepática descompensada, uma vez que o preparo do paciente pela equipe de enfermagem e multiprofissional, no período perioperatório, é determinante para o sucesso do tratamento (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000; MENDES; GALVÃO, 2008).

A enfermagem perioperatória compreende a aplicação de cuidados ao paciente nos períodos pré, intra e pós-operatório da experiência cirúrgica e outros procedimentos invasivos com o emprego do processo de enfermagem para organizar a assistência de enfermagem. Assim, a prática da enfermagem perioperatória não se restringe ao centro cirúrgico, implica atuação mais abrangente, sendo que o cuidado prestado ao paciente cirúrgico pode começar na enfermaria ou em uma clínica, no consultório médico e até mesmo na casa do paciente e após a intervenção cirúrgica, o cuidado pode se estender além da sala de recuperação pós-

anestésica, até a unidade ou clínica de origem e novamente no domicílio do paciente (ROTHROCK, 2007).

O paciente que entra na lista de espera para o transplante de fígado encontra-se no período pré-operatório até surgir um órgão disponível para a realização da cirurgia. Uma rigorosa avaliação pré-operatória deve ser realizada, incluindo avaliação da desnutrição muito comum no paciente com cirrose e indicação de dieta e suplementação nutricional; avaliação constante e criteriosa da função hepática, renal, cardíaca, pulmonar, neurológica e acompanhamento com exames de imagem em pacientes com carcinoma hepatocelular; avaliação de possíveis infecções devido ao risco aumentado no paciente com hepatopatia pelo comprometimento do seu sistema imunológico (FURTADO et al., 2012).

O período pré-operatório é o momento em que o receptor conhece a equipe multiprofissional e realiza consulta médica e de enfermagem, avaliação psicológica, social e odontológica, entre outras avaliações quando necessárias. Nesse período iniciam-se as orientações sobre o procedimento cirúrgico, relatando os riscos e benefícios. O paciente deve ser avaliado ambulatorialmente pelo anestesista, sendo este um momento para conhecimento de ambos e esclarecimentos das dúvidas pertinentes ao procedimento (FORD; JOHN, 2008). Cada centro transplantador deve elaborar seu plano educacional com a utilização de recursos de ensino para melhor absorção do conteúdo pelo paciente (OHLER, 2000).

O transplante hepático é considerado procedimento cirúrgico demorado e de grande porte. É dividido em três fases: fase hepática, anepática e neo-hepática. A fase hepática inicia-se com a incisão da pele até a hepatectomia e consiste na dissecação total do fígado doente até o clampeamento da veia cava supra-hepática. A fase anepática tem início com a extração do fígado doente até o implante do enxerto em posição ortotópica, e a fase neo-hepática é a revascularização do enxerto. Existem duas técnicas cirúrgicas que são utilizadas no transplante de fígado. O método convencional consiste na exérese do fígado em conjunto com a veia cava inferior retro-hepática, com interrupção do fluxo sanguíneo, sendo necessária a utilização de circulação extracorpórea e a técnica “Piggyback” em que, na exérese do fígado, ocorre preservação do fluxo sanguíneo e da veia cava inferior retro-hepática (FURTADO et al., 2012).

O período intraoperatório é o mais complexo, e o sucesso do transplante depende de diferentes fatores, tais como: os relacionados ao órgão doado, a condição do receptor no momento do procedimento, o tempo de isquemia do órgão, alterações graves na coagulação e outras complicações anestésicas e cirúrgicas. Durante a cirurgia, deve-se avaliar e monitorar o ritmo cardíaco, controle rigoroso de diurese, da volemia, da temperatura e de sangramentos, avaliação laboratorial dos distúrbios hidroeletrólíticos, monitoração hemodinâmica realizada por cateteres e monitores (SOUKI et al., 2012).

Os receptores podem apresentar diversas complicações pós-operatórias devido à gravidade clínica da hepatopatia e à complexidade do procedimento. Essas são divididas em complicações cirúrgicas (vasculares, biliares e de ferida operatória), relacionadas ao enxerto (disfunção primária do enxerto e rejeição aguda) e gerais (infecciosas, pulmonares, cardiovasculares, renais, neurológicas, metabólicas, gastrintestinais e hematológicas) (CANERO; CARVALHO; GALDEANO, 2004).

As complicações pós-operatórias são agravadas pela exposição a agentes infecciosos do ambiente hospitalar, pelo uso de cateteres vasculares, urinário, drenos abdominais, pelo uso de ventilação mecânica prolongada e o estado de imunossupressão a que o paciente é submetido, principalmente nos primeiros dias após o transplante. Assim que permitido, devem-se retirar precocemente os cateteres vasculares e vesicais, tubos endotraqueais e drenos (OLIVEIRA et al., 2012).

No pós-operatório imediato, os pacientes transplantados são encaminhados para a unidade de terapia intensiva, sendo que para alguns a permanência nesta unidade torna-se mais prolongada devido ao ato cirúrgico e às condições preexistentes. A observação deve ser rigorosa, principalmente nas primeiras 24 horas para detecção precoce de complicações relacionadas ao funcionamento do enxerto. A trombose de artéria hepática é a complicação técnica mais comum, e o não funcionamento primário do enxerto é caracterizado como disfunção que se inicia no pós-operatório, acarretando completa ausência da função hepática, sendo necessário para ambos o retransplante (RAZONABLE et al., 2011).

A incidência de trombose de veia porta é menor do que a da artéria hepática (entre 1 e 2%). A trombose da veia cava é incomum. Essas complicações vasculares são importantes causas de morbimortalidade e de perda do enxerto no

pós-transplante (COELHO et al., 2000). A reconstrução biliar realizada no transplante é aspecto preocupante que pode acarretar complicações, tais como as fístulas e as estenoses (FREITAS et al., 2000). Nesses casos, utilizam-se opções terapêuticas endoscópicas para dilatação das estenoses e colocação de próteses biliares (MARTINS; TAFAREL; FERRARI, 2008).

O transplante hepático é considerado cirurgia potencialmente contaminada, e as complicações incisionais mais comuns são a infecção de sítio cirúrgico e dor, sendo necessário o uso de analgésicos e sedativos (FERREIRA; VIEIRA; SILVEIRA, 2000; SILVA; CARVALHO, 2006).

A rejeição celular aguda é o tipo mais comum e pode ocorrer nos primeiros dias ou semanas depois do transplante e é preocupação da equipe transplantadora, pois se não diagnosticada precocemente e tratada adequadamente pode acarretar na perda do enxerto (TOPPA, 2012).

A maioria das infecções bacterianas ocorre nas duas primeiras semanas, após o transplante hepático, devido ao tempo prolongado de cirurgia, ao recebimento de politransfusões, à necessidade de reintervenções e aos níveis altos de terapia imunossupressora. É a maior causa de mortalidade e morbidade pós-transplante. A imunossupressão deve ser bem monitorada para não ser excessiva, provocando infecções e nem insuficiente permitindo a rejeição do enxerto (VILELA et al., 2012 ; AVKAN-OGUZ et al., 2013). As infecções fúngicas ocorrem devido à imunossupressão e ao uso de antibióticos de largo espectro, sendo iniciada terapia profilática no pré-operatório. As principais infecções virais são causadas pelo vírus herpes simples e pelo citomegalovírus, ocorrendo aproximadamente na terceira e oitava semanas após o transplante (MAZARIEGOS; MOLMENTI; KRAMER, 1999).

A recidiva da hepatite B e C é também preocupação da equipe de transplante, sendo a causa mais comum de perda tardia do enxerto, após o transplante de fígado (ABBASOGLU, 2008).

Quando o estado clínico do paciente permite, a extubação deve ocorrer nas primeiras 48 horas e a função pulmonar monitorada diariamente por radiografia do tórax e exame físico. As complicações pulmonares são comuns devido à sobrecarga hídrica no intraoperatório e à manipulação cirúrgica do diafragma que podem acarretar atelectasias e derrame pleural, propiciando o aparecimento de pneumonias. A hipertensão arterial de difícil controle favorece o sangramento das anastomoses vasculares, causada pela instabilidade hemodinâmica presente no

intraoperatório e pelo uso de corticoides e imunossupressores (SCHREEN; CAMELLI, 2006; GROGAN, 2011; FURTADO et al., 2012).

A hiperglicemia pode ocorrer também no pós-operatório e está relacionada aos efeitos dos imunossupressores ou à simples intolerância transitória à glicose do paciente, necessitando de uso temporário ou permanente de insulina. As alterações na coagulação ainda permanecem no pós-operatório causando extensos hematomas nos membros superiores e abdome. A desnutrição já existente no pré-operatório e a diminuição da ingestão de alimentos no pós-operatório causada por náuseas e vômitos também proporcionam o risco aumentado para infecções (SILVA; CARVALHO, 2006).

A neurotoxicidade causada pelos imunossupressores pode levar à confusão mental, psicose e convulsão (GROGAN, 2011). É frequente o receptor apresentar insuficiência renal aguda devido à condição crítica e instabilidade hemodinâmica no perioperatório e pela imunossupressão afetando adversamente a função renal, podendo ser necessário realizar hemodiálise (MAZARIEGOS; MOLMENTI; KRAMER, 1999).

O paciente com ascite no pré-operatório pode manter essa complicação no pós-operatório, e o uso de diuréticos pode ser necessário em alguns casos. É importante orientar o paciente que a ascite irá diminuir à medida que a função hepática se normalize (MINCIS; MINCIS; LANZONI, 2008).

Para a prevenção da rejeição do enxerto no pós-transplante, serão administrados imunossupressores que causam diversos efeitos colaterais, e a dosagem deve ser monitorada. A imunossupressão pode variar entre os pacientes que precisam ser orientados sobre a terapia medicamentosa e o rigor necessário em relação ao horário de administração dos medicamentos, os quais serão utilizados pelo resto da vida, garantido a sobrevida e o sucesso do transplante. Destacam-se alguns dos principais efeitos colaterais, tais como: tremores, cefaleia, hipertensão, nefrotoxicidade, diabetes, distúrbios gastrintestinais, alteração nos níveis de colesterol sanguíneo, crescimento excessivo de pelos, hipertrofia gengival, obesidade, risco elevado de desenvolver câncer de pele, diarreia, leucopenia e anemia (BUFTON; EMMETT; BYERLY, 2008).

A equipe multiprofissional e, principalmente, o enfermeiro devem monitorar e orientar sobre os efeitos colaterais dos imunossupressores para que o

paciente fique atento às mudanças que poderão ocorrer com o uso contínuo desses medicamentos (CLAYTON, 2011).

A assistência de enfermagem ao receptor de transplante de fígado é altamente especializada e relevante em todas as fases do processo. O enfermeiro é membro fundamental da equipe multidisciplinar, sendo o elo entre o paciente e os outros membros da equipe (TENANI; PINTO, 2007).

Diante da complexidade do transplante de fígado e das diversas complicações que podem acometer o receptor, fica clara a importância de o enfermeiro ter conhecimento aprofundado sobre as alterações que podem ocorrer no período pós-operatório. Assim, pautado em fundamentação científica, esse profissional pode detectar precocemente as complicações e intervir de forma efetiva para assegurar o cuidado de enfermagem com qualidade (FUKAMIZU; MARTINS; MORAES, 2010).

Compete ao enfermeiro realizar o cuidado de enfermagem baseado em evidências provenientes de pesquisas e observações clínicas, promovendo assistência à saúde segura e livre de danos (AMORIM et al., 2011). Esse profissional com a equipe de enfermagem são responsáveis por diferentes cuidados no pós-operatório, tais como: adotar os princípios de assepsia e lavagem das mãos; realizar o exame físico diariamente para detectar sinais e sintomas de qualquer complicação em potencial; monitorização dos sinais vitais, dos dados hemodinâmicos e balanço hídrico; avaliação do aspecto da ferida operatória, permeabilidade de drenos e sondas; promover mobilização precoce e fornecer conforto e suporte emocional. Além dos cuidados mencionados, a assistência de enfermagem deverá englobar as necessidades biopsicossociais do receptor de transplante de fígado, nas diferentes fases do tratamento (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012).

