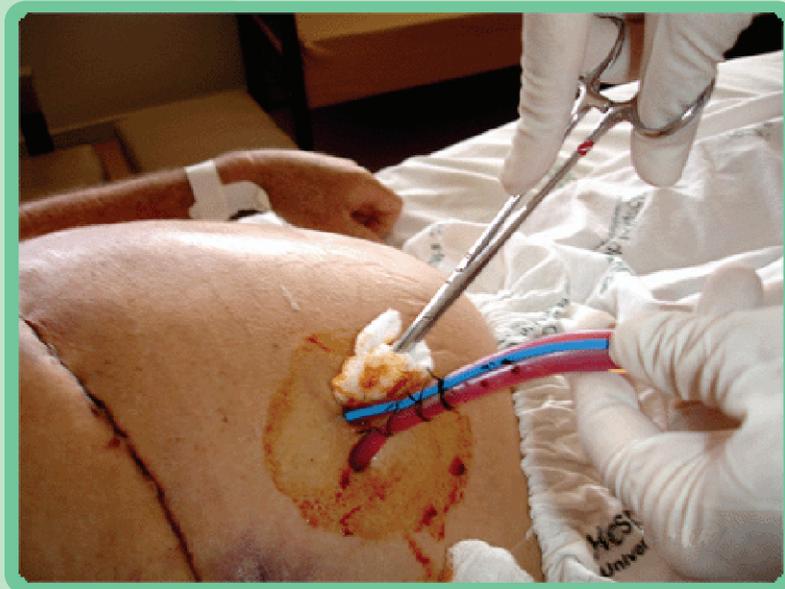


*TRANSPLANTE HEPÁTICO:
Diagnósticos de Enfermagem Segundo a
NANDA em Pacientes no Pós-Operatório
na Unidade de Internação*



Márcia Eller Miranda Salviano

**TRANSPLANTE HEPÁTICO:
Diagnósticos de Enfermagem Segundo a NANDA
em Pacientes no Pós-Operatório
na Unidade de Internação**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Daclé Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2007

Salviano, Márcia Eller Miranda
S184t Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em
pacientes no pós-operatório na unidade de internação / Márcia Eller Miranda Salviano.
Belo Horizonte, 2007.

138 f., il.

Dissertação. (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Escola de Enfermagem.

Orientadora: Daclé Vilma Carvalho

1. Diagnóstico de enfermagem/classificação 2. Cuidados de
enfermagem/métodos 3. Assistência ao paciente/métodos
4. Determinação de necessidades de cuidados de saúde 5. Modelos
de enfermagem 6. Transplante de fígado/enfermagem 7. Período
pós-operatório I. Título

NLM: WY 100.4

CDU: 616-083



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Mestrado em
Enfermagem

Dissertação intitulada “Transplante hepático: Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação”, de autoria da mestranda Márcia Eller Miranda Salviano, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Daclé Vilma Carvalho - EEUFMG - Orientadora

Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti - EEUFRGS

Prof. Dr. Agnaldo Soares Lima - FM UFMG

Belo Horizonte, 28 de maio de 2007

DEDICATÓRIA

Às fontes primárias de inspiração para meus sonhos de vida:

Minha mãe Nelma,

meu primeiro modelo de mulher cuidadora, cuja dedicação no cuidado da numerosa prole lhe custou a renúncia da própria profissão de professora e a quem acompanhei nas visitas domiciliares aos parceiros da Fazenda Flor de Minas - cenas da infância que me inspiraram na opção profissional.

Meu pai Dálcio,

pelo apoio à carreira estudantil dos dez filhos. Como bom agricultor é um exemplo de trabalho e perseverança.

Meus nove irmãos, cunhados (as), sobrinhos (as),

pelo carinho e amizade, por me acompanharem nesta trajetória sendo sempre solidários.

Família Salviano,

por me acolher com amizade sincera e me dar sentido de pertencer.

Meu esposo Nelson,

por valorizar minha profissão, pelo contínuo incentivo ao meu crescimento pessoal. Por clarear meus dias mais cinzentos. Pelo carinho que nutrimos um pelo outro.

Meus queridos filhos Camila e André,

por compreenderem minhas ausências, pelas orações diárias a meu favor e aguardar com paciência o dia de comemorar. São presentes de Deus para minha vida.

AGRADECIMENTOS

É quase impossível listar todas as pessoas que colaboraram com minha formação profissional e na realização desta pesquisa. Menciono aqui algumas delas e a todas, o meu reconhecimento e gratidão.

Ao Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo, com seu corpo docente tão restrito em quantidade, quanto expoente em qualidade, como os inesquecíveis Professores: Enfermeiros Túlio Alberto Martins de Figueiredo, Elda Coelho de Azevedo Bussinger, Maria Edla de Oliveira Bringuette, Jorge Guimarães de Souza, Laurinda S. do Espírito Santo, Esther Maria Pedroni de Freitas, Rute Hitomi Osava, pelo empenho pessoal na formação de sua VIII Turma.

À Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães, pela amizade e como Chefe Titular da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem do HC-UFMG, pelo apoio ao desenvolvimento desta pesquisa na instituição.

Ao Prof. Dr. Walter Antônio Pereira, pioneiro na implantação do Programa de Transplante Hepático no HC-UFMG, por acreditar na assistência multidisciplinar ao paciente desta modalidade terapêutica. A ele devo minha inserção na especialidade de transplantes e essa vivência resultou na construção do meu projeto de mestrado.

Ao Prof. Dr. Agnaldo Soares Lima, Coordenador do Grupo de Transplante de Órgãos do Instituto Alfa de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC-UFMG, pela consultoria técnica referente às abordagens cirúrgicas do transplante hepático e o apoio incondicional a este trabalho.

Aos médicos clínicos e cirurgiões do Grupo de Transplante de Órgãos do Instituto Alfa de Gastroenterologia do HC-UFMG, pela parceria e valiosas contribuições em todo o tempo desta pesquisa.

Ao Dr. Eduardo Garcia Vilela, pelas ricas discussões sobre as doenças que indicam o transplante hepático e as co-morbidades. Seu respeito pelo outro é admirável.

Aos demais membros da equipe multidisciplinar do transplante hepático do HC-UFMG (Paula Aparecida Braga Pereira - coordenadora do serviço social; Márcia Aparecida de Abreu Fonseca - psicóloga; Gicelle Mendes Chagas - nutricionista; Wilma Guimarães - terapeuta ocupacional; Dione Gorete Gomes de Freitas e Sílvia Kalik - coordenadoras do serviço de fisioterapia; Maria das Dores Graciano Silva e Marta Aparecida Goulart - coordenadoras do serviço de farmácia), pela integração na assistência aos pacientes.

Aos enfermeiros da Unidade de Transplantes do HC-UFMG - Euclásia dos Santos Madureira (coordenadora), Maria Aparecida Carneiro, Júlio César dos Santos, Josely Santana Amorim, Valéria Borba Costa e Fábio Gontijo Boaventura, pelo companheirismo nestes anos de trabalho na área de transplantes e pelo apoio durante o curso de mestrado.

À Malvina M. de Freitas Duarte, enfermeira do Grupo de Transplante de Órgãos do Instituto Alfa de Gastroenterologia do HC-UFMG, pela amizade sincera e apoio em todo o tempo. Pelo brilhante trabalho na captação de órgãos e atuação em toda a trajetória do paciente de transplante hepático. Pelas fotos cedidas para publicação nesta dissertação.

À enfermeira Monalisa Maria Gresta, mestre em enfermagem, membro da Comissão Intra-Hospitalar para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do HC-UFMG, pela amizade sincera e ter sempre acreditado no meu trabalho, pelo pioneirismo na inserção em transplantes e ser referência de conhecimentos e habilidades em terapia intensiva.

Às enfermeiras: Lívia Parma Machado, Elisabete da Silva Peixoto, Dra. Elíne Lima Borges, Professora Amália Augusta Nunes, Sônia Maria Cayres Chaia, Telma Miguel, que me receberam no HC-UFMG e pelo brilhante trabalho na assistência e no ensino desenvolvido na Unidade de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo, a quem muito devo o meu saber nesta área.

À professora Lúcia de Fátima Rodrigues Moreira do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG, por dividir seus conhecimentos sobre o ensino e a prática dos diagnósticos de enfermagem, pela amizade e apoio durante o mestrado.

À Profa. Dra. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza, Coordenadora do Colegiado de Pós-graduação da EEUFMG, amiga, exemplo de perseverança e determinação, pelo apoio durante todo o curso de mestrado.

Ao enfermeiro Jim O'Sullivan, Coordenador da Unidade de Transplantes do Hospital Addenbrooke's em Cambridge, Inglaterra, que me possibilitou um rico aprendizado do cuidado com pacientes de transplante de órgãos, em um serviço de referência internacional.

Aos enfermeiros Emma Baceman e Paul Jones, coordenadores do transplante hepático e renal do Hospital Addenbrooke's em Cambridge, que me permitiram acompanhá-los nas suas atividades.

Ao Dr. Graeme Alexander e Alex Gimson, hepatologistas do grupo de transplante do Addenbrooke's, por me permitirem acompanhá-los nas discussões dos casos de pacientes de transplante hepático, durante as corridas de leito e consultas no ambulatório.

Às enfermeiras Elizabeth Johnson, coordenadora do programa de adaptação para enfermeiros estrangeiros, Jane Kingsbury, coordenadora da Unidade de Doenças Digestivas, Tracy Jones, minha tutora e demais enfermeiras do Royal Sussex County Hospital em Brighton, na Inglaterra, pelo tempo que trabalhamos juntas cuidando de pacientes adultos de cirurgia geral e em particular, com a aplicação de um sistema de assistência de enfermagem na prática.

*À enfermeira Linda Ohler, editora chefe da revista americana "**Progress in Transplantation - The Journal for Procurement and Clinical Transplant Professionals**", que, pela vasta experiência com implantação de programas de transplante de órgãos e tecidos nos EUA e conhecimento do sistema americano de distribuição e alocação de órgãos, contribuiu grandemente, via e-mail, com informações para esta dissertação.*

À enfermeira Simone Fruh, que participou como palestrante convidada do IV Curso de Iniciação em Assistência de Enfermagem em Transplante Hepático ministrado em nossa instituição. Por sua grande experiência com o transplante hepático no Hôpital Universitaire de Hautepierre e atualmente por atuar junto ao sistema de alocação e distribuição de órgãos na França, contribuiu, via e-mail, com informações essenciais para esta dissertação.

Ao Dr. Guilherme Costa, cirurgião do Instituto de Transplantes de Pittsburgh, EUA, por ter facilitado o contato com enfermeiras americanas.

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Transplantes do HC-UFMG, pelo cuidado prestado aos pacientes e as informações registradas a cada horário, que foram fundamentais para esta pesquisa.

À Coordenadora Administrativa do 9º Leste do HC-UFMG Nancy Cristina Xavier da Silva e sua equipe, pelo suporte especial ao nosso trabalho.

À enfermeira Lílíam Barbosa Silva, pela valiosa ajuda com as normas da ABNT.

À Maria Rosângela Nogueira Alexandre e Cláudia Regina de Lima, secretárias do Ambulatório Bias Fortes (6º Andar - Transplantes) e do Grupo de Transplante Hepático do HC-UFMG, respectivamente.

*À bolsista do CNPq Thayse Ariadne Coelho Pimenta, por me acompanhar, diariamente,
na coleta de dados, na digitação e intermináveis correções do texto e da bibliografia.*

Por me ouvir e me encorajar nos dias tristes e solitários.

*Aos acadêmicos de enfermagem: Laís Aparecida Melo Freire, Stefânia Merciana Gomes Ferreira, Sheila
Nara Ferreira, Fabrício de Andrade Galli e Talita Wérica Borges da Silva, pela ajuda na digitação do
projeto e início da coleta de dados.*

*Aos estudiosos de idiomas, que me ajudaram nas correções dos resumos em português: Júlia Leocádia das
Graças; em inglês: Nelson Salviano e Elenice Dias R. P. Lima; em espanhol: Luciana Ferreira da Silva e
Robert Iquiapaza; e em francês: Corinne Andrée Imbs.*

*Ao Corinho José Chaves de Faria, pela diagramação e arte da capa e das páginas
que antecedem cada capítulo.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus,
por dádivas indescritíveis como: a vida, o amor, a família, os amigos, a saúde e novas energias para recomeçar cada dia.

À orientadora Profa. Dra. Daclé Vilma Carvalho,
por ouvir minha história desde o primeiro contato, em julho de 2004 e acreditar em mim aceitando a árdua tarefa da orientação. Por me ensinar: a paciência do professor, que nunca desiste do aluno; a humildade de um sábio e experiente pesquisador, cuja escala de valores não se baseia apenas nos princípios da ciência. Após esta vivência, meu perfil profissional não será mais o mesmo.

Aos pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG e suas famílias,
por serem a razão do meu estudo.

RESUMO

SALVIANO, M. E. M. **Transplante hepático: Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação.** 2007. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

O transplante de órgãos e tecidos tem expandido em todo o mundo, desde a Conferência para Consenso em Desenvolvimento, em 1983, ocorrida nos EUA, quando este procedimento passou a ser considerado opção curativa. O enfermeiro incorporou com qualidade as demandas dessa especialidade. A etapa atual desta vivência é o da sistematização da assistência de enfermagem. Portanto, vê-se como oportuno o desenvolvimento de estudos sobre um método de cuidar em transplantes, com destaque para a fase essencial do mesmo que é a do diagnóstico de enfermagem. Este constitui a base para o planejamento das intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem. Assim, este estudo foi desenvolvido com o objetivo geral de analisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes de transplante hepático no pós-operatório na unidade de internação, de acordo com a taxonomia II da NANDA. É um estudo descritivo, quantitativo, exploratório e retrospectivo desenvolvido em um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foram incluídos 64 prontuários de pacientes transplantados de fígado no período de primeiro de setembro de 2005 a 30 de setembro de 2006. Considerando os critérios de exclusão: menores de 18 anos (9), em retransplante (5) e os que faleceram no CTI (7), a amostra constou de 43 prontuários de pacientes. O projeto desta pesquisa atendeu os preceitos ético-legais previstos na legislação vigente sobre pesquisa envolvendo seres humanos. A maioria da população estudada era do sexo masculino, com a idade média de 52 anos, leucoderma, proveniente do interior de Minas Gerais. A doença de base prevalente foi a cirrose hepática pelo vírus C. O estudo dos diagnósticos de enfermagem incidiu sobre 35 (81,4%) dos pacientes estudados que permaneceram até 22 dias na unidade de internação. Foram identificados 55 diagnósticos de enfermagem, estruturados conforme a taxonomia de referência e classificados em 11 domínios e 22 classes. O modelo de Histórico de Enfermagem utilizado na unidade de transplantes do hospital, campo do estudo, é baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. O mesmo possibilitou identificar 25 necessidades afetadas classificadas em psicobiológicas (83,6%), psicossociais (12,7%), psicoespirituais (3,7%). Foram discutidos os diagnósticos de enfermagem que incidiram em 40,0% ou mais na população estudada, quais sejam: perfusão tissular periférica, renal e cardiopulmonar ineficazes; integridade tissular prejudicada; déficit no autocuidado; diarreia; dor aguda; padrão de sono perturbado; ansiedade; disfunção sexual; mobilidade física prejudicada; riscos de desequilíbrio da temperatura corporal, de infecção e de quedas e conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante. Mesmo diante das limitações do estudo foi possível traçar esse perfil diagnóstico que facilitará a revisão do protocolo assistencial de enfermagem para a clientela estudada. Sugere ainda estudos clínicos de validação de diagnósticos de enfermagem para pacientes no processo de transplante, não contemplados na taxonomia II da NANDA e conclui que a relevância dos diagnósticos se evidenciará no cotidiano da assistência direta ao paciente e não apenas no discurso do profissional.