Na prática profissional, além da atuação assistencial do enfermeiro, destaca-se o seu papel de educador, principalmente em transplante. As atividades educativas com foco na alta hospitalar devem começar logo que o paciente e o familiar estejam aptos para assimilar todas as informações sobre sua nova condição. Para tal, o enfermeiro deve utilizar diferentes estratégias de ensino e realizar as informações de acordo com as crenças individuais de cada paciente e seu familiar, fornecendo apoio necessário também no seguimento ambulatorial para a melhor adesão ao tratamento (FULLWOOD et al., 2011). A aprendizagem em transplante é

um processo contínuo e deve sempre ser reavaliado para garantir sua eficácia (OHLER, 2000).

O receptor de transplante de fígado necessita saber manejar a nova rotina e conhecer as mudanças que ocorrerão, pois a principal razão do transplante é devolver este indivíduo para a sociedade com a recuperação da qualidade de vida perdida em decorrência da doença crônica (FORD; JOHN, 2008).

A readaptação, após o transplante de fígado, inicia-se na internação e permanece no seguimento ambulatorial, sendo o enfermeiro de crucial importância para o paciente e sua família e interferindo positivamente para o sucesso do tratamento (POMPEU et al., 2007).

Frente ao exposto, salienta-se a importância do presente estudo para fundamentar a prática clínica, o qual fornecerá subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro na assistência de enfermagem prestada ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório.





O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório.



A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem de solução de problema para o cuidado em saúde que integra a melhor e mais recente evidência oriunda de estudos bem delineados, a *expertise* do profissional de saúde e as preferências e valores do paciente (MELNYK et al., 2010).

Devido ao crescente volume e à complexidade de informações na área da saúde, acrescido do tempo restrito destes profissionais, os métodos de revisão são ferramentas relevantes da PBE, nos quais os resultados de estudos primários do tópico de interesse do revisor são reunidos, avaliados e sintetizados (GALVÃO, 2002).

A revisão integrativa (RI) foi o método de revisão selecionado para a condução do presente estudo. Esse método permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema estudado. O estado atual de conhecimento sobre o tópico de interesse do revisor consiste no produto final da RI, além disso, o método permite a identificação de lacunas que podem direcionar o desenvolvimento de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a condução da presente RI, as seguintes etapas foram percorridas: elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

### 3.1 Elaboração da questão de pesquisa

A questão de pesquisa delimitada para a elaboração da RI foi “Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório?”

Para a elaboração da questão de pesquisa da presente RI, utilizou-se a estratégia PICOT (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes* e *time*), conforme apresentado no Quadro 1.

<b>Acrônimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
P	Paciente ou problema	Receptor de transplante de fígado
I	Intervenção	Cuidados de enfermagem
C	Controle ou comparação	
O	Desfecho	Alta hospitalar; complicações pós-operatórias
T	Tempo	Período pós-operatório

Quadro 1 – Estratégia PICOT

### 3.2 Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários

A busca dos estudos primários foi realizada via internet, e as bases de dados selecionadas foram: *US National Library of Medicine (PUBMED)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*.

Para assegurar busca ampla e criteriosa, os descritores controlados (*Medical Subject Headings*, *CINAHL Headings* e *Descritores em Ciências da Saúde*) foram delimitados de acordo com cada base de dados (Quadro 2).

Bases de dados	Descritores controlados
<b>PUBMED (MeSH)</b>	Liver transplantation Nursing care Postoperative period Postoperative complications Patient discharge
<b>CINAHL (CINAHL headings)</b>	Liver transplantation Nursing care Postoperative period Patient discharge Postoperative complications
<b>LILACS (DeCS)</b>	Transplante de fígado Cuidados de enfermagem Período pós-operatório Complicações pós-operatórias Alta do paciente

Quadro 2 – Bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários e descritores controlados empregados

Os **critérios de inclusão** delimitados para a condução da RI foram: estudos primários que retratavam o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório, publicados em inglês, português e espanhol, no período compreendido entre janeiro de 2003 até julho de 2013.

Os **critérios de exclusão** adotados foram: revisão narrativa/revisão tradicional de literatura; métodos de revisão (por exemplo, revisão sistemática); editorial ou carta-resposta.

A seguir, apresenta-se a estratégia de busca realizada em cada base de dados (Quadros 3, 4 e 5).

<b>PUBMED</b>	
<b>P</b>	("Liver Transplantation"[Mesh]) OR (Transplantation, Liver) OR (Liver Transplantations) OR (Transplantations, Liver) OR (Transplantation, Hepatic) OR (Grafting, Liver) OR (Graftings, Liver) OR (Liver Grafting) OR (Liver Graftings) OR (Hepatic Transplantation) OR (Hepatic Transplantations) OR (Transplantations, Hepatic)
<b>I</b>	("Nursing Care"[Mesh]) OR (Care, Nursing) OR (Management, Nursing Care) OR (Nursing Care Management)
<b>O1</b>	("Patient Discharge"[Mesh]) OR (Discharge, Patient) OR (Discharges, Patient) OR (Patient Discharges) OR (Discharge Planning) OR (Discharge Plannings) OR (Planning, Discharge) OR (Plannings, Discharge)
<b>O2</b>	("Postoperative Complications"[Mesh]) OR (Complication, Postoperative) OR (Complications, Postoperative) OR (Postoperative Complication)
<b>T</b>	("Postoperative period"[Mesh]) OR (Period, Postoperative) OR (Periods, Postoperative) OR (Postoperative Periods)

Quadro 3 – Estratégia de busca na base de dados PUBMED

Conforme apontado no Quadro 3, na base de dados PUBMED, na estratégia de busca, foram realizadas diferentes combinações (cruzamentos) entre os descritores controlados (Quadro 2) e não controlados (palavras-chave). Os seguintes cruzamentos foram realizados: **P AND I**; **P AND I AND O1**; **P AND I AND O2** e **P AND I AND T**, os quais resultaram em 118 estudos primários potencialmente elegíveis. Frente aos critérios de inclusão e exclusão, 78 foram excluídos por não retratarem o objeto de estudo, 20, devido ao idioma, 13 eram estudos secundários (métodos de revisão ou revisão tradicional de literatura), dois eram repetidos entre

os cruzamentos, e um foi considerado na base de dados CINAHL. Assim, quatro estudos primários foram selecionados na base de dados PUBMED.

<b>CINAHL</b>	
<b>P</b>	(Liver Transplantation) OR (Transplantation, Liver) OR (Liver Transplantations) OR (Transplantations Liver)
<b>I</b>	Nursing Care
<b>O1</b>	Patient Discharge
<b>O2</b>	(Postoperative Complications) OR (Complications, Postoperative) OR (Postoperative Complication) OR (Complication, Postoperative) OR (Postsurgical Complications)
<b>T</b>	(Postoperative Period) OR (Postoperative Periods) OR (Postsurgical Period)

Quadro 4 – Estratégia de busca na base de dados CINAHL

Conforme apontado no Quadro 4, na base de dados CINAHL, na estratégia de busca, foram realizadas diferentes combinações (cruzamentos) entre os descritores controlados (Quadro 2) e não controlados (palavras-chave). Os seguintes cruzamentos foram realizados: **P AND I**; **P AND I AND O1**; **P AND I AND O2** e **P AND T**, os quais resultaram em 286 estudos primários potencialmente elegíveis. Frente aos critérios de inclusão e exclusão, 247 foram excluídos por não retratarem o objeto de estudo, nove, devido ao idioma, 12 eram estudos secundários (métodos de revisão ou revisão tradicional de literatura), oito eram repetidos entre os cruzamentos, três foram considerados na base de dados PUBMED e dois estudos foram solicitados pelo Sistema de Comutação Bibliográfica (COMUT), sendo que não foi possível o texto na íntegra de um, e o outro estudo era resumo de trabalho apresentado em congresso. Assim, cinco estudos primários foram selecionados na base de dados CINAHL.



<b>LILACS</b>	
<b>P</b>	Transplante de fígado
<b>I</b>	Cuidados de Enfermagem
<b>O1</b>	Alta do paciente
<b>O2</b>	Complicações pós-operatórias
<b>T</b>	Período pós-operatório

Quadro 5 – Estratégia de busca na base de dados LILACS

Conforme apontado no Quadro 5, na base de dados LILACS, na estratégia de busca, foram realizadas diferentes combinações (cruzamentos) entre os descritores controlados (Quadro 2). Os seguintes cruzamentos foram realizados: **P AND I**; **P AND I AND O1**; **P AND I AND O2** e **P AND T**, os quais resultaram em 72 estudos primários potencialmente elegíveis. Frente aos critérios de inclusão e exclusão, 29 foram excluídos por não retratarem o objeto de estudo, cinco eram estudos secundários (métodos de revisão ou revisão tradicional de literatura), 30 estudos foram publicados fora do período delimitado, dois estudos já foram considerados na base de dados CINAHL e três repetidos nos cruzamentos. Assim, três estudos primários foram selecionados na base de dados LILACS.

A busca realizada, nas três bases de dados, identificou um total de 476 estudos primários potencialmente elegíveis. Após aplicação dos critérios de seleção, foram excluídos: 30 estudos secundários (métodos de revisão ou revisão tradicional de literatura), um estudo era resumo de trabalho apresentado em congresso, 29 estudos devido ao idioma, 354 não abordavam sobre o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório, 30 estudos foram publicados fora do período delimitado, 13 estudos foram repetidos entre os cruzamentos, seis eram repetidos entre as bases de dados e um não foi possível o texto na íntegra. Assim, foram selecionados 12 estudos primários que compuseram a amostra da presente RI.

### 3.3 Extração de dados dos estudos primários

Os dados extraídos dos estudos primários incluídos na RI foram registrados com o auxílio do instrumento proposto por Ursi (2005). O instrumento foi submetido à validação de face e conteúdo pelo autor e engloba os seguintes aspectos: identificação do artigo (título, autores, local, idioma, ano de publicação); características metodológicas do estudo (objetivo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, análise dos dados, resultados e conclusões) e avaliação do rigor metodológico (identificação de limitações e vieses).

### 3.4 Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa

Para a identificação da abordagem metodológica (quantitativa ou qualitativa) e o delineamento de pesquisa dos estudos primários incluídos na RI, utilizou-se a terminologia indicada pelos próprios autores. Quando os autores não apontavam tais informações, adotaram-se os conceitos descritos por Polit e Beck (2011). Em relação à força da evidência, empregou-se a classificação de evidências para diferentes questões de pesquisa proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2011). De acordo com o tipo de questão clínica do estudo primário, os autores preconizam determinada hierarquia de evidências.

### 3.5 Análise e síntese dos resultados da revisão integrativa

A análise e a síntese dos resultados foram realizadas na forma descritiva. O objetivo desta etapa é apresentar de forma coerente e sucinta as características e os resultados de cada estudo primário incluído na RI. Assim, para cada estudo primário, foi elaborado um quadro-síntese contendo os seguintes dados: título, autor(es), periódico, ano de publicação, base de dados, objetivo(s), detalhamentos amostral e metodológico, resultados e conclusões.

A seguir, os estudos primários foram agrupados de acordo com duas categorias: A) alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no pós-operatório e B) experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no pós-operatório.

### 3.6 Apresentação da revisão integrativa

A apresentação da RI permitiu ao leitor a compreensão das etapas percorridas no presente estudo. A síntese do conhecimento sobre o tópico de interesse, ou seja, o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório, fornece subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem, na prática clínica, bem como a identificação de lacunas do conhecimento, possibilitando o direcionamento para a condução de novas pesquisas.



Conforme já mencionado, a amostra da RI foi composta de 12 estudos primários, sendo que, no Quadro 6, apresenta-se a caracterização geral destes estudos.

Nome do estudo	Ano	Idioma	Periódico	Base de dados
Photoeducation and photoprotection among liver transplant candidates: a cross-sectional study	2013	Inglês	Gastroenterology Nursing	PUBMED
Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model	2013	Inglês	Nursing and Health Sciences	CINAHL
Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma unidade de terapia intensiva	2012	Português	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	CINAHL
Patients' experiences in hospital following a liver transplantation	2011	Inglês	Scandinavian Journal of Caring Sciences	PUBMED
Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem	2011	Português	Revista Ciência, Cuidado e Saúde	CINAHL
Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy	2010	Português	Revista de Enfermagem Referência	CINAHL
Complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático	2010	Português	Revista SOBECC	LILACS
A qualitative study exploring patients perceived quality of life following an emergency liver transplant for acute liver failure	2007	Inglês	Intensive and Critical Care Nursing	CINAHL
Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não etílica	2007	Português	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	LILACS
Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório	2007	Português	Revista SOBECC	LILACS
Quality of life following emergency liver transplantation for acute liver failure	2006	Inglês	Nursing in Critical Care	PUBMED
Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study	2004	Inglês	Journal of Clinical Nursing	PUBMED

Quadro 6 – Caracterização dos estudos primários incluídos (nome, ano de publicação, idioma, nome do periódico e base de dados)

No ano de 2007, houve o maior número de pesquisas publicadas (três). Em relação ao idioma, 50% (seis artigos) dos estudos foram publicados no idioma inglês e 50% (seis artigos), no idioma português. As pesquisas foram publicadas em 10 periódicos diferentes. A base de dados CINAHL foi a que apresentou maior número de estudos publicados (cinco, 41,7%), seguida da PUBMED com quatro estudos (33,3%) e a LILACS com três estudos (25%).

Em relação à força da evidência, dos 12 estudos primários incluídos na RI, seis foram delimitados com o tipo de questão clínica sobre Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia, sendo todos classificados com nível de evidência IV, e seis foram identificados com o tipo de questão clínica sobre Significado, sendo dois estudos classificados com nível de evidência II e quatro com nível de evidência IV.

Diante da análise do tema investigado em cada pesquisa, os estudos primários incluídos na RI foram agrupados em duas categorias, a saber: **categoria A:** alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório, com sete estudos e **categoria B:** experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório, com cinco estudos. A seguir, apresenta-se uma síntese de cada estudo primário, agrupada na primeira (Quadros 7 a 13) e segunda (Quadros 14 a 18) categorias.

<b>Estudo 1</b>
<b>Título:</b> Photoeducation and photoprotection among liver transplant candidates: a cross-sectional study
<b>Autores:</b> Mendes KDS, Rossin FM, Ziviani LC, Ribeiro KP, Zago MMF, Ohler L, Silva OC, Galvão CM
<b>Periódico:</b> Gastroenterology Nursing
<b>Ano:</b> 2013
<b>Fonte:</b> PUBMED
<b>Objetivo:</b> avaliar as diferenças em relação ao nível de exposição solar e o conhecimento dos potenciais fatores de risco, mensurar medidas de fotoproteção dos candidatos e receptores de transplante de fígado.
<b>Detalhamento amostral:</b> 100 pacientes (50 candidatos e 50 receptores) de um hospital público e geral, inseridos em programa de transplante de fígado.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo transversal e prospectivo (autores). As entrevistas foram realizadas por enfermeiros com conhecimento sobre o assunto, no período de abril a agosto de 2009. Os candidatos e receptores em boa condição clínica e em seguimento ambulatorial foram selecionados aleatoriamente e receberam informações orais. O questionário aplicado continha questões fechadas com base na literatura científica.
<b>Resultados:</b> os candidatos apresentaram maior exposição solar e pouco conhecimento sobre os riscos desse tipo de exposição em relação aos receptores. Quando questionados sobre a importância de adotar rotineiramente medidas de fotoeducação, ambos (candidatos e receptores) relataram que observam a pele para detectar lesões ou acompanhar a evolução das já existentes. A adesão ao uso de protetor solar era maior nos receptores do que nos candidatos, e as principais justificativas para a não utilização foram o esquecimento e por acharem desnecessário. Os sujeitos com maior média de anos de estudo eram os que menos se expunham ao sol, devido ao conhecimento sobre a relação entre exposição solar e o desenvolvimento de lesões malignas. Os homens apresentaram maior nível de exposição solar do que as mulheres, e essas eram as que mais utilizavam o protetor solar.



<b>Conclusões:</b> o estudo demonstrou que apesar de os pacientes receberem informações relacionadas à prevenção do câncer de pele, sobre a importância de avaliação periódica de dermatologista e do uso de filtros solares, muitos ainda não adotavam estratégias para prevenção. Como membro da equipe multiprofissional e que está em maior contato com os pacientes, o enfermeiro tem papel fundamental no ensino de estratégias que previnam complicações relacionadas ao transplante de fígado, especialmente a manifestação de câncer de pele.	
<b>Tipo de questão clínica</b>	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 7 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 2</b>
<b>Título:</b> Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy
<b>Autores:</b> Fragoso LVC, Galvão MTG, Caetano JA
<b>Periódico:</b> Revista de Enfermagem Referência
<b>Ano:</b> 2010
<b>Fonte:</b> CINAHL
<b>Objetivo:</b> descrever a sistematização da assistência de enfermagem para um transplantado hepático, baseada no referencial teórico de Roy, e a possibilidade de definir o perfil de necessidades desse paciente para melhor direcionar as intervenções de enfermagem.
<b>Detalhamento amostral:</b> descrever o cuidado de enfermagem a um transplantado hepático internado na unidade de terapia intensiva, desde o período pós-operatório imediato até o 15º dia em instituição de referência em Fortaleza, Estado do Ceará.
<b>Detalhamento metodológico:</b> pesquisa convergente assistencial, abordagem metodológica qualitativa (autores). Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada, observação sistemática de acordo com a Teoria de Adaptação de Roy no modo fisiológico, realização de exame físico e após a análise dos dados realizou-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem.
<b>Resultados:</b> os autores identificaram diferentes problemas que são esperados no pós-operatório de transplante hepático, a saber: dor, dispneia, tosse com expectoração, diminuição do apetite, alterações na pressão arterial e na glicemia, vômitos, distensão abdominal, ansiedade, risco para infecção devido à imunossupressão e ao uso de cateteres, sondas e drenos, eliminações prejudicadas, constipação devido ao uso de medicamentos para dor, jejum prolongado, motilidade gastrointestinal diminuída, atividade física deficiente, dificuldade em realizar suas atividades de autocuidado, edema relacionado à hipervolemia e alteração de memória.

continuação

**Conclusões:** a utilização da teoria de Roy na assistência de enfermagem auxiliou no alcance das metas propostas. Os autores afirmaram que o processo de enfermagem auxilia na detecção dos problemas e na promoção de cuidados de enfermagem com base científica. Ressaltaram a importância em utilizar essa ferramenta que possibilita prestar assistência mais segura e tornar melhor a recuperação do paciente transplantado hepático.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Significado
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 8 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 3</b>
<b>Título:</b> Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model
<b>Autores:</b> Ordin YS, Karayurt O, Wellard S
<b>Periódico:</b> Nursing and Health Sciences
<b>Ano:</b> 2013
<b>Fonte:</b> CINAHL
<b>Objetivo:</b> explorar as experiências dos receptores de transplante de fígado, utilizando o modelo <i>Roy's Adaptation Model</i> (RAM).
<b>Detalhamento amostral:</b> amostragem intencional com 21 pacientes no período médio de um a 52 meses, após o transplante de fígado.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, abordagem metodológica qualitativa (autores). Foram realizadas sete entrevistas em grupo focal, mas diante das dificuldades práticas enfrentadas pelos autores, as 14 entrevistas restantes foram realizadas individualmente, gravadas e transcritas na íntegra.
<b>Resultados:</b> os dados do estudo foram categorizados de acordo com os quatro modos adaptativos do RAM (fisiológico, de autoconceito, função do papel e a interdependência). As alterações digestivas apresentadas pelos sujeitos foram o excesso ou falta de apetite, náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarreia ou constipação, oligúria e feridas na boca relacionadas à medicação. Os pacientes tinham pouco conhecimento sobre a dieta específica após o transplante e os efeitos colaterais das medicações. Apresentaram dor na incisão cirúrgica e fadiga logo após o transplante, essa condição melhorou gradualmente com o passar dos dias. Foram acometidos de hipertensão arterial, diabetes, edema, ganho de peso, aumento de pelos e espinhas. Houve dificuldade de concentração e entendimento das orientações. Sentiram-se isolados, entristecidos com as mudanças corporais, na obrigatoriedade da utilização de máscara, medo de infecção e rejeição. Outros sujeitos sentiram-se felizes com a nova condição, alguns não conseguiram voltar ao trabalho e houve relato de que a presença da família nesse processo foi muito importante.

continuação

**Conclusões:** os resultados do estudo demonstraram as alterações em que o indivíduo é acometido, após o transplante de fígado. Cabe ao enfermeiro utilizar essas informações para o planejamento de suas atividades em conformidade com as reais necessidades dos pacientes para melhor adaptação deles, no período pós-operatório.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Significado
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 9 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 4</b>
<b>Título:</b> Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem
<b>Autores:</b> Ramos IC, Oliveira MAL, Braga VAB
<b>Periódico:</b> Revista Ciência, Cuidado e Saúde
<b>Ano:</b> 2011
<b>Fonte:</b> CINAHL
<b>Objetivo:</b> identificar os diagnósticos de enfermagem no primeiro pós-operatório de transplante de fígado, de acordo com a Taxonomia II da <i>North American Nursing Diagnosis Association</i> (NANDA).
<b>Detalhamento amostral:</b> foram utilizados 14 prontuários médicos.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo documental, abordagem metodológica quantitativa (autores). Utilizou os prontuários de pacientes transplantados de fígado atendidos na recuperação pós-anestésica (unidade com leitos de terapia intensiva) de hospital universitário em Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados nas primeiras 24 horas pós-transplante de fígado com um formulário estruturado e baseado nas anotações médicas e de enfermagem. Os dados significativos foram analisados para identificação dos diagnósticos de enfermagem, baseados na Taxonomia II da NANDA, organizados e tabulados com análise categorial temática.
<b>Resultados:</b> dos resultados dos 14 transplantes hepáticos realizados, os autores identificaram 21 diagnósticos de enfermagem (17 reais e quatro de risco). Destes, nove (43%) estavam presentes em todos os pacientes, a saber: risco para infecção, risco para aspiração, risco para lesão perioperatória de posicionamento, proteção ineficaz, mobilidade prejudicada, integridade tissular prejudicada, comunicação verbal prejudicada, déficit no autocuidado e nutrição desequilibrada. Os outros 12 (57%) diagnósticos foram identificados com menor frequência.