ABSTRACT

SALVIANO, M. E. M. **Liver transplant:** Nursing Diagnosis according to NANDA, among post surgical patients in a Hospital Unit. 2007. 135 f. Thesis (Master of Science in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

Since the 1983's Consensus Development Conference held in the USA, organ and tissue transplantation has been considered as a healing treatment and, therefore, this procedure has been increasingly performed around the world. Nurses incorporated this specialty demands with distinction, now working into assistance systematization. Studies aiming to develop nursing care methods for transplanted patients are appropriate, especially during the essential nursing diagnosis phase, which is a base for intervention planning and outcome evaluation. This research was accomplished aiming to analyze nursing diagnosis, according to NANDA's taxonomy II, among pos surgical patients who had liver transplantation. This is a quantitative, descriptive, retrospective and exploratory study, carried out in a in a university hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Sixty four patients who had liver transplantation from September 1st, 2005 to September 30th, 2006 were considered for inclusion in the study. Exclusion criteria were patients under 18 years old (9), patients who had retransplant (5) and those who died in the ICU (7). The sample was composed of 43 patients, whose charts were used for data collection, in conformity to ethical legal aspects of human subjects research. The sample was composed mainly by male patients, with an average of 52 years of age, white, and who lived in the interior towns of Minas Gerais. Hepatic cirrhosis caused by C virus was the prevailing disease. Nursing diagnosis studies were performed in 35 (81.4%) of the studied population who remained in the transplant unit up to 22 days. Fifty five nursing diagnosis were identified, structured according to the reference taxonomy, and classified in 11 dominions and 22 groups. The adopted Nursing History in this hospital's Transplantation Unit is based on the Wanda de Aguiar Horta's Human Basic Needs theory. This model allowed identifying 25 needs, which were distributed and classified as psychobiologic (83.6%), psychosocial (12.7%), and psycho spiritual (3.7%). The discussed nursing diagnosis prevailed on at least 40.0% of the sample: impaired cardiopulmonary, renal, and peripheral tissular perfusion, damaged tissue integrity, impaired self-care, diarrhea, acute pain, impaired sleep pattern, anxiety, impaired physical mobility, risk for fall, unbalanced body temperature, and infection. Despite limitations of the present study, a diagnostic profile was verified, which will allow a review on the nursing protocol used in the Unit. Results suggest a need for clinical studies to validate nursing diagnosis among transplanted patients, not yet described in NANDA taxonomy II, and infer that the importance of the diagnosis will be evident not only theoretically, but on the nursing daily care.

RESUMEN

SALVIANO, M. E. M. **Transplante hepático: Diagnósticos de Enfermería según la NANDA en enfermos en pós-operatório en la unidad de internación.** 2007. 138 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

El transplante de órganos y tejidos se ha ampliado en todo el mundo, desde la conferencia para el consenso del desarrollo de 1983, que ocurrió en los EE.UU., cuando este procedimiento pasó a ser considerado una opción curativa. El profesional de enfermería incorporó con calidad las demandas de esta especialidad. La etapa actual de esa experiencia es la sistematización de la asistencia de enfermería. No obstante, se considera oportuno el desenvolvimiento de estudios sobre un método de cuidado en transplantes, enfatizando la fase esencial del mismo que es el diagnóstico de enfermería. Este último constituye la base para el planeamiento de las intervenciones y la evaluación de los resultados de enfermería. Así, este estudio tuvo el objetivo de analizar los diagnósticos de enfermería en pacientes de transplante hepático en el postoperatorio de la unidad de internación, de acuerdo con la taxonomía II de la NANDA. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y retrospectivo efectuado en un hospital universitario de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Fueron considerados 64 fichas clínicas de pacientes con transplante de hígado durante el período de 1 de septiembre de 2005 al 30 de septiembre de 2006. Considerando los criterios de exclusión: menores de 18 años (9), en retransplante (5) y los que fallecieron en el CTI (7), la muestra consistió en 43 fichas clínicas de pacientes. El proyecto de esta investigación cumplió las exigencias ético-legales previstas en la legislación vigente sobre investigación en seres humanos. La mayoría de la población estudiada era del sexo masculino, con edad media de 52 años, leucoderma, procedentes de ciudades del interior de Minas Gerais. La enfermedad de base más frecuente fue la cirrosis hepática por el virus C. Fueron identificados 55 diagnósticos de enfermería, estructurados de acuerdo con la taxonomía de referencia y clasificados en 11 dominios y 22 clases. El modelo de Histórico de Enfermería utilizado en la unidad de transplantes del hospital, campo del estudio, se basa en la teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Ese instrumento hizo posible la identificación de 25 necesidades afectadas, siendo así distribuidas y clasificadas: sicobiológicas (83.6%), sicosociales (12.7%), sicoespirituales (3.7%). Fueron discutidos los diagnósticos de enfermería que incidieron en 40% o más en la población estudiada, definiendo el perfil diagnóstico de enfermería de esa población como: perfusión tisular periférica, renal y cardiopulmonar insuficientes; integridad tisular perjudicada; déficit en el auto cuidado; diarrea; dolor agudo; patrón perturbado de sueño; ansiedad; movilidad física perjudicada; riesgos de caída, de desequilibrio de la temperatura corporal y de infección. A pesar de las limitaciones del estudio, fue posible trazar este perfil diagnóstico que facilitará la revisión del protocolo asistencial de enfermería para el público estudiado. Se sugiere estudios clínicos de validación de diagnósticos de enfermería para pacientes en proceso de transplante, no contemplados en la taxonomía II de la NANDA y se concluye que la importancia de los diagnósticos será evidenciada en el ámbito cotidiano de la asistencia directa al paciente y no sólo en el discurso del profesional.

RESUME

SALVIANO, M. E. M. **Transplantation hépatique: Diagnostics de Soins Infirmiers d'après la NANDA chez les patients hospitalisés en post-opératoire.** 2007. 138 f. Monographie (Mastère de Soins Infirmiers) – Ecole de Soins Infirmiers, Université Fédérale de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

La transplantation est une activité qui ne cesse de se développer dans le monde entier depuis la Conférence de Consensus de Développement de 1983 qui eut lieu aux Etats-Unis. A partir de cette date, ce procédé fut considéré comme une possibilité de guérison pour des maladies jusqu'alors restées sans option thérapeutique. L'infirmier a incorporé qualitativement les demandes de cette spécialité. L'étape actuelle de notre expérience est la systématisation des soins infirmiers. Le moment est donc propice aux études sur les méthodes de soins dans le domaine de la transplantation, en insistant particulièrement sur la phase essentielle du diagnostic infirmier en transplantation. Ce dernier constitue la base de la planification des interventions et évaluations des résultats des soins infirmiers. Cette étude a donc été principalement développée dans le but d'analyser les diagnostics infirmiers des patients transplantés du foie, durant le post-opératoire, hospitalisés dans le service de transplantation, selon la taxonomie II de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Il s'agit d'une étude descriptive, exploratrice et rétrospective effectuée dans un hôpital universitaire de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brésil. Nous y avons inclus 64 dossiers de patients transplantés hépatiques sur la période du 1er septembre 2005 au 30 septembre 2006. Notre échantillonnage a retenu 43 dossiers de patients en considérant les critères d'exclusion suivants : patients non majeurs (9), patients soumis à re-greffe (5) et patients décédés au Service de Réanimation (7). Le projet de cette recherche répondait aux critères éético-légaux prévus dans la législation en vigueur sur les recherches englobant des êtres humains. La majorité de la population étudiée était du sexe masculin, l'âge moyen de 52 ans, leucoderme et originaire de tout l'Etat ainsi que de la Capitale. La maladie d'origine prévalente à la base de l'indication de greffe était la cirrhose hépatique par virus C. Nous avons identifié 55 diagnostics infirmiers, 11 domaines et 22 classes structurées selon la taxonomie de référence. Le modèle d'Historique Infirmier utilisé dans le service de transplantation de l'hôpital, terrain d'études de la recherche, est fondé sur la théorie des nécessités humaines de base de Wanda de Aguiar Horta. Ce même ouvrage a permis d'identifier 25 nécessités ainsi divisées : 83,6 % de psychobiologiques, 12,7 % de psychosociales et 3,7 % de psychospirituelles. Nous avons commenté les diagnostics infirmiers qui ont eu une incidence sur 40 % ou plus de la population étudiée qui possédait le profil suivant : perfusion tissulaire périphérique, rénale et cardiopulmonaire inefficaces, intégrité tissulaire compromise, déficit de l'autosoins, diarrhée, douleur aiguë, troubles du sommeil, anxiété, mobilité physique compromise et risques de déséquilibre de la température corporelle, d'infection et de chute. Malgré les limites de notre étude, il nous a été possible de tracer ce profil diagnostique qui facilitera la révision du protocole de soins infirmiers pour une clientèle étudiée. Ce présent travail suggère aussi la réalisation d'études cliniques de validation des diagnostics infirmiers pour des patients soumis à une greffe, non inclus dans la taxonomie II de la NANDA et conclut que l'importance des diagnostics sera mise en évidence par le quotidien de l'assistance directe au patient et non à peine par le discours professionnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Domínios e Classes da Taxonomia II da NANDA, 2000.....	43
Quadro 2 - Títulos diagnósticos de enfermagem de pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG agrupados conforme suas classes e seus domínios de acordo com a taxonomia II da NANDA.....	77
Figura 1 - Doador falecido.....	49
Figura 2 - Incisão abdominal mediana para retirada de múltiplos órgãos.....	49
Figura 3 - Cirurgia <i>ex-vivo</i>	49
Figura 4 - Fígado cirrótico	50
Figura 5 - Enxerto hepático.....	50
Figura 6 - Técnica de Piggy-back.....	52
Figura 7 - Receptor de enxerto hepático com um dreno aspirativo <i>in situ</i>	52
Figura 8 - Distribuição de pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG, segundo características demográficas. Belo Horizonte. 2005-2006.....	62
Gráfico 1 - Distribuição dos transplantes de fígado por biênio, no HC-UFMG. Belo Horizonte. 1994-2005.....	56
Gráfico 2 - Distribuição dos grupos sanguíneos ABO entre os pacientes transplantados de fígado. Belo Horizonte. 2005-2006.....	73

LISTA DE TABELAS

- 1 - Distribuição dos pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG, segundo a doença de base. Belo Horizonte. 2005-2006.....67

- 2 – Tempo de hospitalização dos pacientes no pós-transplante hepático no HC-UFMG. Belo Horizonte. 2005-2006.....73

- 3 - Incidência dos títulos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA, de acordo com as NHB afetadas de Horta. Belo Horizonte. 2005-2006.....81

- 4 - Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006.....83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CHC	- Carcinoma Hepatocelular
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CTI	- Centro de Terapia Intensiva
DEPE	- Diretoria de Ensino e Pesquisa
DPO	- Dia Pós-Operatório
EEUFMG	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EUA	- Estados Unidos
HC-FM USP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC-UFMG	- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HLA	- Antígenos Leucocitários Humanos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MELD	- Model for End-Stage Liver Disease
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
NHB	- Necessidades Humanas Básicas
NIC	- Nursing Interventions Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
PELD	- Pediatric End-Stage Liver Disease
RBT	- Registro Brasileiro de Transplantes
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UI-Tx	- Unidade de Internação de Transplantes
UNOS	- United Network for Organ Sharing

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	18
2	INTRODUÇÃO	20
2.1	Objetivos.....	25
2.1.1	Objetivo geral.....	25
2.1.2	Objetivos específicos.....	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	Aspectos históricos dos transplantes e a inserção do enfermeiro.....	27
3.2	Assistência de Enfermagem: a criação de um método.....	37
3.3	Considerações gerais sobre transplante hepático.....	44
4	MATERIAL E MÉTODOS	54
4.1	Tipo de estudo.....	55
4.2	Local.....	55
4.3	População / amostra.....	56
4.4	Coleta de dados.....	57
4.5	Tratamento e análise dos dados.....	57
4.6	Aspectos ético-legais.....	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1	Características demográficas.....	62
5.2	Características epidemiológicas.....	67
5.3	Diagnósticos de enfermagem.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	132

Cuidar em

Enfermagem

é assim...

“Neste nosso tempo de tanto descuido, descaso e abandono [...] existe um grupo que cuida da vida, nas suas diferentes formas, diferentes estágios, com (muitas vezes) poucas condições. Que apesar de não ser o “dono” do paciente [...] fica do lado, alimenta, acolhe, conversa, observa, informa [...]. Por meio da qualidade de sua presença e de sua relação com o outro, o profissional de enfermagem assegura, por certo período, funções que aquele ainda não é capaz de assumir por si mesmo, em razão de seu estado de desenvolvimento, debilidade ou reorganização [...].

Na mesma medida, o paciente e sua família promove a competência do profissional, permitindo que ele acumule histórias do cuidar, portanto histórias de vida [...].

Por estar atento e disponível para a pessoa, não se atendo apenas ao diagnóstico ou prognóstico, ocupa-se em ajudar seus pacientes e familiares a viverem a vida que eles têm para viver. Da melhor maneira possível. E, com essa atitude, tornam-se também remédios: aliviam a dor, acalmam, confortam [...].”

*Michele Fernandes
Maria Júlia Paes da Silva*

*"O Senhor o assiste no leito da enfermidade;
na doença, tu lhe afofas a cama".*

Salmos 41:3

1 APRESENTAÇÃO

No período de 1989 a 1995, atuamos no Serviço de cirurgia geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), experimentamos de perto a diversidade da demanda do cuidado de enfermagem em cada fase vivida pelo paciente cirúrgico. Em toda nossa prática na instituição elaborávamos e implementávamos o Plano de Cuidados individualizado para cada cliente.

Em 1995 fomos convidadas a compor a equipe de saúde que inaugurava a Unidade de Transplantes, criada para atender aos clientes de transplante de medula óssea, de fígado e de rim. No processo da assistência de enfermagem dessa nova unidade, elaborava-se o Plano de Cuidados. O modelo utilizado, entretanto, foi considerado falho, uma vez que não se cumpriam todas as fases do método científico. Não havia coleta de dados, diagnósticos de enfermagem e avaliação da assistência prestada, formalmente sistematizada.

Em 2003 tivemos a oportunidade de trabalhar e realizar estágios em dois hospitais ingleses que possuíam um modelo de assistência de enfermagem com bases teóricas bem definidas. Nessas instituições atuamos junto a pacientes adultos de cirurgia geral e de transplante. Essa experiência consolidou nossa visão de uma assistência com qualidade diferenciada, quando prestada de forma sistematizada e fundamentada em bases teórico-científicas, objetivamente delineadas.

Retornando ao país no início de 2004, reassumimos nossas atividades profissionais na mesma Unidade e observamos que lá não se elaborava mais o Plano de Cuidados, não existiam instrumentos de coleta de dados de saúde do cliente no ângulo do cuidar, os diagnósticos de enfermagem não eram identificados utilizando qualquer sistema de classificação descrito na literatura, não eram

instituídos instrumentos que avaliassem se as intervenções de enfermagem implementadas eram as mais adequadas e os resultados esperados. Esta realidade nos impulsionou a desenvolver estudos referentes à metodologia de assistência.

A escolha por estudar um método de assistência para pacientes submetidos ao transplante hepático se deu por alguns motivos. Em primeiro lugar devido a nossa afinidade com a especialidade em enfermagem cirúrgica desde a graduação. Posteriormente, a experiência desenvolvida ao longo de 16 anos em cuidar dos pacientes adultos de cirurgia geral. Também pelo fato de termos participado na implantação do programa de transplante hepático no HC-UFMG, em 1994, quando éramos coordenadora de enfermagem da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo. E por fim, a demanda do cuidar e a necessidade de criar o protocolo institucional de assistência de enfermagem aos pacientes de transplante hepático, na unidade de internação (SALVIANO, 2001).

INTRODUÇÃO



2 INTRODUÇÃO

Os avanços das técnicas cirúrgicas, as pesquisas na área da farmacologia clínica, da imunogenética, o desenvolvimento da tecnologia de monitorização trans e pós-operatória, bem como a melhoria dos métodos de preservação de enxertos de qualidade constituem fatores responsáveis pelo sucesso dos transplantes, na década de 80 do século passado. E desde 1983, os transplantes passaram a ser considerados opção terapêutica e curativa para muitas doenças antes consideradas terminais, havendo então uma expansão dessa atividade em todo o mundo (DUARTE *et al.*, 2004; GARCIA, 2002; STARZL, 2005).

Atualmente, em centros de referência e excelência de vários países, realizam-se com sucesso transplantes de órgãos e tecidos, tais como: rim, fígado, pâncreas e ilhotas pancreáticas, intestinos, coração, pulmão, medula óssea, córnea, ossos, tecidos musculoesquelético e cutâneo.

No Brasil, está havendo um grande investimento do Ministério da Saúde nas instituições públicas que se adequaram e foram credenciadas para realização de transplantes. Estes constituem procedimentos de alta complexidade, muito onerosos, porém totalmente subsidiados pelo Sistema Único de Saúde (GARCIA, 2002). O Registro Brasileiro de Transplantes (RBT, 2006) mostrou que, até dezembro de 2006, somente nos cinco estados brasileiros com a maior lista de espera do país, existiam 27364 pacientes aguardando um transplante de coração, de fígado ou de rim. E, dentre esses, 6414 (23,4%) esperavam por um fígado.

O primeiro transplante hepático do mundo foi realizado em 1963 por Thomas Starzl, em Denver, nos Estados Unidos (EUA). E, no Brasil, em 1968, esse procedimento foi realizado, pela primeira vez, no Hospital das Clínicas da Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FM USP). E nessa mesma instituição, em 1989, foi realizado pelo Dr. Silvano Raia o primeiro transplante hepático intervivos do mundo (GARCIA, 2002). Em Minas Gerais, o primeiro transplante hepático aconteceu no Hospital Felício Rocho, em outubro de 1989 e, no HC-UFMG, em setembro de 1994.

Com o objetivo de obter melhor compreensão da demanda de assistência do paciente de transplante hepático, julgamos oportuno rever algumas características definidoras do seu perfil clínico. A existência de uma doença de base crônica de longa duração, o estado nutricional comprometido pela deficiência da função metabólica do fígado, a síndrome hepatorenal, as alterações cardiovasculares e respiratórias, a icterícia e o prurido generalizado, a ascite intratável e o risco aumentado para infecções são condições peculiares ao mesmo. Para receber então um enxerto hepático, o paciente é submetido a uma intervenção cirúrgica de grande porte, que demanda, em geral, um pós-operatório imediato em terapia intensiva. Como parte do tratamento pós-transplante, o paciente usa imunossupressores para prevenir a rejeição do novo órgão, o que, conseqüentemente, o expõe a um risco maior de adquirir infecções graves. Na fase de convalescença, além da reabilitação física do trauma anestésico-cirúrgico, o paciente vivencia o medo e o receio da saída do hospital, por ter de reassumir o autocuidado, passar pelo processo de readaptação familiar e à vida sócio-laborativa pós-transplante. Conseqüentemente, este é um paciente de complexa demanda assistencial multiprofissional e, em particular, de enfermagem (DUARTE *et al.*, 2004).

Ao repensar uma assistência integral de enfermagem para esses pacientes que reflita um compromisso com a excelência no atendimento, tendo uma visão

holística do ser humano, é vital que se utilizem os instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A preocupação em desenvolver um modo de fazer, fundamentado em algum modo de pensar levou pesquisadores, estudiosos e trabalhadores em enfermagem a desenvolver, desde os anos 50, o Processo de Enfermagem que organiza o cuidado (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Por consistir este Processo de etapas essenciais como o diagnóstico, a intervenção e a avaliação dos resultados de enfermagem, tornou-se fundamental o desenvolvimento de sistemas de classificação uniformizados. A Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem mais divulgado e aplicado atualmente em todo o mundo (NANDA, 2006).

Para Duran e Prince (1993, p. 32), “um diagnóstico de enfermagem deveria significar o achado de tudo o que é necessário saber para começar um plano de cuidado de enfermagem”.

A utilização de um sistema de classificação propicia uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo do raciocínio e julgamento clínico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde, na avaliação dos resultados dos clientes que são influenciados pelas intervenções de enfermagem e na documentação desta prática profissional.

No HC-UFMG, a falta de um sistema de assistência de enfermagem formalmente instituído incomodava os enfermeiros da Unidade de Internação de Transplantes (UI-Tx). As ações de enfermagem fluíam da livre demanda advinda do modelo biomédico vigente, centrado na doença e suas complicações.

Diante desse contexto foi implementada para os pacientes do transplante hepático a primeira etapa de um método assistencial, que é o da coleta de dados de

saúde sob a ótica do cuidado – o Histórico de enfermagem. Este histórico foi elaborado com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979) e está sendo utilizado desde setembro de 2005 (APÊNDICE A).

Na perspectiva de implementação da fase dos diagnósticos de enfermagem, para os pacientes submetidos ao transplante hepático, consideramos oportuno desenvolver um estudo sobre diagnósticos de enfermagem para essa clientela.

2.1 Objetivos

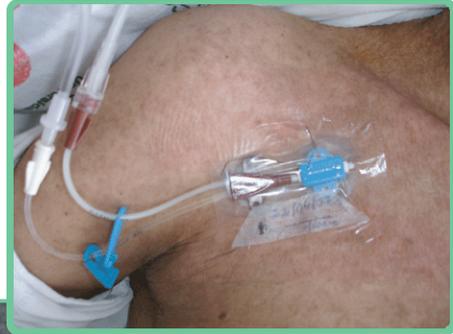
2.1.1 Objetivo geral

- *A*nalisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de transplante hepático na Unidade de Internação, de acordo com a taxonomia II da NANDA.

2.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o paciente do ponto de vista demográfico e epidemiológico;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem e estruturá-los de acordo com o título, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a NANDA;
- Agrupar os diagnósticos de enfermagem nos domínios e classes. apresentados pela NANDA e segundo a classificação de Wanda Horta;
- Traçar o perfil diagnóstico de enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA



3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos dos transplantes e a inserção do enfermeiro

A história dos transplantes é rica de idéias criativas e ousadas, estudos e experimentos em laboratório com animais e em humanos. O termo transplante foi usado pela primeira vez por John Hunter em 1778. Entretanto, o transplante como um método de reposição de partes lesadas do corpo humano é um sonho desde as civilizações egípcias e greco-romanas (KUEGELER, 1978). Os primeiros transplantes realizados foram os enxertos de pele, ossos e córnea no final do século XIX e início do século XX. Com o desenvolvimento de fios mais delicados para suturas vasculares, os experimentos com o xeno-transplante foram impulsionados. O insucesso, porém, desses procedimentos desencorajou essa prática e, até o início da década de 60, persistiam grandes lacunas do conhecimento, tais como: os “efeitos biológicos”, descritos posteriormente como rejeição, e medicamentos que poderiam preveni-la e tratá-la. Somente em 1978 quando foi desenvolvida a droga ciclosporina em um laboratório na Suíça, com aplicação clínica pelo professor Calne na Inglaterra, os resultados dos transplantes passaram a ser encorajadores (CALNE, 1999; PEREIRA, 2004; STARZL, 1995, 2005).

Além da ciclosporina surgiram novas drogas imunomoduladoras, tais como os anticorpos monoclonais e o tacrolimus, que tornaram o controle da rejeição mais eficaz. A perspectiva da clínica e das pesquisas em imunossupressão é de se obterem drogas menos citotóxicas, que reduzam seletivamente a agressão aos enxertos e induzam à tolerância imunológica (LASMAR; VILELA, 2004). Existe ainda, a previsão da completa tolerância livre de drogas para pacientes com

enxertos antígenos leucocitários humanos (HLA) compatíveis ou um mecanismo alternativo imunorregulador que permita redução do risco de imunossupressão crônica (STARZL, 2005).

Também os avanços da imunogenética e outras tecnologias do cuidado em saúde, disponibilizadas para os transplantes, possibilitaram então uma expansão desta atividade em todo o mundo, sendo possível na atualidade, a substituição de vários tecidos e órgãos do corpo humano (GARCIA *et al.*, 2006; STARZL, 2005).

Nas últimas três décadas, a área de transplantes tornou-se alvo de investimentos e grande interesse da comunidade científica mundial. As pesquisas nas áreas da medicina regenerativa com a clonagem terapêutica; indução de tolerância imunológica, diferenciação celular utilizando-se de células-tronco e nanobioengenharia constituem as perspectivas futuras para os transplantes (PEREIRA, 2004; STARZL, 2005).

A enfermagem se organiza profissionalmente quando o transplante, como opção terapêutica, vivia sua fase embrionária. Ao fazer a releitura do desenvolvimento da mesma, com seus apenas 100 anos de história, nota-se que essa prevaleceu voltada para o cuidado em saúde e avançou inserindo em novos contextos e demandas de cuidado, como por exemplo, a absorção de tecnologias de nível quaternário de assistência.

Nas especialidades assistenciais, o enfermeiro tem ocupado seu espaço; diagnosticando, implementando e avaliando os cuidados de enfermagem prestados à clientela, com evidências de sua capacitação para atuar em equipes inter e multidisciplinares em processos saúde-doença nos seus mais diversos cenários (HERRERA; AFANADOR, 1998; LEITE, 2001; SANTOS, 1997).

Ao surgir o transplante como opção terapêutica, a enfermagem mais uma vez se insere nas atividades dos diferentes programas e, com eficácia, desenvolve seu papel gerencial e cuidador, destacando-se também no ensino e em pesquisas nessa área (CINTRA; SANNA, 2005).

Uma nova tecnologia para o cuidado em saúde ou uma especialidade assistencial emergente gera desafios comuns, tais como novos conhecimentos a serem adquiridos, ajustes de área física, a previsão e provisão dos recursos humanos, de materiais e medicamentos especiais além do planejamento para a dinâmica do atendimento aos clientes ou pacientes.

No que tange aos transplantes, além desses aspectos administrativos, a enfermagem enfrentou e enfrenta também questões emocionais, ético-legais e sócio-culturais diversas, causadoras de conflitos, estresse e fadiga (SHAAL; SLEMENDA, 1984). E, mesmo diante dessa demanda complexa, a enfermagem e, particularmente, o profissional enfermeiro, se inseriram com determinação nos programas de transplantes e passaram a desempenhar, com muita eficácia e eficiência, seu papel dentro da equipe multidisciplinar, tornando-se os coordenadores do processo (CINTRA; SANNA, 2005).

Internacionalmente, a partir dos anos 80 do século passado, quando a sobrevivência dos pacientes transplantados começou a aumentar significativamente, surgiram os grandes centros de referência. Para o transplante hepático, por exemplo, o Hospital de Pittsburgh, nos EUA e o do King's College, na Inglaterra, se tornaram instituições de renome internacional (RAIA; MIES, 1988).

Autoras descrevem problemas comuns, estressantes, que emergiram no início dos programas desses centros de transplante: recursos humanos, programação de cirurgias, sistemas de apoio, risco de exposições múltiplas ao vírus causador da

hepatite C e questões emocionais geradas por conflitos internos e externos à equipe (KURTZ; NESTOS, 1984; SHAAL; SLEMENDA, 1984). Esses problemas foram abordados individualmente, com estratégias de soluções consideradas eficazes.

É notório que o envolvimento tão próximo da equipe de enfermagem com o transplante de órgãos a expõe a um importante risco emocional. A conscientização e a identificação do problema, o planejamento e a intervenção apropriada são relevantes na prevenção de seqüelas (SHAAL; SLEMENDA, 1984).

Ainda nos EUA enfermeiros, se sobressaíram no início e na expansão dos programas de transplante de órgãos sólidos e tecidos. A atividade desses profissionais se dá tanto em nível da assistência direta, como enfermeiros clínicos de transplantes ou na coordenação de transplantes, que são as atuais especializações nessa área naquele país. A partir de 2007, agências reguladoras de transplante estarão exigindo que os hospitais americanos tenham apenas enfermeiros especialistas atuando junto aos pacientes de transplante¹.

Outras importantes conquistas do enfermeiro naquele país dizem respeito à atuação junto à United Network for Organ Sharing (UNOS), organização americana para captação e distribuição de órgãos. O profissional responsabiliza-se pelo cumprimento dos itens referentes à segurança do paciente e garantia de que o padrão exigido por este órgão e pelo governo federal americano seja cumprido. Alguns centros de transplantes têm o enfermeiro como gerente de dados dos seus programas. Este profissional, em muitas situações é indicado para representar o hospital no Conselho Estadual de Transplantes. Como nos EUA, na Espanha e na França, enfermeiros ainda se inseriram em diretorias locais, regionais e nacionais de Captação de Órgãos^{1,2}.

¹ Mensagem recebida por: Linda Ohler (lindaohler@aol.com). Em 20 Agosto 2006.

² Mensagem recebida por: Simone Fruh (sjf@tprgnet.net). Em 10 Junho 2006.

Além do papel clínico-assistencial, os enfermeiros se envolveram na criação, direção e desenvolvimento de associações como a National American Transplant Coordinators Organization (NATCO), Internacional Transplant Nurses Society - (ITNS), dentre outras. A International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT), formada essencialmente por clínicos e cirurgiões, teve uma enfermeira eleita para compor sua diretoria, e junto com outras três colegas fundou o Comitê de Enfermagem, dentro da mesma sociedade.

Outro marco da expansão do papel do enfermeiro dentro da área de transplantes foi a criação da revista: *“Progress in Transplantation – The Journal for Procurement and Clinical Transplant Professionals”*. Suas publicações refletem a relevância da abordagem multiprofissional para captação e aspectos clínicos do transplante de órgãos e tecidos³.

O Hospital Addenbrooke's, em Cambridge, na Inglaterra faz parte da história dos transplantes hepático e renal, especialmente porque foi onde trabalhou o Dr. Roy Calne, pioneiro na aplicação clínica da Ciclosporina A no início dos anos 80 do século passado. Atualmente essa instituição é referência do National Health System (NHS) inglês para os transplantes de órgãos do aparelho digestivo e é um centro de excelência em onco-hematologia, onde se realizam transplantes de medula óssea. Nesta instituição as equipes de transplante são multiprofissionais e são compostas por no mínimo um enfermeiro que coordena todo o processo. A assistência de enfermagem é sistematizada e o enfermeiro também desenvolve atividades de auditoria, de ensino e de pesquisa na área de transplantes⁴.

³ OHLER, L. Editor in Chief – Progress in Transplantation – The Journal for Procurement and Clinical Transplant Professionals. Quaterly – March, June, September, December. The Inno Vision Group. ISSN 1526-9248 – Columbia CA, 2006.

⁴ Mensagem recebida por: Jim O'Sullivan (Jim.osullivan@msexc.addenbrookes.anglox.nhs.uk). Em 15 Junho 2006.

No Brasil, Cintra e Sanna (2005), na busca de compreender como a Enfermagem Brasileira se estruturou, para gerenciar a assistência aos pacientes de transplantes, realizaram um estudo bibliográfico e concluíram que a enfermagem vivenciou as seguintes etapas: preocupação com a infecção, atenção ao cliente, trabalho em equipe, normatização dos serviços de transplante e ampliação da atuação e especialização.

No primeiro momento, na década de 60 do século passado, notou-se então que o foco de atenção dos enfermeiros era a infecção. Todos os esforços foram concentrados nos aspectos físico e material a ser utilizado no trans e no pós-operatório imediato. A preocupação com recursos humanos também ficou evidenciada. Diante da escassez de profissionais enfermeiros para assistência direta aos pacientes, auxiliares de enfermagem foram rigorosamente selecionados do ponto de vista epidemiológico e capacitados ao trabalho (CINTRA; SANNA, 2005).

Por volta dos anos 70 do século passado, a enfermagem volta sua atenção para o paciente. A enfermeira teve sua atuação ampliada, coordenando a assistência no pré-operatório imediato até a alta hospitalar, tanto ao doador (no caso do transplante intervivos), quanto ao receptor. O enfermeiro tem uma função mais prescritiva nesta fase, detalhando procedimentos técnicos, padronizando condutas, atuando junto ao anestesista e coordenando o ato anestésico-cirúrgico. Registra-se, ainda, neste período, a formação da Comissão de Transplante do Hospital dos Servidores do Estado de São Paulo, composta inclusive por enfermeiro (CINTRA; SANNA, 2005).