continuação

<b>Conclusões:</b> a utilização de diagnósticos de enfermagem é ferramenta essencial, a qual auxilia na avaliação crítica e na tomada de decisões do enfermeiro, tornando o cuidado menos fragmentado a pacientes críticos e a familiares e garantindo a qualidade das ações. O presente estudo pode ser utilizado como referência para elaboração de novos planos específicos de cuidados, direcionando as intervenções de enfermagem e reforçando todo o processo de transplante com a equipe multiprofissional.	
<b>Tipo de questão clínica</b>	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 10 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 5</b>
<b>Título:</b> Complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático
<b>Autores:</b> Fukamizu EA, Martins DAR, Moraes MW
<b>Periódico:</b> Revista SOBECC
<b>Ano:</b> 2010
<b>Fonte:</b> LILACS
<b>Objetivo:</b> conhecer o perfil sociodemográfico, as patologias pregressas e identificar as principais complicações no pós-operatório imediato de pacientes submetidos ao transplante hepático.
<b>Detalhamento amostral:</b> análise de 49 prontuários de pacientes que realizaram transplante hepático em hospital privado e de grande porte, na cidade de São Paulo.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, exploratório, retrospectivo e transversal, abordagem metodológica quantitativa (autores). Os pesquisadores utilizaram roteiro semiestruturado, o qual foi elaborado com base na literatura científica e constituído por três partes: caracterização da amostra, tipo de doador e levantamento das complicações, após o transplante.
<b>Resultados:</b> a maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade entre 50 e 59 anos e recebeu o enxerto de doador cadáver. Em relação às patologias pregressas, a de maior incidência foi hepatite C, seguida pela cirrose hepática e diabetes mellitus. As principais complicações no pós-operatório imediato foram dor, hiperglicemia, hipotensão, aumento do volume abdominal, retenção urinária, tosse seca e sangramento. As complicações vasculares são as mais sérias e nesse estudo dois pacientes necessitaram de retransplante por trombose de artéria hepática.
<b>Conclusões:</b> como o transplante de fígado é a única opção terapêutica para insuficiência hepática terminal, torna-se necessária uma equipe multiprofissional especializada na assistência aos pacientes com essa complexidade. O enfermeiro é membro importante e vital que promove boa assistência de enfermagem, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes transplantados.

continuação



<b>Tipo de questão clínica</b>	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 11 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 6</b>
<b>Título:</b> Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não etílica
<b>Autores:</b> Carvalho DV, Carneiro RA, Salviano MEM, Santos FMM
<b>Periódico:</b> Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
<b>Ano:</b> 2007
<b>Fonte:</b> LILACS
<b>Objetivo:</b> relacionar o perfil demográfico e as necessidades humanas básicas apresentadas pelos pacientes, no pós-operatório de transplante hepático, com diagnóstico prévio de cirrose etílica e não etílica, segundo a Teoria das Necessidades Básicas de Wanda de Aguiar Horta.
<b>Detalhamento amostral:</b> análise de 37 prontuários de pacientes com cirrose etílica e não etílica que realizaram transplante hepático em hospital de ensino e de grande porte, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, abordagem metodológica quantitativa (autores). Os dados coletados foram registrados em formulário elaborado seguindo a Teoria das Necessidades Básicas de Wanda de Aguiar Horta. As necessidades dos pacientes que se destacaram, no mínimo em 40%, foram abordadas.
<b>Resultados:</b> em relação à amostra, oito pacientes tinham cirrose por etiologia etílica e 29, por outras etiologias. A maioria era do sexo masculino, todos os pacientes com cirrose etílica eram casados, não foram observadas entre os grupos diferenças em relação à escolaridade, 50% dos pacientes tinham nível superior ou médio e eram autônomos. Os dois grupos apresentaram dificuldades em deambular ou para realização de outras atividades. Os pacientes pertencentes ao grupo de cirrose por etiologia etílica estavam mais debilitados e dependentes, com menor capacidade de realizar o autocuidado em comparação ao grupo das outras patologias. Além desses aspectos, apresentaram prejuízo cognitivo e sensorial no pós-operatório. Na amostra, apenas seis pacientes tiveram hipertermia, sendo comuns as alterações térmicas em todos os pacientes no pós-operatório.

continuação

Independente da causa da cirrose, as alterações de pele e mucosas existentes são apresentadas por todos os pacientes e se agravaram, após a cirurgia de grande porte. Outro ponto importante consiste na avaliação da imunidade do paciente independente da doença de base. A desorientação no tempo e espaço, a privação do sono e a ansiedade para retomada de sua sexualidade ocorreram em todos os pacientes com cirrose etílica. O medo da alta hospitalar e a falta de autonomia para o autocuidado aconteceram em todos os pacientes do estudo. A necessidade de apoio religioso/espiritual foi pouco identificada. Os desequilíbrios em relação à orientação em tempo e espaço decorrentes da terapia medicamentosa e do pós-operatório estão mais agravados nos sujeitos com cirrose por etiologia etílica devido às condições psíquicas existentes anteriormente. As necessidades de autoimagem e autoconceito estão afetadas devido ao comportamento decorrente do alcoolismo.

**Conclusões:** não houve diferença em relação às necessidades biológicas para ambos os grupos, apesar de o grupo de pacientes com cirrose etílica ser mais debilitado e dependente nos cuidados pós-operatórios. As necessidades psicobiológicas, de autoimagem e sociais estão mais evidentes nos pacientes com cirrose etílica, devido ao estilo de vida prévio. O papel do enfermeiro como educador é crucial para o paciente transplantado, e agregar a família nesse contexto torna-se ferramenta importante no processo de recuperação, garantindo a continuidade do tratamento, após a alta hospitalar.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 12 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 7</b>
<b>Título:</b> Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório
<b>Autores:</b> Silva TCC, Carvalho R
<b>Periódico:</b> Revista SOBECC
<b>Ano:</b> 2007
<b>Fonte:</b> LILACS
<b>Objetivo:</b> caracterizar o perfil epidemiológico e detectar os problemas de enfermagem, no período pós-operatório mediato, dos transplantados de fígado.
<b>Detalhamento amostral:</b> análise de prontuário digitalizado retroativo realizado em hospital privado, na cidade de São Paulo, com 35 pacientes transplantados de fígado, nas primeiras 24 horas de permanência, na unidade de internação.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, abordagem metodológica quantitativa. O instrumento de coleta de dados foi elaborado em duas partes, uma abrangendo o perfil epidemiológico e a outra com o levantamento dos problemas de enfermagem utilizando o Processo de Enfermagem por Wanda de Aguiar Horta.
<b>Resultados:</b> a maioria dos pacientes era do sexo masculino, idade média de 53 anos, portadores do vírus da hepatite C, oriundos do Estado de São Paulo. As patologias associadas de maior incidência foram insuficiência renal aguda, diabetes mellitus e encefalopatia, o tempo médio de espera pelo transplante foi de 23, 37 meses, 21 receberam o enxerto de doadores cadáveres, três foram para o retransplante por trombose da artéria hepática, sete evoluíram para óbito. Foram identificados 312 problemas, sendo 40 relacionados ao sistema neurológico (confusão mental e agitação psicomotora), 21 ao sistema endócrino (hiperglicemia), 60 ao sistema respiratório (diminuição dos murmúrios vesiculares, tosse seca e taquipneia), 24 ao sistema cardiovascular (hipertensão arterial e taquicardia), 67 ao sistema gastrointestinal (abdome distendido e doloroso, saída de secreção serossanguinolenta pela ferida operatória, náuseas e vômitos), 31 ao sistema geniturinário (oligúria), 45 ao sistema cutâneo e mucoso (icterícia, prurido, hematomas e anasarca) e 24 ao sistema muscular e esquelético (edema de membros superiores e inferiores).

continuação

<b>Conclusões:</b> o levantamento dos problemas de enfermagem fornecem subsídios para o enfermeiro padronizar as condutas da equipe de enfermagem, construindo um plano de cuidado qualificado e seguro e garantindo a detecção precoce das possíveis complicações apresentadas no pós-operatório.	
<b>Tipo de questão clínica</b>	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 13 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 8</b>
<b>Título:</b> Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study
<b>Autores:</b> Del Barrio M, Lacunza M, Armendariz AC, Margall M, Asiain M
<b>Periódico:</b> Journal of Clinical Nursing
<b>Ano:</b> 2004
<b>Fonte:</b> PUBMED
<b>Objetivo:</b> descrever a experiência dos pacientes transplantados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
<b>Detalhamento amostral:</b> realizado em um hospital-escola, com dez pacientes transplantados de fígado com capacidade de relatar sua experiência recente na UTI.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, abordagem metodológica qualitativa e a fenomenologia como referencial teórico (autores). Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas pelos pesquisadores dentro da UTI, e o tempo entre o transplante e a realização da entrevista variou de um a doze meses. As entrevistas foram gravadas com duração média de uma hora, as perguntas eram abertas e questionavam a experiência do paciente na UTI em relação ao ambiente, aos profissionais de saúde e à presença da família.
<b>Resultados:</b> para a maioria dos pacientes, a estadia na UTI no pós-operatório foi curta. Os sujeitos tinham conhecimento que isso fazia parte do processo de transplante e relataram que após a cirurgia e já na UTI, não estavam plenamente conscientes, apresentaram diminuição das habilidades cognitivas, alternavam vigília e sonolência, desorientação no tempo e espaço (percebiam o tempo pela luz na janela e associação com o horário de visita). Além disso, observavam as expressões dos profissionais e familiares como uma forma de ter conhecimento sobre seu estado de saúde, sentiram-se felizes por estarem vivos e que o transplante tinha sido realizado, poucos se lembraram da sensação de dor. Apresentaram desconforto no pós-operatório como sede, calor e frio, restrição de movimentos devido aos diversos dispositivos invasivos e com as alterações na imagem

continuação

corporal. Os pacientes relataram que não conseguiam diferenciar os membros da equipe e somente sabiam da enfermagem devido ao maior contato. A equipe de enfermagem era agradável na percepção deles, transmitiam segurança e competência no cuidado prestado. Os que já tinham tido experiências anteriores na UTI conseguiram eliminar a impressão negativa, pois relataram que o local era organizado, claro e tranquilo. Como negativo relataram a falta de privacidade e de estarem em contato com outros pacientes em condições graves. O apoio emocional da família foi muito importante, acarretando tranquilidade e ajudando na recuperação.