A fase de normatização dos serviços de transplante coincide com a organização de grandes centros de referência nacional. Os enfermeiros, desafiados

a incorporar esta nova demanda, começam a se interessar em fazer intercâmbios dentro e fora do país, investindo em sua capacitação.

A família passa a ser envolvida no planejamento assistencial, sendo reconhecida como uma das inegáveis forças do paciente no enfrentamento do processo saúde-doença, porém, somente na década seguinte, essa preocupação se concretizou.

A fase subsequente foi marcada pela ampliação do papel gerencial do enfermeiro e pela especialização. O espaço do enfermeiro passa a ser claramente definido dentro das equipes multidisciplinares de transplante com o diferencial do exercício da coordenação de todo o evento. A função de “Coordenadora do Transplante” fica estabelecida no Brasil, como já era conhecida nos EUA e em vários países da Europa. Este papel foi rapidamente incorporado pelo enfermeiro, tendo em vista, em princípio, sua abrangente formação profissional. Esse profissional passou então a fazer, com muita propriedade, a consulta e intervenções de enfermagem no pré-transplante, com enfoque na orientação aos candidatos e seus familiares. No dia do evento, ele gerencia e participa diretamente do processo que envolve a captação do(s) órgão(s), a retirada e o implante do(s) enxerto(s) (CINTRA; SANNA, 2005).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004), no caso dos transplantes de tecidos, o enfermeiro desenvolve atividades específicas como realizar a enucleação do globo ocular, na captação da córnea. Ainda, responsabiliza-se pela infusão da medula óssea, além de atuar na coordenação e assistir integralmente ao paciente e família no pré e pós-transplante (ORTEGA *et al.*, 2004). No HC-FM USP, o enfermeiro exerce uma função pioneira, totalmente integrada com a equipe médica na captação, armazenamento e viabilização dos transplantes de

tecido músculo-esquelético retirados de doadores em morte encefálica (CINTRA; SANNA, 2005).

Diante do desafio de atender a mais esta demanda de qualificação advinda desta nova modalidade terapêutica, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) foi pioneira no Brasil, ao criar, em 2001, o curso de Especialidades Intra-Hospitalares, dentre eles o de Transplantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2001). A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) também possui especialização em transplantes desde 2005, constituindo assim um avanço na formação profissional do enfermeiro brasileiro, fazendo grande diferença na qualidade da assistência prestada para esta clientela⁵.

No Brasil, a legislação específica sobre Transplantes e sua Regulamentação exige a presença do profissional enfermeiro e regulamenta sua atuação nas equipes multiprofissionais, constituindo essa uma exigência para o credenciamento das instituições que realizam transplantes (BRASIL, 1997a, b, 2001). Para os transplantes de medula óssea é inclusive definido o quadro mínimo de pessoal de enfermagem, especificado para cada tipo de procedimento: autólogo, alogênico ou não-aparentado (BRASIL, 1999).

O COFEN, pela Resolução n° 292 de 7 de junho de 2004, regulamentou a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Essa resolução autoriza o enfermeiro a realizar procedimentos técnicos altamente especializados, que exigem qualificação apropriada. E, ainda, responsabiliza o enfermeiro pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em transplantes, no seu artigo 4º. Regulamentou também a atuação do enfermeiro na equipe de cirurgia do receptor, no contexto hospitalar (COFEN, 2004).

⁵ Mensagem recebida por: Cristina Flavio Nishikiori (cristina@denf.epm.br). Em 23 Abril 2006.

Em Minas Gerais existem dois hospitais de grande porte credenciados pelo Sistema Único de Saúde como centros de transplantes: o HC-UFMG e o Hospital Felício Rocho, instituição privada, pioneira no Estado na realização de alguns transplantes de órgãos sólidos como coração, fígado e pâncreas. A capacitação das equipes médicas e de enfermagem dessas duas instituições foi realizada em parceria com outras nacionais e internacionais.

No HC-UFMG, em 1994, três enfermeiros da instituição aceitaram o desafio proposto de iniciar o programa de Transplante Hepático. Esses eram de referência das unidades diretamente envolvidas com a trajetória intra-hospitalar do paciente: Unidade de Internação, Centro Cirúrgico (CCI) e Centro de Terapia Intensiva (CTI). Foram então organizados cursos de capacitação para as equipes de enfermagem; realizadas visitas técnicas e intercâmbios ao longo desses anos, com instituições nacionais e internacionais, tais como: HC-FM USP, São Paulo, Addenbrooke's Hospital, em Cambridge, na Inglaterra e com o Hôspital de Hautepierre, em Strasbourg, na França, por ser esse um dos centros de referência do nosso serviço.

Foram também criados e implementados os protocolos clínico-assistenciais de enfermagem para as fases pré, trans e pós-operatórias dos pacientes para os diferentes transplantes.

Esses enfermeiros continuaram sua capacitação em nível de pós-graduação *strictu sensu* e Monalisa Maria Gresta, referência da terapia intensiva, concluiu o mestrado em 2002, cuja pesquisa foi desenvolvida na área de transplantes intitulada: *'A espera é que mata': a trajetória dos pacientes submetidos ao transplante hepático* (GRESTA, 2000). A mesma compõe a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOT) do HC-UFMG (BRASIL, 2005).

Com a expansão da atividade transplantadora na Instituição, novos enfermeiros foram integrados aos programas emergentes, como o do pulmão em 2002; o de pâncreas-rim em 2005 e o de coração em 2006. Também os enfermeiros têm participado de publicações e organizado eventos nessa área. Portanto, o enfermeiro se inseriu com muita propriedade e eficiência nos programas de transplante nesse país e no mundo.

Os transplantes são procedimentos de alta complexidade e, portanto, realizados em centros de nível quaternário de assistência, como os hospitais de ensino e outros de grande porte, públicos ou privados. É notória a resposta que o enfermeiro está dando, ao exercer seu papel com qualidade junto aos pacientes, às famílias, às equipes multidisciplinares e, conseqüentemente, às Instituições de Saúde transplantadoras. Além disso, desenvolvem atividades de ensino, de pesquisa e de auditoria.

A fase atual da enfermagem brasileira, no processo de cuidar em transplantes, é a de implementação de um método de assistência, *a priori*, em cumprimento da Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002 do Conselho Federal de Enfermagem (2005), que legaliza esta implementação em todos os serviços de saúde brasileiros.

3.2 Assistência de Enfermagem: a criação de um método

As décadas de 60 e 70 do século passado ficaram marcadas pela produção de teorias que deram alicerce à ciência enfermagem, em todo o mundo (GEORGE *et al.*, 2000). Com base nestas teorias várias pesquisas e trabalhos surgiram na criação de metodologias de assistência em enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2000; GUEDES; ARAÚJO, 1997).

Pela primeira vez, Ida Orlando, em 1961, usou a expressão “processo de enfermagem”, explicando o cuidado de enfermagem. Já em 1963, Virgínia, Bonney e June Rothberg, começaram a delinear as fases deste processo. Em 1967, um grupo de enfermeiras da Universidade Católica define o levantamento de dados (inclusive o diagnóstico de enfermagem), o planejamento, a implementação e a avaliação como as etapas do processo de enfermagem (BENEDET; BUB, 2001).

Surgiu então, a necessidade de se padronizar a linguagem, criar uma tecnologia uniformizada que retratasse o conjunto de conhecimentos e recursos utilizados pela diversidade da enfermagem mundial, contendo os problemas que fossem exclusivos do enfermeiro, nos quais pudesse intervir e avaliar.

Um sistema de classificação para a enfermagem define o corpo de conhecimentos pela qual ela é responsável, o que lhe acresce confiabilidade e autonomia (CARPENITO-MOYET, 2005).

Os primeiros trabalhos voltados para a criação de uma terminologia apropriada ao exercício da enfermagem têm como foco as classificações dos diagnósticos de enfermagem. O termo diagnóstico foi usado pela primeira vez em 1953 por Vera Fry ao estudar cinco áreas de necessidades do paciente e ao

considerar como de domínio da enfermagem (BENEDET; BUB, 2001; NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000).

No início dos anos 70 do século passado, um grupo de enfermeiras americanas identificou também esta necessidade de desenvolver uma classificação de termos universalizados que caracterizassem as linguagens de enfermagem. Esta preocupação resultou na primeira conferência para nomear e classificar os diagnósticos de enfermagem, em St. Louis University School of Nursing, EUA. Desde então, este grupo que se interessa em classificação dos diagnósticos de enfermagem passou a se reunir a cada dois anos com o objetivo de estudar, desenvolver e construir novos diagnósticos. E, em 1982, foi organizada formalmente a NANDA.

A construção dos conceitos, linguagem e termos devem fornecer ferramentas de comunicação necessárias e é um compromisso de cada enfermeiro, em todos os cenários de sua práxis em nível mundial. Partindo desta premissa, a NANDA passou a facilitar a participação de enfermeiros de vários países, desde 1988. O livro texto: *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2005/2006*, foi disponibilizado em diferentes idiomas (NANDA, 2006).

A Associação possui um comitê internacional e é reconhecida como uma fonte consolidada de terminologia de diagnóstico de enfermagem. Em 1987 foi publicada a Taxonomia I e em 2000 a Taxonomia II da NANDA, que é reconhecida pelos critérios do Comitê para Infra-Estrutura de Informação da Práxis de Enfermagem da American Nurse Association (ANA). Isso facilitou a inclusão da mesma nos sistemas de informação clínica e de linguagem médica unificado da National Library of Medicine. Esta taxonomia é registrada como Nível de Saúde 7, que é uma norma de informática do cuidado com a saúde, com uma terminologia a

ser usada para identificar diagnósticos de enfermagem em mensagens eletrônicas entre os sistemas de informação clínica. Os diagnósticos da NANDA foram também elaborados de acordo com a Nomenclatura Sistematizada de Medicina (NANDA, 2006). Por esta solidez de construção e reconhecimento internacional, esta classificação foi escolhida para ser utilizada nesta pesquisa.

Outros sistemas de classificação em saúde foram desenvolvidos e divulgados na literatura mundial para atender às necessidades de documentação e análises em enfermagem, nas fases do diagnóstico, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem. Como exemplo, pode-se citar a Classificação dos Cuidados Domiciliares de Saúde – Home Health Care Classification (HHCC) (SABA, 1992); a Classificação de Omaha – Community Health System, que consiste de uma lista de problemas de clientes diagnosticados por enfermeiras em uma comunidade de saúde nos EUA (MARTIN; SCHEET, 1992), a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 1999) e o Conjunto de Dados de Cuidado ao Paciente – Patient Care Data Set (PCDS) (GARCIA; NÓBREGA, 2000; MARIN, 2001).

O diagnóstico de enfermagem é “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde / processos vitais, reais ou potenciais” (NANDA, 2006, p. 296). Consiste da etapa vital do processo de enfermagem, pois nela o enfermeiro procura embasamento científico para sua prática. O processo diagnóstico exige o uso dos conhecimentos científicos e requer a relação e a aplicação destes para o cuidado de enfermagem (DURAN; PRINCE, 1993).

Os componentes do diagnóstico, segundo a NANDA (2006) são:

- a) título: é a descrição clara e precisa que auxilia na diferenciação dos diagnósticos similares;
- b) características definidoras: são pistas, manifestações detectadas que agrupadas formam o diagnóstico de enfermagem;
- c) fatores de risco: são elementos do ambiente interno ou externo que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, da família ou da comunidade a morbidades;
- d) fatores relacionados: são fatores que mostram alguma relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Estes podem ser descritos como antecedentes, associados com, contribuintes ou desencadeadores.

O processo diagnóstico de enfermagem é complexo e envolve a capacidade profissional de interpretar o comportamento humano frente a um evento insalubre. O paciente procura o enfermeiro para que o veja como pessoa e não como doença ou problema. E cabe ao enfermeiro promover a saúde desta pessoa no seu contexto sócio-cultural.

Os diagnósticos de enfermagem devem possuir algumas características básicas, quais sejam acurácia ou precisão, validade e fidedignidade. A **acurácia** é evidenciada pelo grau de certeza de determinada resposta do cliente a um problema de saúde. A **validade** exponencia o verdadeiro problema do paciente e não o problema inferido pelo enfermeiro. Para se afirmar, portanto, que um diagnóstico é válido, suas características definidoras devem ser autênticas, realistas, individualizadas para cada cliente. A **fidedignidade** diz respeito à concordância dos resultados obtidos com a utilização de determinado instrumento quando a medição

ou o exame obtido se repetem, ao grau de consistência com que determinado instrumento mede o atributo que se supõe esteja medindo (GARCIA; NÓBREGA, 2004; LUNNEY, 2004; MARIN, 2001; NÓBREGA; COLER, 1994).

Para Lunney (2004), a variação na precisão diagnóstica põe em risco os cuidados, pois revela uma inapropriada interpretação dos dados, gerando intervenções inapropriadas. Os erros e distrações diagnósticas são evitados, entretanto, com o uso da inteligência e o desenvolvimento de um pensamento crítico, que envolve os seguintes aspectos: **habilidades cognitivas** de análise, de aplicação de padrões, de discernimento, de busca de informações, de raciocínio lógico, de predição e de transformação de conhecimentos. E são necessários também **hábitos da mente**: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Rubenfeld e Sheffer⁶, (citado por LUNNEY, 2004), comentam sobre essas habilidades e hábitos que servem como estrutura para o desenvolvimento da inteligência, essenciais na interpretação de dados clínicos e na formulação de diagnósticos reais de enfermagem.

A NANDA Internacional desenvolve uma taxonomia que descreve os julgamentos clínicos que os enfermeiros fazem ao prover cuidados para o indivíduo, família, grupos e comunidade. Esses julgamentos (os diagnósticos) servem de base para as intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem. Essa relação gerou a necessidade de unificar as estruturas de linguagem. Desta forma as taxonomias NANDA, Nursing Interventions Classification (NIC) (McCLOSKEY;

⁶ RUBENFELD, M. G.; SHEFFER, B. K. **Critical thinking in nursing**: as interactive approach. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins, 1999.

BULECHEK, 2004) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) (JOHNSON *et al.*, 2000); de diagnósticos, de intervenções, de resultados, respectivamente, foram integradas em uma estrutura comum e estão sendo aprimoradas com o nome de Taxonomia NANDA, NIC, NOC (NNN). E todas as contribuições dos líderes dessas taxonomias estão sendo inseridas na taxonomia da Prática de Enfermagem (NANDA, 2006).

A partir de 2000, a NANDA adotou o modelo estrutural multiaxial denominado Taxonomia II, que possui 7 eixos, 13 domínios e 46 classes (NANDA, 2006).

Os 7 eixos são:

- a) conceito diagnóstico;
- b) tempo: agudo, crônico, intermitente, contínuo;
- c) sujeito do diagnóstico: individual, familiar, grupal, comunitário;
- d) idade: feto a idoso;
- e) estado de saúde: bem-estar, de risco, real;
- f) descritor: limitado ou especifica o significado do conceito diagnóstico;
- g) topologia: parte/regiões do corpo e funções relacionadas.

Os 13 domínios e as 46 classes são apresentados no QUADRO 1. A taxonomia possui um domínio extra chamado OUTRO, entendendo que poderá haver novo domínio que ainda não foi descrito e poderá ser incluído nas próximas edições.

QUADRO 1

Domínios e Classes da Taxonomia II da NANDA, 2000

DOMÍNIOS	CLASSES
1 - Promoção à saúde	Atenção à saúde e Gerenciamento à saúde
2 - Nutrição	Ingestão, Digestão, Absorção, Metabolismo, Hidratação
3 - Eliminação	Rins/bexiga, Intestino, Pele, Pulmões
4 - Atividade/repouso	Sono/repouso, Atividade/exercício, Campo de energia, Respostas cardiovasculares e pulmonares
5 - Percepção/cognição	Atenção, Orientação, Cognição/percepção, Cognição, Comunicação
6 - Auto-percepção	Autoconceito, Auto-estima, Imagem corporal
7 - Relacionamento/papel	Papel do cuidador, Relacionamento familiar, Desempenho de papel
8 - Sexualidade	Identidade sexual, Função sexual, Reprodução
9 - <i>Coping</i> /tolerância a stress	Resposta pós-trauma, <i>Coping</i> , Stress neurocomportamental
10 - Princípios de vida	Valores, Crenças, Congruência entre valores e crenças
11- Segurança/proteção	Infecção, Injúria física, Violência, Ameaças ambientais, Respostas imunes, Termorregulação
12 - Conforto	Conforto físico, Conforto ambiental, Conforto social
13 - <i>Crescimento/desenvolvimento</i>	Crescimento, Desenvolvimento

Fonte: MARIN, 2001, p. 26.

3.3 Considerações gerais sobre o transplante hepático

“After extensive review and consideration of all available data, this panel concludes that liver transplantation is a therapeutic modality for endstage liver disease that deserves broader application”.

National Institutes of Health Consensus Development Statement⁷

Depois de uma extensa revisão de todos os dados disponíveis, este painel conclui que o transplante de fígado é uma modalidade terapêutica para doença hepática avançada a qual merece uma aplicação mais ampla (tradução nossa).

A partir deste pronunciamento de conclusão da memorável Conferência de Consenso para o Desenvolvimento do Instituto Nacional de Saúde, em junho de 1983, nos EUA, o interesse no transplante hepático foi renovado em todo o mundo.

Mundialmente ocorre uma grande discrepância entre a demanda e o número de enxertos disponibilizados para o transplante. Nos EUA, em 2004, havia mais de 17000 pacientes em lista de espera para transplante hepático e foram realizados apenas 5845 transplantes de doador falecido (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005).

No Brasil, até dezembro de 2006, havia 7079 pacientes em lista de espera para o mesmo procedimento e foram realizados cerca de 1205 transplantes hepáticos. Esse quadro exige que se tenham critérios clínicos bem definidos para distribuição dos órgãos e desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para aumentar o aproveitamento dos enxertos obtidos (RAIA; MIES, 1988; RBT, 2006).

Pré-transplante

Todo candidato ao transplante hepático deve ser submetido a uma avaliação

⁷ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Consensus Development Statement. Liver Transplantation. *Hepatology*, v. 4, p. 1075, 1993. Supplementum 1.

clínica multiprofissional acurada no período da indicação e do preparo para a intervenção (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; CASTRO; COELHO, 2004; RAIA; MIES, 1988; SHERLOCK; DOOLEY, 2004). Essa etapa é fundamental para definir se o paciente será capaz de sobreviver ao trans e pós-operatório imediato, se possui condições psicossociais adequadas para submeter-se a uma rigorosa terapêutica medicamentosa e ao acompanhamento ambulatorial prolongado no pós-transplante.

O Ministério da Saúde brasileiro publicou, em 29 de maio de 2006, a Portaria de nº 1.160 estabelecendo critérios de distribuição de fígado de doador falecido para transplante, baseado na gravidade do estado clínico do paciente (BRASIL, 2006). O sistema adotado para aferir essa variável foi o *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD) e o *Pediatric End-Stage Liver Disease* (PELD), para crianças até 12 anos, que é o modelo americano de alocação de órgãos, implantado nos EUA desde fevereiro de 2002 (COOMBES; TROTTER, 2005; UNOS, 2007).

De acordo com o sistema adotado, a distribuição de fígado de doadores falecidos para transplante se dará, além do critério da gravidade clínica; consideram-se também a compatibilidade/identidade ABO; compatibilidade anatômica e por faixa etária; critério de urgência e em situações especiais, previstas na referida lei (BRASIL, 2006).

Castro e Coelho (2004) e Sherlock e Dooley (2004) listam as indicações ao transplante hepático que, classicamente, podem ser subdivididas em cinco grupos, com exemplificações de cada um como se segue:

- a) doenças colestáticas: Atresia de vias biliares, Cirrose biliar primária e secundária, Colangite esclerosante;
- b) doenças da insuficiência hepatocelular: Cirroses (auto-imune, pelo vírus B, C, D, alcoólica, medicamentosa, criptogênica);

- c) doenças metabólicas: Hemocromatose, Tirosinemia, Glicogenoses, Deficiência de alfa-1 antitripsina, Doença de Wilson;
- d) vasculares: Síndrome Budd-Chiari, Doença veno-oclusiva;
- e) neoplasias: Carcinoma hepatocelular (CHC) e tumores metastáticos carcinóides.

Em crianças a indicação mais comum é a atresia biliar extra-hepática e em segundo plano, os erros inatos do metabolismo (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; SCHIFF *et al.*, 1999).

Para os mesmos autores, as contra-indicações ao transplante hepático se relacionam com as co-morbidades existentes e são classificadas em absolutas ou relativas, variando entre os centros transplantadores. As contra-indicações absolutas incluem condições psicossociais tais como: uso de álcool em menos de seis meses; uso de drogas ilícitas em menos de seis meses por pacientes com história de drogadição; doença cardiopulmonar avançada; incapacidade de seguir o esquema de imunossupressão; tumor maligno extra-hepático; septicemia incontrolável e evidência de doença neurológica grave irreversível.

Como contra-indicações relativas têm-se: idade; cirurgias abdominais prévias; desnutrição grave; obesidade severa; insuficiência renal (creatinina > 2mg/dl); tumores hepatobiliares; trombose da veia porta e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; RAIA; MIES, 1988).

Captação do órgão

Para os mesmos autores, além do doador em morte encefálica, outras fontes

de órgão para transplante podem ser o doador vivo; o bebê com anencefalia e o doador com coração “parado”. Quanto à utilização de órgãos de doador com coração sem batimento existem alguns critérios dessa modalidade descritos na literatura, que devem ser observados.

A classificação de Maastricht é utilizada pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) em suas diretrizes básicas para retirada e captação de órgãos e tecidos. Segundo a mesma, só é possível utilizar doadores incluídos na categoria IV, que são os potenciais doadores em morte encefálica que apresentam uma parada cardiorrespiratória (FERRAZ *et al.*, 2003). Fazendo uma avaliação detalhada do doador, utilizando-se de métodos adequados de perfusão *in situ* e resfriamento corporal e cumprindo-se o cronograma de atuação preconizado, é possível um serviço de transplante aumentar sua captação de rim, por exemplo, em 12 a 20% (SCHLUMPF *et al.*; WIJNEN *et al.*⁸ citado por FERRAZ *et al.*, 2003).

Existem alguns critérios absolutos de exclusão de doador de órgãos que são doenças infecciosas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana; ou outra infecção ativa disseminada e invasiva por outro vírus; bactéria; fungo ou septicemia por germe multirresistente; usuário habitual de drogas injetáveis; lesão hepática maligna ou trauma hepático irreversíveis; doenças malignas à exceção dos tumores primários do sistema nervoso central e carcinomas de pele ou cervical localizados (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004; RAIÁ; MIES, 1988).

⁸ SCHLUMPF, R. *et al.* Transplantation of kidneys from non-heart-beating donors: an update. **Transplantation Proceedings**, v. 27, p. 2942-2949, 1995.

WIJNEN, R. M. *et al.* Retrospective analysis of the outcome of transplantation of non-hert-beating donor kidneys. **Transplantation Proceedings**, v. 27, p. 2945-2946, 1995.

É recomendado o cumprimento de um meticuloso protocolo de avaliação, seleção e manutenção clínica do potencial doador, com vistas à obtenção de enxertos de alta qualidade. Para doação específica de fígado, são aplicados os critérios de idade ≤ 75 anos; dados antropométricos compatíveis com o potencial receptor; provas de função hepática normais e ausência de etilismo (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004).

Ao concluir esta fase de seleção do potencial doador (FIGURA 1), incluindo o cumprimento dos trâmites legais e técnicos para confirmação da morte encefálica, os familiares são abordados com a perspectiva da doação de órgãos. Mediante o consentimento pós-informado da família, devidamente registrado no prontuário do potencial doador (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; RAIA; MIES, 1988), o mesmo é transferido, em geral, da terapia intensiva para o bloco cirúrgico e o(s) órgão(s) é (são) removido(s) (FIGURA 2). Após o procedimento, o corpo é devidamente recomposto e devolvido à família, conforme a exigência da Lei n° 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, Capítulo II, *Da disposição post-mortem de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante*. Em seu artigo 8° é determinado que: "Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais, para sepultamento" (BRASIL, 1997a, p. 3).



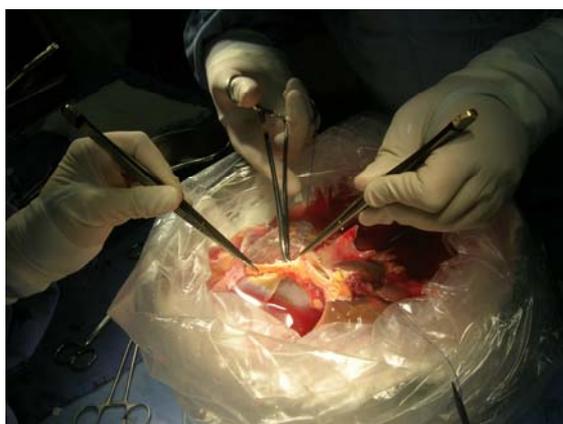
FIGURA 1 – Doador falecido



FIGURA 2 – Incisão abdominal mediana para retirada de múltiplos órgãos

Fonte: Fotos cedidas pelo Grupo de Transplante Hepático do HC-UFMG.

Técnicas de preservação de órgãos e, especialmente, as soluções de conservação garantem enxertos de alta qualidade, com recuperação mais rápida da função, baixos índices de disfunção ou falência primária do enxerto e a necessidade de retransplantes é minimizada. Estas tecnologias permitem maior tempo para o órgão ser transportado do local onde foi captado, até o centro transplantador e para a cirurgia *ex-vivo* (FIGURA 3), quando o enxerto é preparado para o implante (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; DUARTE *et al.*, 2004; PEREIRA *et al.*, 2004; RAIÁ; MIES, 1988).

FIGURA 3 – Cirurgia *ex-vivo*

Fonte: Foto cedida pelo Grupo de Transplante Hepático do HC-UFMG.

Abordagens cirúrgicas do receptor

Como regra geral, o fígado nativo é explantado (FIGURA 4) e na posição ortotópica é implantado o enxerto (FIGURA 5) (BUSUTTLI; KLINTMALM, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004).

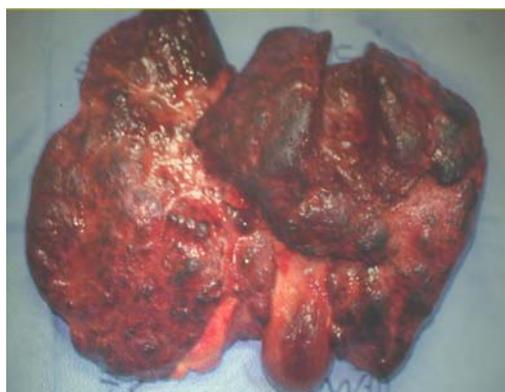


FIGURA 4 – Fígado cirrótico



FIGURA 5 – Enxerto hepático

Fonte: Fotos cedidas pelo Grupo de Transplante Hepático do HC-UFMG.

Os referidos autores afirmam que, devido à escassez de órgãos, técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para expansão do número de doadores em potencial. Para os receptores infantis, por exemplo, a discrepância entre a demanda e a oferta de órgãos é ainda mais crítica. Diante dessa realidade, foram desenvolvidas diferentes técnicas, como a de *split-liver*, quando o fígado de um doador é dividido para dois receptores; e a hepatectomia parcial de um doador vivo, sendo utilizado apenas uma porção do fígado para uma criança ou outro adulto.

Ao ser recebido na sala de cirurgia, o receptor é instalado na mesa de operação, previamente forrada com um colchão térmico, e iniciam-se os procedimentos de monitorização para o trans e pós-operatório imediato. São instalados acessos venosos periféricos e um central, onde é passado um cateter de Swan-ganz. A artéria radial esquerda é cateterizada para medida de pressão intra-

arterial. A cateterização gástrica e a vesical de demora são realizadas, e, também, a monitorização cardíaca e oximetria de pulso. A indução anestésica e a intubação são realizadas e instalada a placa neutra de eletrocautério. Com o objetivo de evitar os riscos de lesão perioperatória de posicionamento e o de desequilíbrio na temperatura corporal, são tomadas medidas de proteção, tais como: acolchoamento e bandagens dos membros, das articulações, aplicação de impermeabilizantes na cabeça, membros e abdome (DUARTE *et al.*, 2004). Cumprida essa etapa inicia-se a incisão abdominal clássica bisubcostal, casualmente com prolongamento até o processo xifóide.

Os tempos cirúrgicos da cirurgia do receptor envolvem a hepatectomia, quando se realiza a ressecção total do fígado nativo e suas ligaduras e as estruturas vasculares são clampadas. A fase anepática vai desde o momento da interrupção do fluxo sanguíneo ao fígado até a revascularização do enxerto e a reperfusão, quando os vasos são religados. A anastomose vascular da veia cava no hospital, campo de estudo, é feita rotineiramente segundo a técnica de Piggy-back (FIGURA 6). Finalmente a via biliar é reconstituída e o novo órgão é irrigado. Ao final do procedimento, dois drenos podem ser posicionados na loja cirúrgica, um supra e outro infra-hepático ligados em um sistema fechado de aspiração positiva (FIGURA 7) (BUSUTTLI; KLINTMALM, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004).

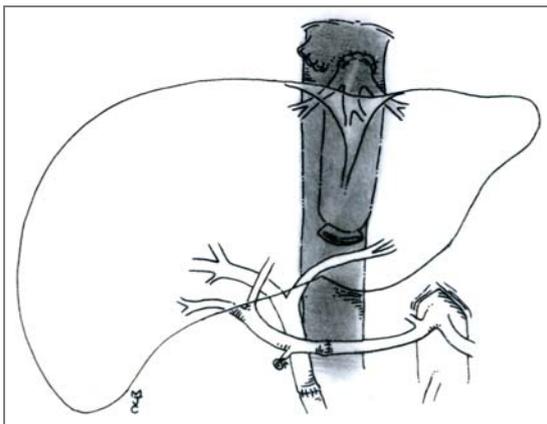


FIGURA 6 - Técnica de Piggy-back
Fonte: SAAD *et al.*, 1998, p. 160.



FIGURA 7 - Receptor de enxerto hepático
com um dreno aspirativo *in situ*
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora.

Pós-operatório

Ao término da cirurgia, o receptor é transferido, rotineiramente, no hospital campo do estudo para o CTI. Após a estabilização hemodinâmica e ventilatória e a constatação de início da função do enxerto, na ausência de complicações cirúrgicas agudas, o paciente obtém alta do CTI e retorna para a UI-Tx. O período de permanência nessa unidade é em torno de duas semanas. O enfoque assistencial multiprofissional, neste período, envolve o ajuste do esquema imunossupressor conforme evolução e resposta de cada paciente. A monitorização dos parâmetros da função hepática, renal, hematológica, bioquímica do sangue e rastreamento de possíveis sinais de infecção é ainda rigorosa. Também é cumprido um plano de fisioterapia motora e respiratória, mediante demanda específica; além do suporte emocional e psicoterápico para o paciente, na adaptação com o novo órgão e o preparo para reestruturação da vida sócio-familiar. Uma satisfatória ingestão de alimentos por via oral; boa evolução na cicatrização dos sítios cirúrgicos; ausência de sinais de rejeição e infecção; perfusão tissular hepática e renal normais

constituem indicativos para a alta hospitalar (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004; RAIÁ; MIES, 1988).

O enfermeiro assistencial deve estar alerta para os diagnósticos e intervenções de enfermagem nesta fase, de modo a alcançar os resultados esperados concernentes ao atendimento das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, com destaque a compreensão do regime terapêutico pós-transplante. A educação em saúde, nesse período, deve ser então enfatizada, com abordagem multidisciplinar. O suporte da família e da comunidade devem ser potencializados e otimizados para o cliente administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas ao seu desafio de saúde (NANDA, 2006).