**Conclusões:** a realidade subjetiva proporcionada pela pesquisa qualitativa pode ajudar na melhor percepção dos sentimentos apresentados por pacientes transplantados que geralmente são difíceis de mensurar. O conhecimento dos profissionais de saúde e, principalmente, dos enfermeiros sobre a experiência do paciente na UTI, no pós-operatório de transplante de fígado, ajudará no planejamento do cuidado de enfermagem direcionado para esta clientela específica.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Significado
<b>Nível de evidência</b>	II

conclusão

Quadro 14 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 9</b>
<b>Título:</b> Quality of life following emergency liver transplantation for acute liver failure
<b>Autores:</b> Sargent S, Wainwright SP
<b>Periódico:</b> Nursing in Critical Care
<b>Ano:</b> 2006
<b>Fonte:</b> PUBMED
<b>Objetivo:</b> mensurar a qualidade de vida de pacientes transplantados de urgência por insuficiência hepática aguda, comparar a qualidade de vida destes com os pacientes transplantados eletivamente por doença hepática crônica e se os fatores como a etiologia da doença, sexo, idade e tempo de transplante alteram a qualidade de vida.
<b>Detalhamento amostral:</b> estudo realizado num único centro transplantador, com 47 pacientes transplantados de urgência por insuficiência hepática aguda e 49 pacientes transplantados eletivamente por doença hepática crônica, no período de, pelo menos, 12 meses e todos selecionados aleatoriamente.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, abordagem metodológica quantitativa. Uma versão britânica do questionário SF-36 com o termo de consentimento foi distribuída para os sujeitos da pesquisa pelo correio, devido às diversas localidades em que residiam, e posteriormente o material era devolvido ao remetente. Amostra selecionada aleatoriamente de banco de dados de transplantados de fígado. Houve a realização de teste estatístico para comparação dos dados entre os grupos.
<b>Resultados:</b> a taxa de resposta total do questionário foi de 63,5%, a maioria pelos pacientes transplantados eletivamente por doença hepática crônica, e os resultados não apresentaram diferença estatisticamente significativa. O tempo médio de transplante foi semelhante e não houve diferença sobre a qualidade de vida entre os grupos. O conhecimento sobre o estado de saúde e a necessidade de ter de realizar um transplante pelos pacientes transplantados de urgência só ocorriam após a cirurgia, pois os pacientes encontravam-se na unidade de terapia intensiva, geralmente sedados e em ventilação mecânica. Os transplantados eletivamente eram mais cientes de seu estado de saúde e mortalidade devido à espera por um órgão.

continuação



**Conclusões:** a qualidade de vida após o transplante de fígado não foi influenciada pela etiologia da doença, sexo, idade e tempo de transplante, o estudo somente reforçou que o transplante hepático, sendo o único tratamento disponível para insuficiência hepática aguda ou crônica, é muito satisfatório para o paciente no que tange a sua qualidade de vida que é prejudicada pela doença, seja ela aguda ou crônica.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 15 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 10</b>
<b>Título:</b> Patients´ experiences in hospital following a liver transplantation
<b>Autores:</b> Naden D, Bjork IT
<b>Periódico:</b> Scandinavian Journal of Caring Sciences
<b>Ano:</b> 2011
<b>Fonte:</b> PUBMED
<b>Objetivo:</b> relatar as experiências dos pacientes internados no hospital, após o transplante de fígado.
<b>Detalhamento amostral:</b> a amostra foi de 15 pacientes, no período pós-operatório.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo exploratório, abordagem metodológica qualitativa, com a utilização da hermenêutica para interpretação dos dados (autores). Realizada entrevista semiestruturada com os pacientes no período pós-operatório e alguns dias antes da alta hospitalar. As questões eram simples, concisas e foram gravadas e transcritas na íntegra. O tempo médio de duração da entrevista foi de 30 a 90 minutos, e os tópicos que foram abordados estavam relacionados com a experiência na unidade de terapia intensiva e na enfermaria, condições físicas e mentais, comunicação com os profissionais de saúde, dimensão existencial, espiritual e contato com familiares e pessoas próximas.
<b>Resultados:</b> os resultados foram agrupados e descritos de acordo com os seguintes temas: satisfação com o tempo de internação; desconforto físico; sonhos, pesadelos e alucinações; vivência relacionada à rejeição; alterações psicológicas e mentais. Em relação ao tempo de internação, pacientes relataram que se sentiram seguros em relação à equipe de saúde nos cuidados prestados, e outros informaram que a espera foi grande quando solicitavam a equipe de enfermagem e que a comunicação com a equipe médica era superficial. Os sujeitos criticaram a demora na realização de exames, no recebimento de medicações para alívio da dor e o fato de compartilhar o quarto com outros pacientes. Em relação ao desconforto físico, a

continuação

maioria sentiu pouca dor, no pós-operatório, apresentou dificuldades para tossir e se movimentar devido aos pontos cirúrgicos abdominais e pelo uso de diversos equipamentos invasivos, desconforto provocado por gases abdominais e secura da boca. Em relação aos sonhos, pesadelos e alucinações, pacientes relataram ter tido muitos sonhos e alucinações no pós-operatório, principalmente aqueles com estadia prolongada na unidade de terapia intensiva. No pós-transplante, os pacientes que apresentaram rejeição tiveram alterações psicológicas. O tratamento para essa complicação é variado, e quando utilizadas doses altas de corticosteroides, os sujeitos tiveram alteração da percepção, labilidade de humor, alternância de sentimentos, medo da morte, pensamentos depressivos e experimentaram o sentimento de fracasso e frustração, provocado também pelas alterações metabólicas e efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento para rejeição. Em relação às alterações psicológicas e mentais, pacientes apresentaram dificuldades de lidar com as mudanças que ocorrem em decorrência do transplante hepático, experimentando ambiguidade de sentimentos, choro fácil e ansiedade com os resultados esperados.

**Conclusões:** os resultados do estudo demonstraram satisfação geral dos pacientes em relação à permanência no hospital e à equipe de saúde. Há necessidade de pesquisas voltadas para o atendimento das necessidades psicológicas e apoio para o enfrentamento dos sentimentos experimentados pela clientela. O profissional de saúde necessita estar sempre atento às necessidades dos pacientes para incrementar positivamente os cuidados prestados e tentar oferecer suporte nesse complexo contexto que é o transplante de fígado.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Significado
<b>Nível de evidência</b>	II

conclusão

Quadro 16 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 11</b>
<b>Título:</b> Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma unidade de terapia intensiva
<b>Autores:</b> Borges MCLA, Caetano JÁ, Silva LMS, Guedes MVC
<b>Periódico:</b> Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
<b>Ano:</b> 2012
<b>Fonte:</b> CINAHL
<b>Objetivo:</b> entender a percepção da equipe de enfermagem sobre os cuidados implementados a pacientes, no período pós-operatório de transplante hepático, em unidade de terapia intensiva (UTI).
<b>Detalhamento amostral:</b> a amostra total foi de 20 sujeitos, sendo nove enfermeiros e onze técnicos de enfermagem que atuavam na UTI pós-operatória de hospital público federal de ensino em Fortaleza, Ceará.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo exploratório, abordagem metodológica qualitativa (autores). Utilizaram-se entrevistas e observação sistemática. As entrevistas continham questões abertas e fechadas, e a observação foi realizada no período diurno e com registros em um diário de campo. Para os dados analisados, utilizou-se a análise de conteúdo por análise categorial e em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.
<b>Resultados:</b> a apresentação da análise de conteúdo foi dividida em duas categorias. A categoria que abordava o significado do cuidado de enfermagem ao paciente transplantado de fígado e a categoria das percepções que esses profissionais têm em relação ao paciente e os cuidados prestados no pós-operatório. A primeira categoria demonstrou que os profissionais reconheceram que o cuidado de enfermagem prestado a esses pacientes é intensivo, de alta complexidade técnica, estressante e com grande demanda de tempo. Na segunda categoria, os sujeitos apontaram que o perfil desses pacientes é complexo, sua condição é grave, possuem diversas complicações relacionadas à doença de base e demandas emocionais que requerem maior disponibilidade e conhecimento científico da equipe de enfermagem. Alguns sujeitos relataram que prestam boa assistência de

continuação

enfermagem, e outros indicaram que poderia ser melhor se não se tratasse de um hospital universitário. Informaram que a prática e a experiência de atuar por vários anos com esse tipo de clientela tornam o serviço rotineiro e simples. Um sujeito relatou que observa o cuidado de enfermagem resultante de prescrições médicas e não da avaliação individualizada do enfermeiro.

**Conclusões:** o trabalho com pacientes submetidos ao transplante hepático mostrou-se árduo, exige empenho da equipe de enfermagem para atender às demandas relacionadas à gravidade clínica e às necessidades biopsicossociais afetadas. Os enfermeiros ainda apresentam dificuldades em utilizar ferramentas como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O cuidado está vinculado à prescrição médica e não à avaliação individualizada do enfermeiro que tem autonomia de suas ações embasadas em conhecimentos próprios. Há necessidade de o enfermeiro reavaliar sua prática diária para melhorar a assistência prestada.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Significado
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 17 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório

<b>Estudo 12</b>
<b>Título:</b> A qualitative study exploring patients perceived quality of life following an emergency liver transplant for acute liver failure
<b>Autores:</b> Sargent S, Wainwright SP
<b>Periódico:</b> Intensive and Critical Care Nursing
<b>Ano:</b> 2007
<b>Fonte:</b> CINAHL
<b>Objetivo:</b> descrever a experiência de vida e os problemas enfrentados por pacientes em pós-operatório de transplante de fígado por insuficiência hepática aguda e fornecer conhecimentos aos profissionais de saúde sobre as alterações fisiológicas e sociais enfrentadas pelos pacientes.
<b>Detalhamento amostral:</b> amostra com seis pacientes transplantados por insuficiência hepática aguda, em hospital do Reino Unido.
<b>Detalhamento metodológico:</b> estudo descritivo, abordagem metodológica qualitativa com a utilização da fenomenologia como referencial teórico (autores). Os pacientes em seguimento ambulatorial foram convidados por telefone. Devido às limitações geográficas e de tempo, somente uma entrevista foi feita pessoalmente, e as demais (cinco) foram realizadas pelo mesmo pesquisador por telefone com o uso de roteiro de perguntas. As respostas foram gravadas e transcritas integralmente, no mesmo dia da entrevista.
<b>Resultados:</b> a maioria dos receptores era homem com tempo médio de pós-transplante de três anos. As alterações fisiológicas e sociais mais significativas para os pacientes no pós-operatório foram inatividade física decorrente da internação, principalmente na unidade de terapia intensiva. Para a maioria dos pacientes, a inatividade física estava relacionada à perda de peso e diminuição da força muscular devido à falência dos órgãos, ao tempo de internação e ao longo período de imobilidade. Houve perda da autonomia, dependência completa do profissional e da família para realizar atividades mínimas. Apresentaram os

continuação

efeitos adversos dos imunossupressores como diarreia. O medo de infecção, ausência total e permanente da ingestão de bebidas alcoólicas e exposição solar apenas com uso de protetor são modificações no estilo de vida e no trabalho que trouxeram sentimentos ambíguos de insegurança, tristeza, experiência de isolamento social, sentimento de alegria, de coragem e gratidão pela nova vida pós-transplante.

**Conclusões:** a qualidade de vida pós-transplante foi considerada boa, quando comparada ao vivenciado no pré-transplante, mesmo experimentando todas as alterações descritas relacionadas ao procedimento cirúrgico. O estudo fornece dados importantes e que precisam ser explorados de forma melhor. O conhecimento dos sentimentos experimentados pelos pacientes fornece subsídios aos profissionais que atuam em transplante para a realização de novas pesquisas na área para a melhoria na qualidade da assistência.

<b>Tipo de questão clínica</b>	Significado
<b>Nível de evidência</b>	IV

conclusão

Quadro 18 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no período pós-operatório





As alterações fisiológicas nos sistemas respiratório, endócrino, cardiovascular, gastrointestinal, muscular, esquelético, neurológico, urinário e mucoso do receptor de transplante de fígado foram discutidas com ênfase em cinco estudos primários incluídos nesta RI. Dentre elas, destacaram-se a dispneia, tosse com expectoração, diabetes mellitus, hipertensão, vômitos, distensão abdominal, diminuição ou excesso de apetite, eliminações fisiológicas prejudicadas como diarreia, constipação e oligúria, edema, alteração de memória, dificuldade de concentração e compreensão das orientações, atividade física deficiente, fadiga e dor. Os receptores de transplante de fígado apresentavam, ainda, risco aumentado para infecções relacionadas à imunossupressão e ao uso de cateteres, sondas, drenos e feridas na cavidade oral e aumento de pelos e espinhas (CARVALHO et al., 2007; SILVA; CARVALHO, 2007; FRAGOSO; GALVÃO; CAETANO, 2010; FUKAMIZU; MARTINS; MORAES, 2010 ORDIN; KARAYURT; WELLARD, 2013).

Em relação às alterações de ordem respiratória, ocorrem atelectasias devido à hipoventilação e imobilidade do paciente, provocando tosse e taquipneia. A dispneia está relacionada ao derrame pleural. Com a utilização de via artificial para ventilação pulmonar, o receptor de transplante de fígado tem risco de adquirir pneumonia. A extubação do paciente deve ser realizada nas primeiras 48 horas, quando as condições permitirem. Dentre os cuidados de enfermagem necessários, destacam-se a realização de higiene oral e traqueal adequadas, a mobilização precoce, a manutenção de vias aéreas púervas e a utilização de oxigenoterapia, quando prescrita (FURTADO et al., 2012).