MATERIAL E MÉTODOS



4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é descritivo, quantitativo, exploratório e retrospectivo. As pesquisas descritivas, segundo Gil (1999), têm como objetivo principal a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis. E as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de um determinado fato. E ainda o estudo exploratório, segundo Triviños (2001), permite ao investigador aumentar sua experiência a respeito de um determinado problema.

Com a finalidade de obter uma maior aproximação com os diagnósticos de enfermagem para descrever da melhor forma suas características definidoras e possibilitar então o delineamento do perfil diagnóstico de enfermagem dos pacientes de transplante hepático, na Unidade de Internação, optamos por esse tipo de estudo, utilizando-se de fontes de dados secundários da própria instituição.

4.2 Local

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Transplantes de um hospital de ensino, de grande porte, da cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais, Brasil. Como citado, esta Unidade foi criada para atender a pacientes para transplante de medula óssea, de fígado e de rim. Em 2002, o serviço passou a atender também à demanda

de pacientes para transplantes de pulmão e, em dezembro de 2005, de pâncreas e, em 2006, os de coração.

O GRÁFICO 1 apresenta o número de transplantes hepáticos já realizados no HC-UFMG, desde o início do programa no ano de 1994 e no ano de dezembro de 2005.

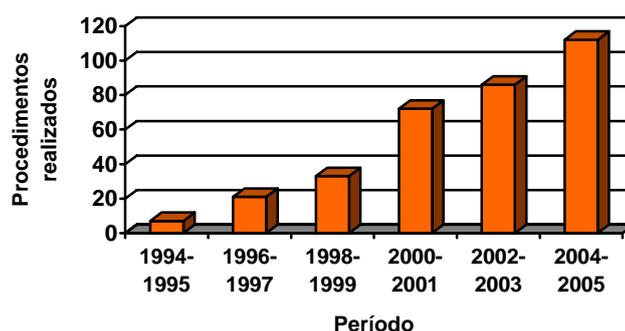


GRÁFICO 1 - Distribuição dos transplantes de fígado por biênio, no HC-UFMG. Belo Horizonte. 1994-2005

Fonte: GRUPO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HC-UFMG (1994-2005)⁹.

Observa-se uma crescente incidência desses transplantes, no hospital campo do estudo. No ano de 2004, foram realizados 63 transplantes e até 30 de março de 2007, já haviam sido realizados um total de 424 transplantes de fígado (GRUPO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HC-UFMG, 1994-2007)⁹.

4.3 População / amostra

Foram utilizados todos os históricos e registros de enfermagem dos 64 pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG, no período de 1º de setembro de 2005 a 30 de setembro de 2006.

⁹ Mensagem recebida por: Agnaldo Soares Lima (agnaldo@gold.com.br). Em 15 Abril 2007.

Considerando os critérios de exclusão: menores de 18 anos (9), pacientes que se submeteram ao retransplante (5) e os que faleceram no CTI (7), a amostra constou de 43 prontuários de pacientes no pós-operatório na Unidade de Transplantes. Para análise dos diagnósticos de enfermagem, a amostra foi constituída dos 35 prontuários dos pacientes que permaneceram até 22 dias na unidade de internação.

4.4 Coleta de dados

Foram utilizados todos os Históricos de Enfermagem e os registros da equipe multiprofissional nos prontuários dos pacientes adultos de transplante hepático, quando eles retornam do CTI para a Unidade de Internação, até a alta.

Os dados compilados foram registrados em um formulário constando itens para identificação do paciente, registros de problemas de enfermagem, identificação dos títulos diagnóstico e fatores relacionados (APÊNDICE B).

Este trabalho contou com a participação de bolsistas que foram treinados e supervisionados na coleta de dados.

4.5 Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados foi feita através da estatística descritiva e os resultados discutidos com base no referencial teórico da literatura específica das Necessidades Humanas e Básicas de Wanda Aguiar Horta (HORTA, 1979) e na classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006). Os resultados foram analisados e apresentados em quadros e tabelas.

Para a confirmação diagnóstica, foram utilizadas estratégias de análise das situações clínicas junto com acadêmicos de enfermagem, docente da EEUFMG, enfermeiros da UI-Tx e do Grupo de Transplante Hepático, além de contar com a ampla vivência clínico-assistencial da orientadora.

4.6 Aspectos ético-legais

A ética perpassa todas as esferas da existência humana. Na medida em que se avança no desenvolvimento humano, novas questões ético-legais surgem. Por isto está havendo um crescente interesse em compreender melhor essas questões e a influência que exercem na práxis.

Na área da saúde, com a sofisticação tecnológica, pode-se prolongar a vida. Vivendo em um país em desenvolvimento, os dilemas e controvérsias são ainda mais sérios, envolvendo novas tecnologias, demanda de cuidados da população, recursos disponíveis e priorização de investimentos. Os avanços tecnológicos que prolongam a vida por meio do transplante de um órgão ou tecido, por exemplo, podem melhorar a qualidade de vida de uns e aumentar o sofrimento de outros sob um elevado custo.

Existem algumas teorias gerais clássicas da ética que se aplicam ao campo da enfermagem, como por exemplo, a utilitária, que se baseia em proporcionar o bem maior para o maior número e a deontológica que leva o profissional a basear suas ações no princípio moral primário (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

A autonomia, a beneficência, a confiança, o efeito duplo (equilíbrio entre o bem e o mau), fidelidade, justiça, não-maleficência, paternalismo, respeito pelas pessoas, veracidade e a vida como o bem maior são princípios éticos comuns

aplicáveis à enfermagem, que estão previstos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN nº 240/2000, que foram respeitados em toda a trajetória desta pesquisa (COFEN, 2000).

Com a expansão da atividade de transplantes no Brasil e no mundo, existem vários aspectos ético-legais sendo discutidos, especialmente os que envolvem a doação de órgãos e tecidos. O Ministério da Saúde regulamentou esta prática em todo o Brasil, com documentos específicos em cujas prerrogativas são organizados todos os serviços de transplantes inclusive o do hospital, campo do estudo. São elas: Lei dos Transplantes nº 10.211 de 23 de março de 2001 que altera os dispositivos da Lei nº 9.434/1997 que trata da Remoção de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano para fins de Transplante e Tratamento e a Regulamentação da lei nº 9.434/1997 pelo Decreto nº 2.268 de 30 junho de 1997 (BRASIL, 1997a, b, 2001). Para fins desta pesquisa foram observados também os princípios que regem as pesquisas que envolvem seres humanos previstos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Este trabalho foi aprovado pela Câmara Departamental da Escola de Enfermagem da UFMG (ANEXO A), Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (ANEXO B), Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HC-UFMG (ANEXO C) e Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO D), garantindo o aspecto confidencial das informações relativas ao paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendendo aos objetivos do estudo, os resultados estão apresentados e discutidos na seguinte ordem:

- a) características demográficas;
- b) características epidemiológicas;
- c) diagnósticos de enfermagem.

5.1 Características demográficas

O estudo foi desenvolvido, utilizando-se de dados dos prontuários de 43 pacientes em pós-operatório de transplante hepático. A distribuição dos pacientes, de acordo com as variáveis demográficas, está apresentada na FIGURA 8.

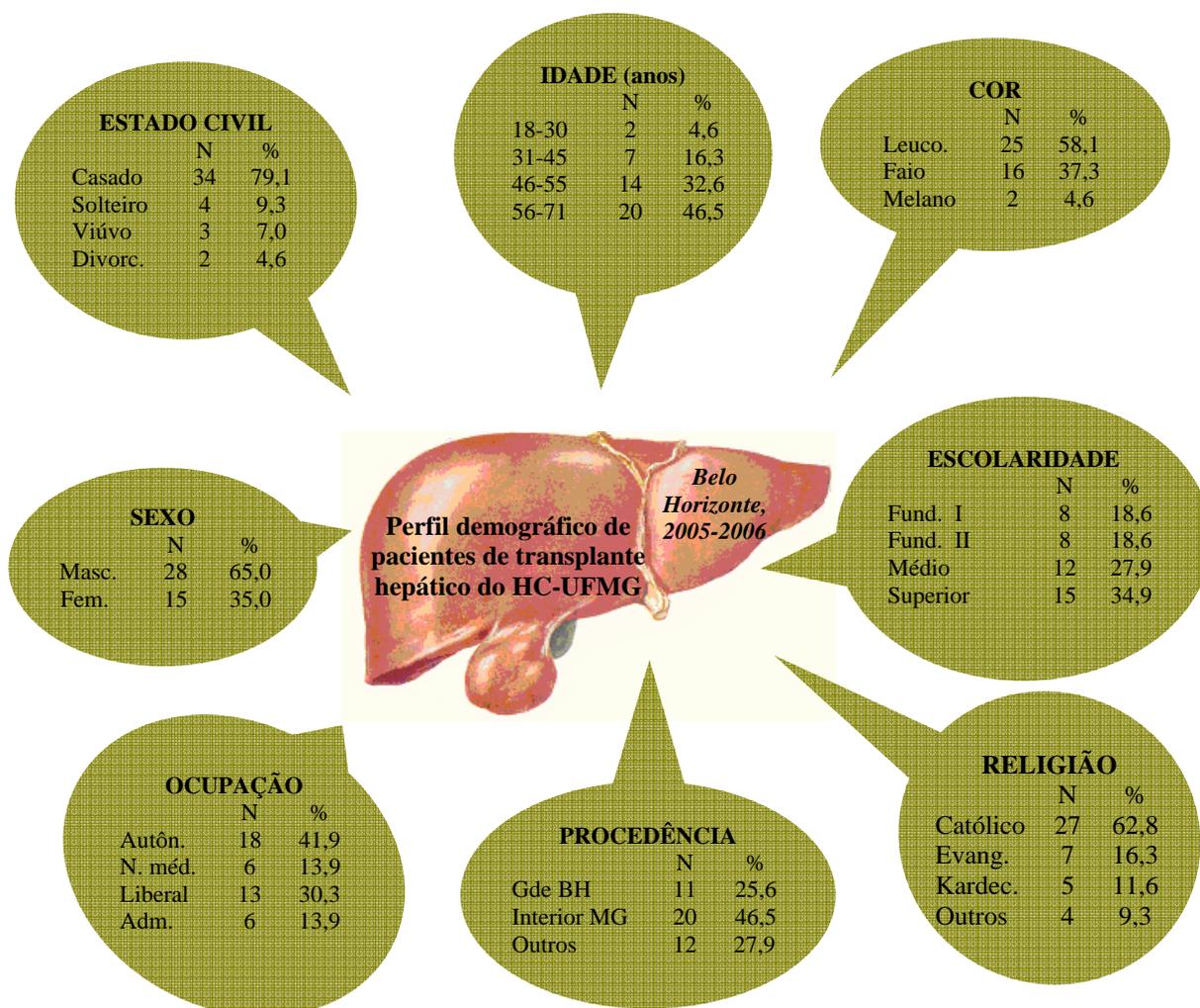


FIGURA 8 – Distribuição de pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG, segundo características demográficas. Belo Horizonte. 2005-2006
Fonte: Prontuários dos pacientes pesquisados.

Quanto à idade, os pacientes submetidos ao transplante hepático, no período estudado, tinham entre 18 e 71 anos. A média de idade foi de 52 anos. A maioria

deles (79,1%) tinha acima de 46 anos.

No Brasil, em 2006, foram realizados 1025 transplantes de fígado e dentre eles 506 (49,4%) tinham acima de 41 anos e 133 (13,0%) tinham mais de 61 anos (RBT, 2006).

Alguns autores afirmam que a idade, por si só, não deve ser uma contra-indicação para o transplante e que os resultados do procedimento estão diretamente relacionados ao estado clínico geral do paciente na época da realização do mesmo. Um paciente adulto, portador de cirrose, terá 80,0% de chance de sobrevida em 5 anos de transplante, sendo que, entre os maiores de 65 anos, este índice é substancialmente menor (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

Sanfey (2005) afirma que o gênero do doador e do receptor afeta a sobrevivência do enxerto e do paciente após o transplante. Sugere ainda que os protocolos clínicos devam prever as doenças específicas do gênero, as diferenças hormonais e imunológicas, com o objetivo de melhorar os resultados do transplante. Neste estudo, a maioria dos pacientes (65,1%) era do sexo masculino.

Estudos comprovam uma relação da raça com doenças do fígado. Autores afirmam que a hemocromatose ocorre mais na raça branca e o CHC acomete mais os africanos e asiáticos. E quanto às cirroses virais, a etnia é considerada irrelevante (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004). Pysopoulos e Jeffers (2005), no entanto, descreveram uma maior prevalência de infecções por hepatite C em afro-americanos comparados com caucasianos e hispanos. Na população estudada, foram encontrados 58,1% dos pacientes leucodermas, embora não tenha sido objetivo deste estudo relacionar a raça dos pacientes com as doenças de base.

Na população estudada, houve uma maior prevalência de pessoas casadas. Do ponto de vista epidemiológico, o estado civil não é relevante para o estudo das doenças de base que indicam o transplante hepático. Entretanto, visualizando a família como unidade de cuidado, o conhecimento sobre a estrutura e forma de organização desta família é fundamental. Estudiosos são enfáticos ao dizer que a família é uma das forças que o paciente possui e esta se organiza para o enfrentamento de seus desafios de saúde (ELSEN, 2002; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A estrutura sócio-familiar é comumente apontada na literatura específica do transplante, como um dos itens que compõe o protocolo de avaliação do candidato, pois a adequação da mesma é um dos indicadores de sucesso do procedimento a longo prazo (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; KUNDER, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004; RAIA; MIES, 1988).

Na população estudada, 34,9% têm o nível superior de escolaridade, seguida pelo nível médio. Considerando o Censo do ano de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), os níveis de escolaridade da população estudada é uma pirâmide inversa ao da população geral do estado de Minas Gerais. Neste, o Ensino Fundamental I e II são predominantes, seguidos pelo médio e superior.

Dentre os 43 pacientes estudados, a maioria (18 - 41,9%) exercia atividade autônoma de nível elementar - atividade que não exige formação técnica e é exercida sem vínculo empregatício formal. Esse achado parece discrepante daquele encontrado em relação ao nível de escolaridade do grupo estudado. Foi observado, porém, pacientes do sexo feminino que tinham o 3º grau completo e exerciam, essencialmente, atividades do lar.

O segundo maior percentual (30,2%) era de profissionais liberais seguidos pelos que ocupavam função administrativa. A ocupação deve ser incluída na anamnese de pacientes com disfunção hepática. Devem-se investigar os trabalhadores em áreas endêmicas para determinados vírus; a exposição ocupacional a agentes hepatotóxicos, como o solvente 2-nitropropano, que pode causar a hepatite fulminante, classificada como uma das urgências para o transplante hepático (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

Os mesmos autores caracterizaram algumas profissões de risco que foram identificadas na população em estudo: manicure e profissional da saúde. Pelo tamanho da amostra e a limitação desse estudo, uma análise da correlação entre as doenças de base que indicavam o transplante e a ocupação dos pacientes não é aplicável.

Quanto à procedência, a maioria dos pacientes (46,5%) era do interior do estado de Minas Gerais. Os demais procedem da Grande Belo Horizonte e de outros estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco e Distrito Federal).

A política do Sistema Nacional de Transplantes preconiza que cada Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) deve atender, prioritariamente, à região demográfica pré-estabelecida. O paciente, entretanto, tem a liberdade de se inscrever em qualquer centro de transplante que desejar, não sendo permitida a inserção simultânea em dois ou mais centros. Segundo o RBT (2006), a demanda de órgãos para transplante é muito superior ao real número de órgãos captados e transplantes realizados, como é a realidade também da Europa e dos EUA (GARCIA *et al.*, 2006; SAAB; BUSUTTI, 2003; SANFEY, 2005). Em regiões mais populosas como São Paulo e Rio de Janeiro, a lista de espera aumenta

a cada ano e o potencial para transplante cresce em menor proporção. Desta forma, o MG - Transplantes tem sido alvo de pacientes desses estados mais populosos, com vistas à antecipação do procedimento, uma vez que a lista de espera para um enxerto hepático, do estado de Minas Gerais é bem menor, comparando às de São Paulo e Rio de Janeiro (RBT, 2006). Outro agravante, em relação a este tipo de transplante, é que alguns estados brasileiros ainda não possuem hospitais credenciados para realizar o procedimento, ou o serviço ainda é incipiente. Isto também justifica a saída de pacientes desses estados para outros, com maior tempo de implantação do programa.

No que se refere à religião, as categorias identificadas coincidiram com as principais incidentes na população brasileira, conforme o Censo do IBGE (2000). Entre os pacientes estudados, a maioria (27 - 62,7%) era católica, coerente com a realidade da população brasileira. Na categoria Outros, foram englobados os “budistas” e os “sem religião”. A informação sobre a religião de uma família ajuda ao enfermeiro que cuida da mesma, a conhecer o sistema de valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam as ações da mesma, inclusive com relação à promoção da saúde de seus membros (ELSEN, 2002).

5.2 Características epidemiológicas

Para o perfil epidemiológico dos pacientes pesquisados foram utilizadas as seguintes categorias: doenças de base que indicaram o transplante; as comorbidades; o grupo sanguíneo: A, B, O, AB; o tempo de internação hospitalar no pós-operatório.

As doenças de base que indicaram o transplante dos pacientes estão apresentadas na TABELA 1.

TABELA 1

Distribuição dos pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG, segundo a doença de base. Belo Horizonte. 2005-2006

DOENÇAS DE BASE	N	%
Cirrose vírus C	8	18,6
Cirrose vírus C e Hepatocarcinoma	8	18,6
Cirrose criptogênica	7	16,3
Cirrose etanólica	5	11,6
Cirrose auto-imune	3	7,0
Cirrose biliar primária	3	7,0
Cirrose etanólica + vírus C	3	7,0
Cirrose medicamentosa	1	2,3
Glicogenose tipo I	1	2,3
Colangiopatia auto-imune	1	2,3
Hemocromatose	1	2,3
Colangite esclerosante primária	1	2,3
Metástase hepática Tu carcinóide	1	2,3
Total	43	100,0

Fonte: Prontuários dos pacientes pesquisados.

Cirroses de diferentes etiologias constituíram a maioria (39 - 90,7%) das entidades mórbidas que indicaram o transplante hepático. Fato este que é corroborado por outros estudos (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; CASTRO; COELHO, 2004; RAIÁ; MIES, 1988; SHERLOCK; DOOLEY, 2004). Entre os

pacientes houve uma prevalência da infecção pelo vírus C (24 - 61,5%). Dentre estes 19 (44,2%) eram do sexo masculino, condizente com a literatura. A UNOS registrou em 2002 que 44,0% dos receptores de transplante hepático eram portadores do vírus C e essa infecção ainda é a responsável pela maior indicação ao procedimento (WALL; KHAKHAR, 2003).

Outros tipos de cirrose foram identificados segundo a etiologia, quais sejam: etanólica, auto-imune, biliar primária, medicamentosa e criptogênica (causa indeterminada). Existe uma vasta literatura que versa sobre as hepatopatias que causam cirrose. Embora sejam de diferentes causas, o quadro clínico e suas complicações são similares. Um diagnóstico preciso quanto à etiologia é fundamental, pois influi na escolha do tratamento, previsão do prognóstico e os resultados do transplante.

Dada a prevalência do vírus C e B no hepatopata crônico, a realização do exame sorológico é importante para afastar a hipótese de infecção por estes vírus. O índice de recidiva da infecção pós-transplante está em torno de 80,0%, com caráter mais benigno do que em relação às infecções pelos outros vírus. Um estudo realizado no HC-UFMG, por Menezes (2006) identificou o índice de recidiva de infecção pelo Vírus C de 50,0%, nos pacientes biopsiados, com mais de 12 meses após o transplante.

Outra doença de base encontrada nesta população, com elevada incidência (8 - 18,6%), foi a cirrose etanólica. Dentre as doenças hepáticas, é a principal causa de morbimortalidade (CASTRO; COELHO, 2004). A lesão hepática etanólica está diretamente relacionada ao volume e tempo de consumo do álcool, mas não tem relação com o tipo de bebida, e, sim, com seu teor alcoólico. Estudos mostram que cerca de 20,0% dos portadores de cirrose etanólica consumiram cerca de 160g/dia

por 8 a 10 anos de algum tipo de bebida alcoólica (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

A Hepatite auto-imune é descrita como uma doença crônica de origem desconhecida que destrói progressivamente o parênquima hepático. Acomete predominantemente as mulheres de todas as idades, com maior incidência naquelas de cor branca e amarela, pois há uma associação dupla com 2 tipos de HLA (CASTRO; COELHO, 2004). Somente nos casos em que o paciente não responde ao tratamento clínico da hepatite e evolui para uma cirrose avançada, o transplante hepático está indicado.

A cirrose biliar primária é descrita na literatura como de causa desconhecida e caracterizada pela destruição progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004). A sintomatologia clássica dessa entidade mórbida se manifesta majoritariamente em mulheres, com prurido generalizado e icterícia, que podem ser precipitados em período gravídico, pelo uso de antibióticos ou anticoncepcionais orais.

O emagrecimento, a fadiga, os xantomas e xantelasmas podem ocorrer tardiamente. Hemorragia digestiva, ascite, artralguas são manifestações da fase mais avançada da doença. A literatura afirma, entretanto, que cerca de 15,0% dos pacientes são assintomáticos e sobrevivem por 10 anos. A indicação de transplante, segundo alguns autores, não deve ser adiada para a fase final da doença. A sobrevida em 1 ano, após o procedimento, é de cerca de 85,0% (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; CASTRO; COELHO, 2004; PEREIRA *et al.*, 2004; RAIÁ; MIES, 1988; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

A cirrose biliar primária conduz à falência hepática e a uma qualidade de vida inaceitável. Neste estágio a opção terapêutica remanescente é a substituição do

órgão. Segundo dados da UNOS, 8,0% dos pacientes transplantados de fígado tiveram como indicação do transplante a cirrose biliar primária (NEUBERGER, 2003), que é semelhante ao encontrado neste estudo (7,0%).

Diversas drogas podem ser hepatotóxicas dependendo da interação entre absorção, fatores ambientais e genéticos, podendo evoluir para uma cirrose medicamentosa (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004). Na população estudada, foi identificado um paciente com essa entidade mórbida causada pelo uso de metotrexato para tratamento de Psoríase por mais de 12 anos. Sherlock e Dooley (2004) afirmam que um metabólito tóxico do metotrexato microsossomal causa a fibrose e, conseqüentemente, a cirrose. Segundo os mesmos autores, até 15 mg da substância por semana parece não configurar risco de desenvolver a doença. O transplante hepático está indicado para os casos mais graves (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005; CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

O CHC está entre 80,0 a 90,0% dos cânceres hepáticos primários. E oitenta e nove por cento dos pacientes com a doença possuem algum tipo de cirrose viral ou alcoólica. Na América do Sul, de dois a cinco, em cada 100000 habitantes, são portadores de CHC. Clinicamente os pacientes se apresentam com massa palpável no fígado, com dor abdominal e piora do estado geral daqueles que são também portadores de sinais clássicos de disfunção hepática crônica, tais como: ascite, icterícia e esplenomegalia. O transplante está indicado para pacientes com tumor único menor ou igual a 5 cm de diâmetro, ou com até 3 nódulos de 3 cm cada. Em dois anos a sobrevida é de 50,0% e a das condições não-malignas é de cerca de 80,0% (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

Na população estudada, uma paciente (2,3%) era portadora de metástase hepática de um tumor carcinóide, sendo o foco primário o cólon. Sherlock e Dooley (2004) relatam que metade dos cânceres originados do estômago, mama, pulmões e cólon possuem tropismo para o fígado. A metástase hepática de um tumor carcinóide também surge na literatura como boa indicação ao transplante de fígado. A sobrevivência, em cinco anos para pacientes com esta condição clínica que se submetem ao transplante hepático, é de 69,0% (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005).

Com relação à colangiopatia auto-imune, caracteriza-se como uma variação da cirrose biliar primária, sem os marcadores sorológicos mais importantes que são o anticorpo antimitocôndria e antigênicos. Essa doença se insere dentre as colestáticas, que indicam o transplante hepático (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

A glicogenose tipo 1 é descrita por McDiarmid (2005) como uma alteração autossômica recessiva causada pela deficiência de glicose 6-fosfatase. As principais manifestações clínicas são hepatomegalia, hipoglicemia, associada à convulsão, acidose láctica e distúrbio no crescimento. Diante desses riscos, o transplante hepático é bem indicado, com relatos na literatura de normalização do metabolismo, recuperação do ritmo de crescimento e melhora da qualidade de vida (FERRAZ *et al.*, 2003).

A hemocromatose é uma condição clínica caracterizada pela alta concentração do ferro hepático, podendo ser de causa hereditária ou adquirida. A doença é referida como de acometimento raro e constitui também uma das indicações incomuns ao transplante. Manifesta-se mais em indivíduos da raça branca, do sexo masculino. É uma doença sistêmica que ataca vários órgãos

podendo causar alterações endócrinas, cardíacas e na cor da pele (SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

No fígado, o depósito aumentado de ferro nos hepatócitos, nas células de Kupffer e dos ductos biliares altera a síntese do colágeno, provocando desenvolvimento de fibrose e conseqüentemente a cirrose, numa fase mais avançada da doença (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

Não só o conhecimento das doenças de base, mas também os das comorbidades apresentadas pelo paciente, são fundamentais para o enfermeiro clínico de transplantes para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e estabelecimento das intervenções. As comorbidades mais incidentes na população estudada, identificadas no pré-transplante foram Hipertensão Arterial (23,3%), Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (20,9%), Esquistossomose (9,3%), Trombose Portal Parcial (4,7%) e Asma Brônquica (4,7%).

A incompatibilidade ABO doador-receptor de transplante hepático é responsável por uma pior sobrevida, principalmente em pacientes adultos, não sendo recomendado o transplante entre indivíduos hetero grupos. Dessa forma, um dos critérios de inclusão do candidato em lista de espera é a classificação do grupo sanguíneo (GARCIA *et al.*, 2006).

Dentre os 43 pacientes estudados, a maior demanda de enxertos para transplantes foi de doadores do grupo A (24 - 55,8%), seguidos pelos do grupo O (11 - 25,6%), do grupo B (6 - 13,9%) e sendo apenas 2 do grupo AB (4,6%), conforme demonstrado no GRÁFICO 2.

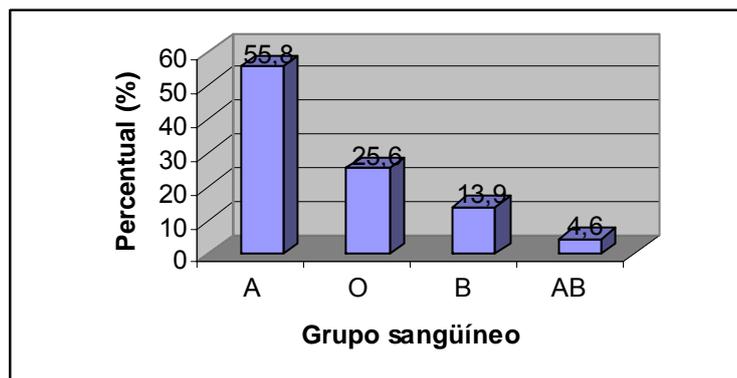


GRÁFICO 2 - Distribuição dos grupos sanguíneos ABO entre os pacientes transplantados de fígado.

Belo Horizonte. 2005-2006

Fonte: Prontuários dos pacientes pesquisados.

Quanto ao tempo de hospitalização dos pacientes no pós-operatório de transplante de fígado, foi considerada a permanência na Terapia Intensiva e na Unidade de Internação até a alta hospitalar. Os dados estão apresentados na TABELA 2.

TABELA 2

Tempo de hospitalização dos pacientes no pós-transplante hepático no HC-UFMG. Belo Horizonte. 2005-2006

Tempo no CTI (dias)	N	%	Tempo na UI-Tx (dias)	N	%	DPO/alta	N	%
1 - 3	29	67,4	1-8	16	37,2	6 - 12	17	39,5
4 - 7	8	18,6	9-15	15	34,9	13 - 19	11	25,6
8 - 11	1	2,3	16-22	4	9,3	20 - 26	4	9,3
12 - 15	2	4,7	23-29	6	13,9	27 - 33	7	16,3
≥ 16	3	7,0	≥ 30	2	4,7	≥ 34	4	9,3
Total	43	100,0	..	43	100,0	..	43	100,0

Fonte: Prontuários dos pacientes pesquisados.

A alta hospitalar mais precoce ocorreu no 6° e a mais tardia, no 202° dia pós-operatório (DPO) de transplante. Excluindo a paciente que teve um período de

hospitalização total pós-transplante de 202 dias, a média geral de tempo de hospitalização foi de 17,6 e a mediana foi de 15 dias. Esse resultado está de acordo com outros centros de transplante, a exemplo de Pittsburgh, nos EUA, onde o paciente tem um período variável de internação, obtendo alta por volta da segunda ou terceira semana pós-transplante (BUSUTTIL; KLINTMALM, 2005).

No Hospital da Escola de Medicina da Universidade do Colorado, 40,0% dos pacientes são encaminhados diretamente para a unidade de internação, sem passar pelo CTI conforme critérios de avaliação pré-estabelecidos durante o trans-operatório. Esses têm alta hospitalar em 7 a 12 dias pós-transplante. Os demais pacientes, naquele serviço, são enviados do centro cirúrgico para o CTI e a média de permanência na terapia intensiva é de 1 a 7 dias (EVERSON; KAM, 2001).

No HC-UFMG, campo deste estudo, todos os pacientes são encaminhados no pós-operatório imediato à Unidade de Terapia Intensiva com média de permanência de 4,3 dias e mediana de 2.

No Brasil, Mies *et al.* (2005) realizaram estudos após a implantação do critério MELD para a gravidade dos pacientes e evolução pós-transplante. Dentre as principais conclusões destacam-se as seguintes: quanto maior o escore MELD de gravidade maior é o número de complicações pós-transplante e, conseqüentemente, maior é o tempo de permanência no CTI e o tempo total de hospitalização. Para os pacientes com MELD entre 6-14, o período de hospitalização foi 14,1 dias, a mediana e entre os escores 25-34 foi de 22,3 dias.

Na população pesquisada, a média geral de permanência na unidade de internação foi de 13 dias aproximadamente, e a mediana de 10. Estes resultados foram obtidos com exclusão da paciente que permaneceu 188 dias na UI-Tx. A maioria absoluta 35 (81,4%) dos pacientes pesquisados permaneceu até 22 dias.

Pela representatividade desse grupo de pacientes optamos por analisar os diagnósticos de enfermagem do mesmo, para traçar o perfil diagnóstico de enfermagem da população estudada.