De acordo com Scheen e Caramelli (2006), no pós-operatório, a hipertensão, taquicardia e edema estão relacionados ao aumento da volemia no intraoperatório, ao uso de corticoides, imunossupressores e pelo aumento da resistência vascular sistêmica. A hipertensão não controlada favorece o sangramento de anastomoses. Em receptor de transplante de fígado, o diagnóstico de hipertensão é comum, sendo necessária a introdução de anti-hipertensivos (ALGAREM et al., 2014).

A hiperglicemia está relacionada ao uso de imunossupressores e corticoides, à doença progressiva e à resistência transitória à insulina. O tacrolimus é um imunossupressor muito utilizado em transplante hepático para controle da rejeição do enxerto, mas causa diversos efeitos colaterais. O desenvolvimento de diabetes ocorre precocemente no pós-operatório, sendo necessária a utilização de

medicações para controle. A concentração sanguínea do tacrolimus deve estar entre 8 a 11 ng/ml e ser monitorada semanalmente para evitar a toxicidade ou rejeição do enxerto. Na literatura, estudos indicam que o tacrolimus é mais diabetogênico quando comparado à ciclosporina (imunossupressor também ministrado em transplantes). A diminuição da dosagem do imunossupressor e a retirada do corticoide, no pós-operatório tardio, ajudam na normalização dos níveis de glicose e, conseqüentemente, na diminuição das dosagens de insulina e dos antiglicemiantes orais (GROGAN, 2011; KIM et al., 2014; VARGHESE et al. 2014).

O cuidado de enfermagem relacionado à hipertensão e hiperglicemia consiste na monitorização rigorosa dos sinais vitais do paciente, com a utilização de monitores invasivos na UTI e não invasivos na enfermaria, bem como o controle da glicemia sanguínea e capilar, administrando as medicações prescritas (FLYNN, 2003).

As náuseas, vômitos, distensão abdominal, excesso ou pouco apetite, diarreia e constipação são provocados pela diminuição da motilidade intestinal, pelo jejum prolongado, uso de analgésicos, imunossupressores e atividade física prejudicada. A alimentação do paciente deve ser reintroduzida por via oral e ser complementada com soluções parenterais, principalmente no início do pós-operatório. Caso o paciente estiver entubado ou apresentar baixa aceitação espontânea, as dietas por sonda nasoentérica devem ser adotadas. A enfermagem deve estimular o paciente na ingestão da dieta oral e administrar dieta enteral, garantindo aos pacientes o fornecimento de nutrientes necessários para sua recuperação (GROGAN, 2011; FURTADO et al., 2012).

A insuficiência renal aguda é uma disfunção muito comum no pós-operatório de transplante de fígado. É caracterizada por oligúria, alteração nos níveis séricos de creatinina e ureia. Pode ser desencadeada por hipotensão prolongada, sangramentos, necessidade de politransfusões no intraoperatório, disfunção do enxerto e pelo uso de medicamentos nefrotóxicos. Geralmente é transitória, e o paciente recupera a função renal em até quatro semanas após a cirurgia, mas alguns podem desenvolver insuficiência renal crônica, necessitando de terapia dialítica. O paciente com esse tipo de complicação tende a permanecer um período maior na UTI. É importante identificar os fatores de risco e desenvolver condutas para reduzir a ocorrência de insuficiência renal aguda, no pós-operatório de transplante de fígado. O balanço hídrico deve ser monitorado criteriosamente pela

equipe de enfermagem, nas 24 horas do pós-operatório (JUNGE et al., 2006; DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012; SIRIVATANAUKSORN et al., 2014).

As alterações neurológicas como confusão mental, convulsão, agitação psicomotora, prejuízo cognitivo com dificuldade de concentração e entendimento e as alterações de memória podem ser provocadas pela imunossupressão devido à neurotoxicidade dos medicamentos e pelo tempo prolongado de anestesia (STITT et al., 2008). Diante dessas alterações, os profissionais de enfermagem envolvidos com a assistência ao receptor de transplante de fígado devem realizar rigoroso exame físico para a exclusão de encefalopatia, disfunção do enxerto, infecção e acidente vascular encefálico (GROGAN, 2011).

As feridas na cavidade oral do paciente podem ser causadas por infecção viral, fúngica e por higiene oral insuficiente. O risco aumentado para infecções do receptor de transplante de fígado ocorre pelo uso de antibióticos de amplo espectro e imunossupressores, desnutrição prévia, presença de cateteres, drenos, sondas e tubo traqueal. A infecção pulmonar, sanguínea, urinária e de sítio cirúrgico podem ocorrer, dentro dos primeiros 90 dias após o transplante, e constituem as principais causas de morbimortalidade. Recomenda-se a retirada precoce, quando possível, dos dispositivos invasivos para diminuir o risco de infecção (FERRER; RAFFAN, 2003; BLAIR; KUSNE, 2005; AVKAN-OGUZ et al., 2013). É necessário utilizar rigorosamente as técnicas de assepsia no cuidado de enfermagem devido à imunossupressão do receptor de transplante de fígado e seu risco alto de ser acometido por infecções, principalmente nos primeiros três meses após a cirurgia, em que a dose dos imunossupressores necessita ser elevada (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012).

A presença de dor é um evento comum no pós-operatório e ocorre devido ao trauma cirúrgico, o qual envolve incisão cirúrgica abdominal extensa e a manipulação de tecidos e órgãos em período prolongado (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012). A enfermagem precisa estar atenta aos sinais e sintomas e realizar avaliação sistemática para o uso da terapia farmacológica, aspecto essencial do cuidado, garantindo a rápida recuperação do paciente (SECOLI et al., 2009; FURTADO et al., 2012).

O aumento de pelos (hirsutismo) e espinhas está relacionado ao efeito colateral causado pelos imunossupressores. Esses medicamentos causam vários efeitos colaterais, sendo os principais: hipertensão, diabetes, dislipidemia, náuseas,

vômitos, diarreia, hipercalemia, tremores, hiperplasia gengival, cefaleia, nefrotoxicidade, alucinações, convulsões, neurotoxicidade, dentre outros. A concentração sanguínea da medicação imunossupressora deve ser realizada semanalmente. No caso da ciclosporina, deve-se coletar o sangue duas horas após a administração da medicação da manhã e no uso do tacrolimus, a coleta do sangue deve ser feita uma hora antes da dosagem da manhã. O tacrolimus deve ser ingerido preferencialmente com o estômago vazio para melhor absorção. No pós-transplante, para manter a condição de imunossupressão, os corticoides também são administrados no receptor e apresentam efeitos colaterais, tais como: hiperglicemia, osteoporose, alterações gástricas, prejuízo na cicatrização, retenção hídrica e miopatias. O enfermeiro necessita ter conhecimento para identificar os efeitos colaterais mencionados, bem como orientar a equipe de enfermagem sobre o rigor do horário e posologia desses medicamentos de acordo com a prescrição médica. A coleta de sangue deve respeitar as especificidades de cada medicamento, e o enfermeiro deve realizar a orientação do paciente sobre os principais efeitos adversos (VILLAMIL; POLLARD, 2004; POST; DOUGLAS; MULLIGAN, 2005; CLAYTON, 2011).

Na presente RI, em dois estudos primários, os autores adotaram como referencial teórico a Teoria de Adaptação de Roy. Em um deles realizou-se a descrição da sistematização da assistência de enfermagem para um transplantado hepático internado na unidade de terapia intensiva, no período pós-operatório imediato até o 15º dia, por meio de pesquisa convergente assistencial (PCA), e os autores utilizaram o modo adaptativo fisiológico da teoria (FRAGOSO; GALVÃO; CAETANO, 2010). A outra pesquisa era um estudo descritivo com abordagem qualitativa sobre as experiências dos receptores de transplante de fígado, na qual os autores empregaram os quatro modos adaptativos da teoria (ORDIN; KARAYURT; WELLARD, 2013).

O modelo de Adaptação de Sister Callista Roy é composto por quatro conceitos: a pessoa receptora do cuidado, o ambiente, a saúde e a meta de enfermagem. A pessoa é vista holisticamente e emite respostas adaptativas. O ambiente são todas as condições que circundam a pessoa, afetando o seu comportamento, a saúde é um estado e um processo de ser, e as metas de enfermagem são as respostas adaptativas das pessoas aos quatro modos adaptativos, a saber: fisiológico, de autoconceito, desempenho de papel e

interdependência. O modo fisiológico refere-se às respostas físicas aos estímulos externos e envolve as cinco necessidades humanas básicas. O modo adaptativo de autoconceito está relacionado à necessidade de integridade psíquica (aspectos psicológicos e espirituais), o modo de desempenho de papel é relativo à interação da pessoa com os outros e o de interdependência é expresso pelas necessidades afetivas, habilidades de afeição, respeito, amor e afirmação da doença. Por meio desses modos, avalia-se o comportamento das pessoas, e as respostas adaptativas, ou não, são estabelecidas nas situações de saúde e doença (ROY; ANDREWS, 1999).

Em pesquisa selecionada para a condução desta RI, os objetivos delimitados foram: comparar as diferenças em relação ao nível de exposição solar e o conhecimento dos potenciais fatores de risco entre os candidatos e receptores de transplante de fígado e mensurar as medidas de fotoproteção. Os candidatos se expunham mais ao sol e tinham conhecimento menor dos fatores de risco em relação aos receptores. Os autores concluíram que mesmo com as orientações recebidas sobre a importância de não exposição ao sol, avaliação periódica da pele e a utilização de protetor solar, os pacientes (candidatos e receptores) ainda não adotavam práticas de prevenção e inspeção da pele (MENDES et al., 2013).

Segundo Feuerstein e Geller (2008), o câncer de pele é comum entre os receptores de transplante de rim, fígado, coração, pulmão e pâncreas devido ao uso contínuo e prolongado de imunossupressores. Além da imunossupressão que acarreta aumento do fator de risco para o desenvolvimento de lesões malignas de pele, ressaltam-se, também, a exposição solar sem a devida proteção, a predisposição genética e a pele clara.

Geralmente, o enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar está maior tempo em contato com o paciente, assim necessita conhecer as complicações inerentes à exposição solar. Esse profissional deve utilizar estratégias educacionais para orientar o paciente sobre exposição solar inadequada, importância de utilizar protetor solar e a inspeção da pele de forma periódica (CLAYTON, 2011).

Em outro estudo primário incluído na RI, os diagnósticos de enfermagem para assistir o paciente submetido ao transplante de fígado foram identificados de acordo com a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), dentre os detectados, ressaltam-se: risco para infecção, risco para aspiração, risco para lesão perioperatória de posicionamento, proteção ineficaz,

mobilidade prejudicada, integridade tissular prejudicada, comunicação verbal prejudicada, déficit no autocuidado e nutrição desequilibrada (RAMOS; OLIVEIRA; BRAGA, 2011).

Nesse contexto, com o uso do processo de enfermagem, o conhecimento dos diagnósticos contribui para direcionar o cuidado de enfermagem em relação ao perfil das necessidades apresentadas pelos pacientes com alterações em seu estado de saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A caracterização de receptores de transplante de fígado, o tipo de doador e as complicações no pós-operatório foram os resultados discutidos em pesquisa selecionada para a presente RI (FUKAMIZU; MARTINS; MORAES, 2010). Dentre as complicações identificadas, destacaram-se: dor, hiperglicemia, hipotensão, aumento do volume abdominal, tosse, sangramento e trombose de artéria hepática.

Os sangramentos e hematomas também podem acometer o receptor de transplante de fígado e estão relacionados à técnica cirúrgica e às discrasias sanguíneas. O aumento do volume abdominal pode permanecer no pós-operatório, principalmente se o paciente já apresentava ascite acentuada no pré-operatório (GROGAN, 2011). Segundo os estudos de Stange et al. (2003) e Razonable et al. (2011), a complicação vascular mais comum é a trombose de artéria hepática, sendo necessário o retransplante.

Em estudo primário desta RI, os autores realizaram a comparação do perfil demográfico e as necessidades humanas básicas apresentadas por pacientes em recuperação pós-operatória de transplante hepático por cirrose de etiologia etílica e não etílica. O grupo de pacientes com cirrose etílica era o mais debilitado, com menor capacidade de realizar o autocuidado, apresentou prejuízo cognitivo e desorientação no tempo e espaço, privação do sono e ansiedade para a retomada da sexualidade. As alterações emocionais também foram mais acentuadas devido à condição clínica anterior e comportamental deste grupo. Todos os pacientes da amostra relataram medo da alta hospitalar e falta de autonomia para o autocuidado (CARVALHO et al., 2007).

A cirrose de etiologia alcoólica é uma das principais indicações de transplante de fígado, sendo necessário um período de abstinência de, no mínimo, seis meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Sabe-se que o consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas gera dependência, acarreta diversos prejuízos físicos, mentais, comportamentais e socioeconômicos ao dependente e a sua

família. O impacto maior ocorre no sistema nervoso central, trato digestivo e sistema imune. O álcool é neurotóxico, desencadeando lesões cerebrais irreversíveis, problemas cognitivos e perda da memória (MORAES et al., 2006; PRANT et al., 2008; FILZOLA et al., 2009).

Segundo Santos (1996), no período pós-operatório, as modificações emocionais são comuns devido à doença progressiva, às mudanças no estilo de vida e ao procedimento cirúrgico, sendo o estado emocional do paciente instável. Alternam-se estado de euforia, depressão e ansiedade. Estas alterações também podem estar relacionadas aos efeitos dos imunossupressores. Frente ao exposto, o acompanhamento psicológico do receptor de transplante de fígado é muito importante no processo de recuperação (LÓPEZ-NAVAS et al., 2010).

O receptor de transplante de fígado, após a cirurgia, é transferido do centro cirúrgico para o centro de terapia intensiva e se não apresentar complicações graves, dentro da primeira semana será encaminhado para a enfermaria, onde permanecerá até ter condições para a alta hospitalar. O envolvimento do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar é essencial para a continuidade do tratamento no domicílio. O receptor de transplante de fígado é acometido por diversas alterações e complicações no período pós-operatório, sendo a alta hospitalar, momento crucial do cuidado de enfermagem. O preparo do paciente pode reduzir o número de reinternações, o medo perante a nova condição e melhorar a adesão terapêutica, contribuindo para o sucesso do tratamento (POMPEO et al., 2007; FULLWOOD, 2011).

A caracterização do perfil epidemiológico e a identificação de problemas de enfermagem no período pós-operatório mediato de transplante hepático foram os objetivos de pesquisa incluída na RI (SILVA; CARVALHO, 2007). Dentre os problemas de enfermagem detectados, salientam-se: confusão mental e agitação psicomotora, hiperglicemia, tosse e taquipneia, hipertensão arterial e taquicardia, distensão abdominal, saída de secreção pela ferida operatória, náuseas e vômitos, oligúria, icterícia, prurido, hematomas e edema. Pautado em conhecimento científico, o enfermeiro tem a responsabilidade de detectar precocemente as alterações do receptor de transplante de fígado, no período pós-operatório (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012). Fundamentado na experiência profissional, infere-se que a presença constante deste profissional no cuidado ao paciente, a

monitorização dos riscos potenciais e a implementação rápida de ações corretivas podem evitar complicações graves.

De maneira geral, diariamente, o enfermeiro ao prestar o cuidado ao receptor de transplante de fígado deve realizar inspeção dos dispositivos invasivos e da ferida operatória em busca de sinais de infecção; avaliar a coloração das secreções dos drenos, da urina e seu débito e fezes; checar o perfil dos sinais vitais com o auxílio de monitores ou oxímetro; avaliar o balanço hídrico, a presença de hipertemia, condições da pele e implementar medidas para a prevenção de úlceras por pressão, tais como a hidratação e alívio de pressão com dispositivos efetivos, principalmente em paciente acamado; realizar a troca de curativos, avaliação de edemas, hematomas, cavidade oral e região perianal e oferecer suporte emocional ao paciente e à família (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012). O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer com a equipe médica as alterações e monitorar a função do enxerto de forma rigorosa, intervindo precocemente nas complicações do pós-operatório (FULLWOOD et al., 2011).

Os estudos primários agrupados na categoria B referem-se às experiências relatadas e às alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no pós-operatório. Verificou-se que as pesquisas investigaram a experiência dos pacientes no processo de recuperação, no período pós-operatório. Houve semelhanças entre os resultados dos estudos, os quais indicaram que os pacientes experimentaram e relataram sentimentos de desconforto, tais como: sede, calor, frio, presença de gases abdominais, alteração da imagem corporal, restrição nos movimentos por uso de dispositivos invasivos, períodos de vigília e sonolência, confusão mental, choro fácil, ansiedade, medo da morte, da rejeição e da infecção, sintomas depressivos, irritabilidade, dificuldade de concentração, sentimentos ambíguos como tristeza e alegria, insegurança, isolamento social, pesadelos e alucinações. A mudança na qualidade de vida também contribuiu para o aparecimento das alterações emocionais mencionadas. Os pacientes relataram, também, que o apoio dos familiares é muito importante, trazendo tranquilidade e auxiliando na recuperação (DEL BARRIO et al., 2004; SARGENT; WAINWRIGHT, 2007; NADEN; BJORK, 2011).

Nas pesquisas selecionadas para a condução da RI, os receptores relataram como negativo a falta de privacidade na hospitalização, ou seja, o fato de dividir o quarto com outros pacientes, principalmente com doentes em condições



graves (DEL BARRIO et al., 2004). A demora no atendimento e a superficialidade na comunicação, principalmente com a equipe médica, também foram dados negativos indicados pelo receptor de transplante de fígado (NADEN; BJORK, 2011). Em contrapartida, os pacientes relataram sentimentos de segurança com a assistência prestada pela equipe de enfermagem (DEL BARRIO et al., 2004).

Na literatura, há evidências de que, após o procedimento cirúrgico, é comum os pacientes apresentarem alterações do humor, ansiedade e alterações relacionadas à adaptação (FLYNN, 2003; PÉREZ-SAN-GREGORIO et al., 2005). A hospitalização contribui para o paciente vivenciar diferentes sentimentos, sendo que assegurar boa saúde mental dos familiares influenciará nos sintomas depressivos e na ansiedade, contribuindo para a sua recuperação. Por isso, torna-se necessária a identificação das necessidades psicossociais dos pacientes e familiares para a elaboração do plano assistencial em todas as fases do transplante (HARRISON; CUPPLES, 2003).

A necessidade de realização de um transplante traz mudanças significativas na vida do indivíduo e no contexto familiar. Assim, intervenções de âmbito psicológico e até psiquiátrico são necessárias em todas as fases do transplante, devido à complexidade deste procedimento. No período pós-operatório, o paciente consciente do sucesso do procedimento experimenta uma mescla de sentimentos como euforia, alívio, medo de rejeição, alterações de humor, insegurança sobre a sua nova condição, reações de ansiedade e depressão. Essas alterações devem ser diferenciadas das alterações de origem orgânica. A família é de extrema importância na recuperação e para o enfrentamento da nova rotina imposta ao receptor de transplante de fígado, principalmente durante o primeiro ano de recuperação (FORSBERG; BACKMAN; MOLLER, 2000; CASTRO; CASTRO; FONSECA, 2012).

Baseado na vivência profissional com período longo de anos no gerenciamento do cuidado ao receptor de transplante de fígado, é fundamental o enfermeiro inserir, quando possível, o familiar no cuidado direto ao paciente durante a hospitalização, sendo oportunidade para este profissional iniciar as orientações necessárias, no período pós-operatório. O envolvimento do familiar no planejamento de cuidados e o oferecimento de informações diárias sobre a evolução do paciente poderão proporcionar conforto e segurança para ambos. É uma oportunidade para o estabelecimento de relacionamento com a enfermagem, possibilitando ao enfermeiro

o conhecimento do contexto social e emocional do paciente e de sua família. As informações identificadas irão contribuir para a intervenção precoce pelos profissionais de enfermagem perante intercorrências que podem ocorrer no pós-operatório.

Os resultados de estudo primário incluído na RI demonstraram que os transplantados de urgência por insuficiência hepática aguda pouco conseguiram ter a dimensão do seu estado de saúde atual ou a necessidade de realização do transplante, devido à condição clínica grave em que se encontravam e por estarem, na maioria das vezes, na unidade de terapia intensiva (SARGENT; WAINWRIGHT, 2006).

A falência hepática fulminante é a rápida deterioração da função hepática do paciente, e apesar da opção do transplante de fígado como possibilidade de tratamento, a mortalidade é alta. Geralmente, os pacientes nesta situação apresentam pior evolução clínica em comparação com os doentes crônicos (FONSECA-NETO, 2008).

A qualidade de vida no pós-transplante tem aspectos considerados negativos e positivos. Em relação aos aspectos positivos, ressaltam-se a possibilidade de retorno do paciente ao trabalho, ser inserido novamente no contexto social, valorização da família e nova perspectiva de vida. Dentre os negativos, salientam-se o medo da rejeição, efeitos colaterais dos medicamentos, deficiências cognitivas relacionadas à memória e ao pensamento (BEAN, 2005).

Em outra pesquisa selecionada para a presente RI, os autores avaliaram a percepção da equipe de enfermagem em relação ao paciente transplantado e os cuidados prestados no pós-operatório. Os profissionais reconheceram que é um cuidado complexo, intensivo e estressante devido à condição clínica e às necessidades emocionais desse tipo de paciente, sendo importante o conhecimento científico (BORGES et al., 2013).

A situação de estresse está diretamente relacionada à atuação do enfermeiro no contexto hospitalar (BIANCHI, 2000), e devido à complexidade do processo de transplante, cria-se a necessidade de o serviço de saúde ter uma equipe capacitada e atualizada para o alcance das metas assistenciais (CINTRA; SANNA, 2005).



A condução da presente RI permitiu avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado no período pós-operatório. A amostra foi composta de 12 estudos primários, agrupados em duas categorias, a saber: categoria A, alterações fisiológicas de receptores de transplante de fígado no pós-operatório (n=7), e categoria B, experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado no pós-operatório (n=5).

As alterações fisiológicas nos diferentes sistemas do organismo humano, especificamente no receptor de transplante de fígado, foram discutidas nos estudos primários agrupados na categoria A. O conhecimento aprofundado e pautado em evidências recentes destas alterações possibilita ao enfermeiro a elaboração do planejamento da assistência de enfermagem fundamentado nas reais necessidades do paciente e da família. Além desse aspecto, proporciona a implementação de intervenções direcionadas para a prevenção, redução ou controle das complicações que podem acometer o paciente, no período pós-operatório.

Na categoria B, os resultados dos estudos primários apontaram as experiências relatadas e alterações emocionais de receptores de transplante de fígado. Esses dados também são de extrema relevância para o planejamento e implementação do cuidado de enfermagem. Dentre as alterações emocionais identificadas, ressaltam-se a ansiedade e medo presentes em todas as etapas do processo de transplante, principalmente durante a estadia do paciente na unidade de terapia intensiva.

Pautando-se nos resultados da presente RI e na vivência da prática clínica com o receptor de transplante de fígado, reforça-se a complexidade do cuidado de enfermagem. As alterações que acometem o paciente são diversas, daí a relevância de o enfermeiro ter conhecimento científico para prestar assistência com qualidade e segurança. Esse aspecto motivou a condução do presente estudo.

Os resultados evidenciados permitiram aprofundar conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado. Além disso, espera-se oferecer contribuições para o trabalho do Grupo Integrado de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP, paciente e família, uma vez que as evidências discutidas poderão beneficiar a melhoria da assistência prestada no serviço, bem como auxiliar

mudanças que poderão aumentar a qualidade de vida perdida pelo paciente devido à doença crônica e grave.

Ao longo dos anos, a enfermagem vem conquistando espaço e ativa participação nos programas de transplantes. Assim, na análise do conjunto dos resultados evidenciados dos estudos primários incluídos na RI, infere-se a necessidade de investimentos na condução de pesquisas direcionadas para o cuidado de enfermagem ao receptor de transplante de fígado devido à escassez de estudos na literatura (internacional e nacional), principalmente aquelas que poderão investigar intervenções que possam ser implementadas na prática clínica para prevenir, minimizar e/ou controlar as alterações fisiológicas e emocionais do paciente, contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, para o sucesso do tratamento.

**REFERÊNCIAS**

---

ABBASOGLU, O. Liver transplantation: yesterday, today and tomorrow. **World Journal of Gastroenterology**, v. 14, n. 20, p. 3117-3122, 2008.

ALGAREM, N. et al. New-onset diabetes and hypertension as complications of liver transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 46, n. 3, p. 870-872, 2014.

AMORIM, J. S. et al. Intraoperatório de transplante hepático: prática de enfermagem baseada em evidências. **Revista SOBECC**, v. 16, n. 1, p. 40-47, 2011.

AVKAN-OGUZ, V. et al. Risk factors for early bacterial infections in liver transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 45, n. 3, p. 993-997, 2013.

BEAN, K. B. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. **Progress in Transplantation**, v. 15, n. 4, p. 392-396, 2005.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 4, p. 390-394, 2000.

BITTENCOURT, P. L. Abordagem inicial no cirrótico. In: BITTENCOURT, P. L.; ZOLLINGER, C. C. (Ed.). **Manual de Cuidados Intensivos em Gastroenterologia e Hepatologia**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 101-108.

BLAIR, J. E.; KUSNE, S. Bacterial, mycobacterial, and protozoal infections after liver transplantation - part I. **Liver Transplantation**, v. 11, n. 12, p. 1452-1459, 2005.

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.

CANERO, T. R.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L. E. Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. **Einstein**, v. 2, n. 2, p. 100-104, 2004.

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

CASTRO, E. E. C.; CASTRO, J. O.; FONSECA, M. A. A. Dimensões psicológicas e psiquiátricas. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 605-632.

CAVALLARI, A. et al. A multicenter pilot prospective study comparing Celsior and University of Wisconsin preserving solutions for use in liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 9, n. 8, p. 814-821, 2003.

CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 78-81, 2005.

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

COELHO, J. C. U. et al. Complicações vasculares pós-transplante hepático. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 27, n. 6, p. 378-382, 2000.

DUARTE, M. M. F.; SALVIANO, M. E. M.; GRESTA, M. M. Atuação da enfermagem nos transplantes. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 633-682.

FERREIRA, C. T.; VIEIRA, S. M. G.; SILVEIRA, T. R. Transplante hepático. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. Supl. 2, p. 198-208, 2000.

FERRER, L.; RAFFAN, F. Enfoque perioperatorio de pacientes sometidos a trasplante hepático. **Revista Colombiana de Gastroenterologia**, v. 18, n. 2, p. 88-99, 2003.

FEUERSTEIN, I.; GELLER, A. C. Skin cancer education in transplant recipients. **Progress in Transplantation**, v. 18, n. 4, p. 232-242, 2008.

FILZOLA, C. et al. Alcoolismo e família: a vivência das mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n.3, p. 181-186, 2009.

FINDLAY, J. Y. et al. Critical care of the end-stage liver disease patient awaiting liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 17, n. 5, p. 496-510, 2011.



FLYNN, B. M. Liver transplantation. In: CUPPLES, S. A.; OHLER, L. (Ed.). **Transplantation Nursing Secrets**. Philadelphia: Hanley and Belfus, INC., 2003. p. 151-171.

FONSECA-NETO, O. C. L. Falência hepática fulminante: etiologia, manejo e indicação para o transplante de fígado. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 21, n. 4, p. 201-204, 2008.

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.

FORSBERG, A.; BACKMAN, L.; MOLLER, A. Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 2, p. 327-334, 2000.

FREITAS, A. C. T. et al. Fatores de risco e conduta nas complicações do trato biliar no transplante hepático. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 27, n. 6, p. 359-365, 2000.

FUKAMIZU, E. A.; MARTINS, D. A. R.; MORAES, M. W. Complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático. **Revista SOBECC**, v. 15, n. 3, p. 17-21, 2010.

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

FURTADO, A. J. L. et al. Transplante de fígado. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 315-375.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências**: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. 2002. 114f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Látrica, 2010. p. 105-126.

GARCIA, S. C. et al. Ciclosporina A e tacrolimus: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 40, n. 6, p. 393-401, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

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.

GUYTON; A. C.; HALL, J. E. O fígado como órgão. In: GUYTON; A. C.; HALL, J. E. (Ed.). **Tratado de fisiologia médica**. 12<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 881-886.

HARRISON, J. D.; CUPPLES, S. A. Psychosocial issues in transplantation. In: CUPPLES, S. A.; OHLER, L. (Ed.). **Transplantation Nursing Secrets**. Philadelphia: Hanley and Belfus, INC., 2003. p. 45-59.

JUNGE, G. et al. Acute renal failure after liver transplantation: incidence, etiology, therapy and outcome. **Transplantation Proceedings**, v. 38, n. 3, p. 723-724, 2006.

KAMATH, P. S.; KIM, W. R. The model for end-stage liver disease (MELD). **Hepatology**, v. 45, n. 3, p. 797-805, 2007.

KIM, S. H. et al. Effect of liver transplantation on glucose levels in patients with prediabetes or type 2 diabetes. **Transplantation Proceedings**, v. 46, n. 1, p. 225-229, 2014.

LÓPEZ-NAVAS, A. et al. Importance of introduction of a psychological care unit in a liver transplantation unit. **Transplantation Proceedings**, v. 42, n. 1, p. 302-305, 2010.

MARTINS, F. P.; TAFAREL, J. R.; FERRARI, A. P. Terapêutica endoscópica nas complicações biliares pós-transplantes hepáticos. **Einstein**, v. 6, n. 4, p. 422-427, 2008.

MASSAROLLO, M. C.; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 66-72, 2000.

MAZARIEGOS, G. V.; MOLMENTI, E. P; KRAMER, D. J. Early complications after orthotopic liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 79, n. 1, p. 109-129, 1999.

MELNYK, B. M.; et al. The seven steps of evidence-based practice. **American Journal of Nursing**, v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

MELNYK, B. M.; FINEOUT – OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT – OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011. chap. 1, p. 3-24.

MENDES, K. D. S.; GALVÃO, C. M. Liver transplantation: evidence for nursing care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 915-922, 2008.

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

MIES, S. Transplante de fígado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 2, p. 127-134, 1998.

MINCIS, M.; MINCIS, R.; LANZONI, V. P. Cirrose hepática. In: MINCIS, M. (Ed.). **Gastroenterologia e Hepatologia: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2008. p. 909-928.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes**. Portaria N° 2.600, de 21 de Outubro de 2009, Brasília, DF, 2009.

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 321-325, 2006.

OHLER, L. Educating patients and families about solid organ transplantation. **Progress in Transplantation**, v. 10, n. 3, p. 138-140, 2000.

OLIVEIRA, C. M. et al. Infecção em transplantes. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 133-195.

PARRA, O. M.; SAAD, W. A.; D'ALBUQUERQUE, L. A. C. Anatomia cirúrgica. In: SILVA, A. O.; D'ALBUQUERQUE, L. A. C. (Ed.). **Doenças do Fígado**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, 2001. p. 19-30.

PÉREZ-SAN-GREGORIO, M. A. et al. Psychological adaptation of liver transplant recipients. **Transplantation Proceedings**, v. 37, n. 3, p. 1502-1504, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Prática de enfermagem baseada em evidências: fundamentos. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Ed.). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 53-82.

POMPEU, D. A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos dos pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007.

POST, D. J.; DOUGLAS, D. D.; MULLIGAN, D. C. Immunosuppression in liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 11, n. 11, p. 1307-1314, 2005.

PRANT, G. Neurocognitive effects of alcohol hangover. **Addictive Behaviors**, v. 33, n. 1, p. 15-23, 2008.

PUGLIESE, V.; HERMAN, P. Fluxo sanguíneo hepático. In: SILVA, A. O.; D'ALBUQUERQUE, L. A. C. (Ed.). **Doenças do Fígado**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, 2001. p. 44-49.

RAZONABLE, R. R. et al. Critical care issues in patients after liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 17, n. 5, p. 511-527, 2011.

ROTHROCK, J. C. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: ROTHROCK, J. C. (Ed.). **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 1-13.

ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. Essential of the Roy adaptation model. In: ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. (Ed.). **The Roy Adaptation Model**. Stamford: Appleton & Lange, 1999. p. 29-62.

SALVALAGGIO, P. et al. O sistema MELD e a mortalidade em lista de espera para transplante de fígado em países em desenvolvimento: lições aprendidas em São Paulo. **Einstein**, v. 10, n. 3, p. 278-285, 2012.

SANTOS, Z. Transplantes: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 17, n. 3, p. 239-245, 1996.

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

SCHREEN, D.; CARAMELLI, B. A instabilidade hemodinâmica no transplante de fígado: um desafio para o intensivista. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 113-117, 2006.

SECOLI, S. R. et al. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1244-1249, 2009.

SILVA, T. C. C.; CARVALHO, R. Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 9, n. 1, p. 481-485, 2006.

SIRIVATANAUKSORN, Y. et al. Renal dysfunction after orthotopic liver transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 46, n. 3, p. 818-821, 2014.

SOUKI, M. A. et al. Anestesia para o transplante de órgãos. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 243-284.

STANGE, B. J. et al. Hepatic artery thrombosis after adult liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 9, n. 6, p. 612-620, 2003.

STITT, N. et al. Transplant complications: noninfectious diseases. In: OHLER, L.; CUPPLES, S. (Ed.). **Core Curriculum for Transplant Nurses**. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008. p. 201-263.

TENANI, A. C.; PINTO, M. H. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arquivo Ciência Saúde**, v. 14, n. 2, p. 81-87, 2007.

TOPPA, N. H. Anatomia patológica da rejeição de transplantes. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 85-100.

TRIVIÑO, T.; ABIB, S. C. V. Anatomia cirúrgica do fígado. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 18, n. 5, p. 407-414, 2003.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2005. 128f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VARGHESE, J. et al. Tacrolimus-related adverse effects in liver transplant recipients: its association with trough concentrations. **Indian Journal of Gastroenterology**, v. 33, n. 3, p. 219-225, 2014.

VILELA, E. G. et al. Imunossupressão. In: PEREIRA, W. A. (Ed.). **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 101-131.

VILLAMIL, F.; POLLARD, S. C2 monitoring of cyclosporine in de novo transplant recipients: the clinician's perspective. **Liver Transplantation**, v. 10, n. 5, p. 577-583, 2004.