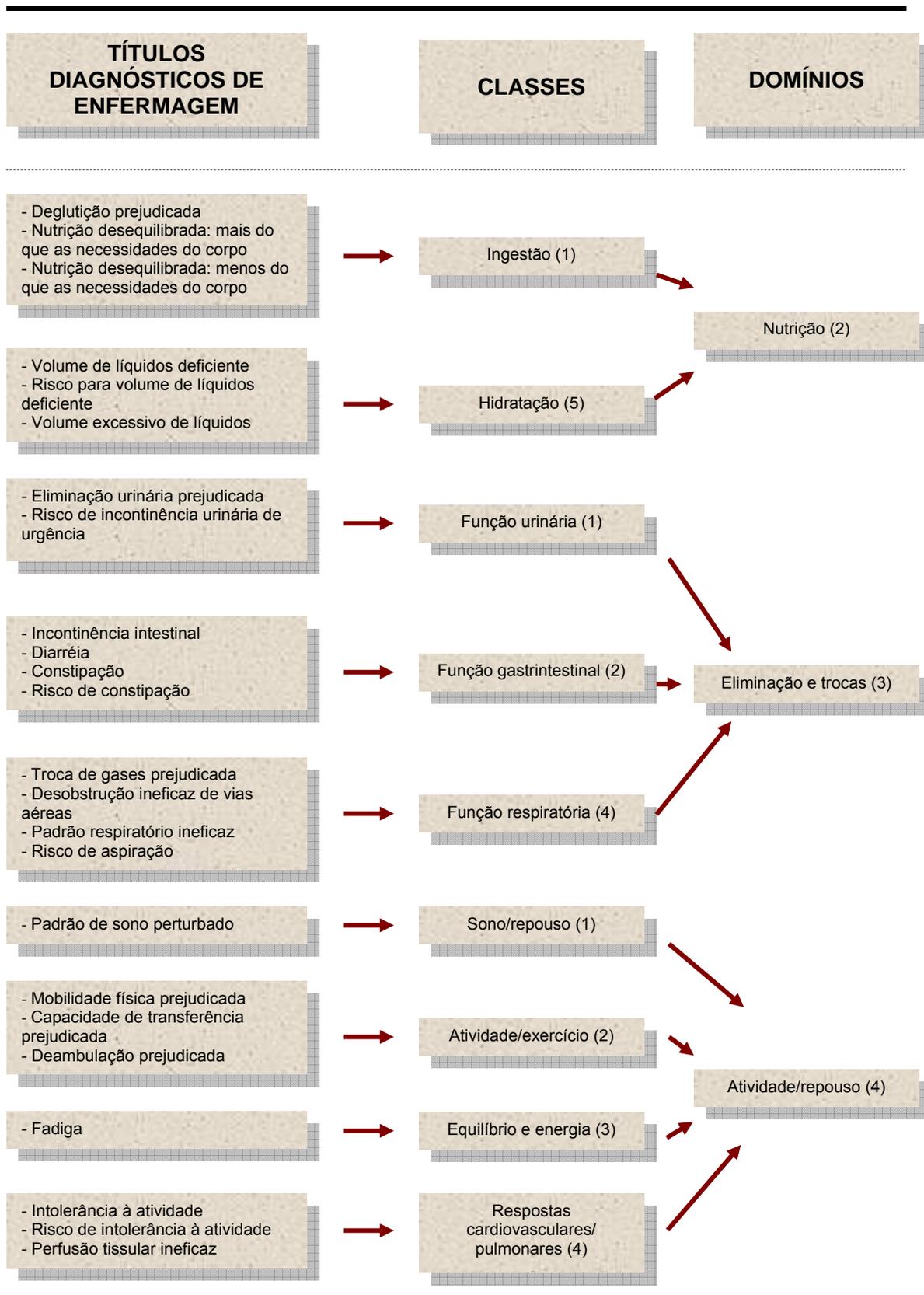
5.3 Diagnósticos de enfermagem

Na população estudada foram identificados 55 diagnósticos de enfermagem, 23 classes e 10 domínios, que estão agrupados no QUADRO 2, de acordo com a taxonomia II da NANDA (2006).

QUADRO 2

Títulos diagnósticos de enfermagem de pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG agrupados conforme suas classes e seus domínios de acordo com a taxonomia II da NANDA

(Continua)

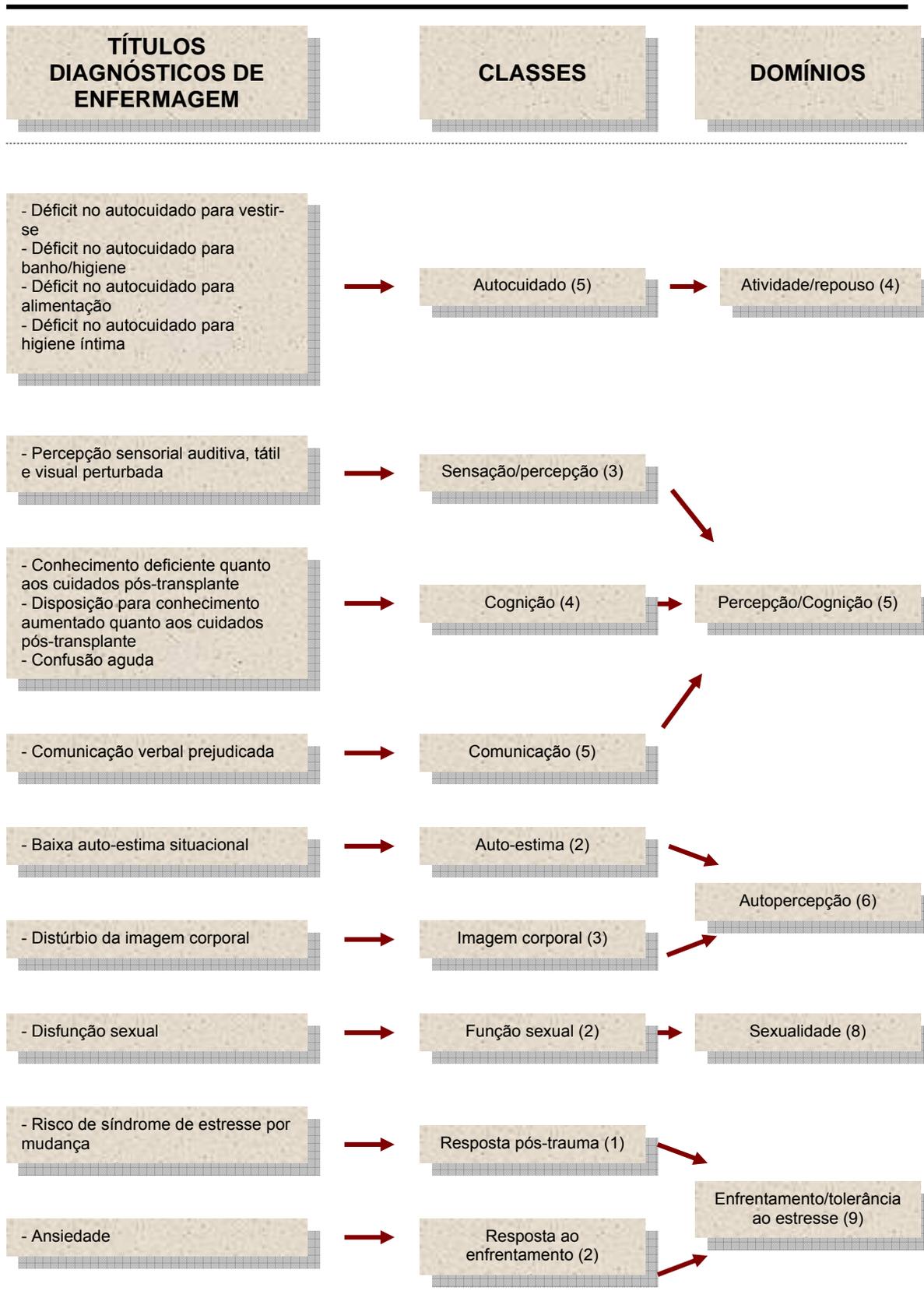


Nota: os números entre parênteses referem-se ao número da classe ou do domínio conforme Taxonomia II NANDA (2006).

QUADRO 2

Títulos diagnósticos de enfermagem de pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG agrupados conforme suas classes e seus domínios de acordo com a taxonomia II da NANDA

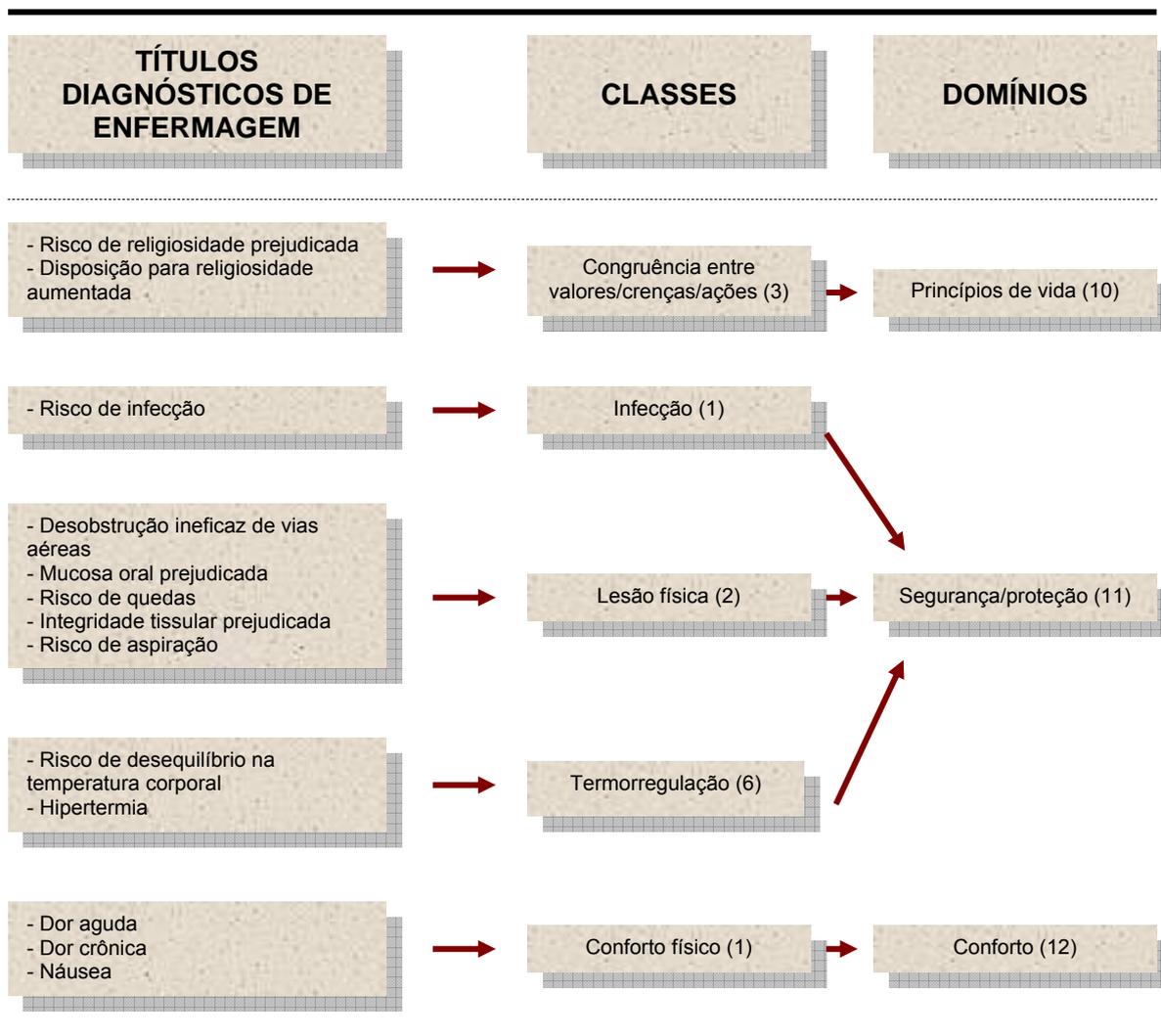
(Continua)



QUADRO 2

Títulos diagnósticos de enfermagem de pacientes transplantados de fígado no HC-UFMG agrupados conforme suas classes e seus domínios de acordo com a taxonomia II da NANDA

(Conclusão)



Fonte: NANDA, 2006, p. 262-270.

Nos seguintes domínios e classes, inseridos na estrutura da taxonomia II da NANDA, não foram identificados registros que caracterizassem algum diagnóstico de enfermagem, na população pesquisada: Domínio 2 - Nutrição; Classe 2 - Digestão; Classe 3 - Absorção; Classe 4 - Metabolismo. Domínio 7 - Relacionamentos de papéis; Classe 1 - Papéis do cuidador; Classe 2 - Relações familiares; Classe 3 - Desempenho de papel. Domínio 13 - Crescimento e Desenvolvimento. Para os

mesmos justificam-se alguns comentários.

Com relação ao Domínio Nutrição, ainda não há diagnósticos aprovados pelo comitê da NANDA, referentes às Classes 2 - Digestão, 3 - Absorção e 4 - Metabolismo. Especificamente, os pacientes cujo fígado, órgão vital relacionado a esses três processos fisiológicos, é um enxerto recém-implantado, pode-se apresentar com inadequação de função. Esse seria, pelo menos, um problema colaborativo de enfermagem¹⁰ ou fator de risco para diagnósticos de enfermagem relacionados à nutrição desses pacientes.

Com relação ao Domínio 13, referente ao crescimento e desenvolvimento com suas respectivas classes, não foram identificados na população estudada por ser esta constituída apenas de adultos. A indicação, entretanto, do transplante hepático para crianças e adolescentes está claramente definida, principalmente em casos de atresia de vias biliares e os erros inatos do metabolismo (CASTRO; COELHO, 2004; McDIARMID, 2005). Num estudo envolvendo indivíduos de faixas etárias menores, submetidos ao mesmo procedimento terapêutico, poder-se-ia identificar déficits na capacidade de desempenhar tarefas de sua faixa etária e crescimento prejudicado (NANDA, 2006).

E ainda podemos inferir que as classes e os domínios diagnósticos estruturados na taxonomia II da NANDA que não foram identificados na clientela pesquisada, não se aplicam à mesma ou não foram encontrados registros dos problemas de enfermagem referentes a ela.

O histórico de enfermagem, implementado no campo de estudo, foi baseado na teoria de enfermagem das NHB de Wanda de Aguiar Horta (1979), que, para a

¹⁰ Carpenito-Moyet (2005) define problemas colaborativos como complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para detectar o estabelecimento ou a modificação subsequente no estado do paciente.

aplicação na prática de enfermagem, as classifica em psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais. Na TABELA 3 estão apresentadas as incidências de títulos diagnósticos conforme a classificação da NANDA (2006), correlacionando-as às NHB afetadas.

TABELA 3

Incidência dos títulos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA, de acordo com as NHB afetadas de Horta. Belo Horizonte. 2005-2006

	NHB afetadas / Horta	Incidência dos Títulos Diagnósticos / NANDA	%	
<i>Psicobiológicas</i>	Oxigenação	9	16,4	
	Eliminação	6	10,9	
	Nutrição	5	8,1	
	Cuidado corporal	3	5,5	
	Hidratação	3	5,5	
	Locomoção	3	5,5	
	Exercício e Atividades físicas	3	5,5	
	Integridade cutâneo-mucosa	2	3,7	
	Regulação térmica	2	3,7	
	Percepção dolorosa	2	3,7	
	Regulação imunológica	1	1,9	
	Percepção visual	1	1,9	
	Percepção tátil	1	1,9	
	Percepção auditiva	1	1,9	
	Segurança física	1	1,9	
	Sono e Repouso	1	1,9	
	Ambiente	1	1,9	
	Sexualidade	1	1,9	
		Sub-total	46	83,6
<i>Psicossociais</i>	Aprendizagem / Educação à saúde	2	3,7	
	Segurança emocional	1	1,9	
	Comunicação	1	1,9	
	Orientação no tempo e espaço	1	1,9	
	Auto-imagem	1	1,9	
	Auto-estima	1	1,9	
		Subtotal	7	12,7
<i>Psicoespiritual</i>	Religiosa	2	3,7	
		Subtotal	2	3,7
		Total Geral	55	100,0

Fonte: Prontuários dos pacientes pesquisados.

Utilizando a classificação da referida autora, observamos que 83,6% eram de necessidades psicobiológicas, 12,7%, psicossociais e 3,7%, psicoespirituais.

Ficou evidenciado que no pós-operatório, na unidade de internação, as necessidades psicobiológicas estão mais afetadas ou, pelo menos, mais registradas. Isso acontece geralmente na experiência do serviço até o 3º ou 4º dia após a saída do CTI, período de convalescença em que se incidiu a maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados. Com a evolução favorável do estado geral, o paciente passa a demandar maior atenção às suas necessidade psicossociais. Essas emergem ao se aproximar o momento da alta hospitalar, quando surge o receio da separação da equipe de saúde, da instituição que realizou o transplante, o que resulta em ansiedade devido ao sentimento de impotência quanto ao autocuidado. Diante disso, o paciente e família expressam a necessidade de aprendizagem quanto aos cuidados pós-transplante.

Com o objetivo de traçar o perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório de transplante hepático, na Unidade de Internação do HC-UFMG, de setembro de 2005 a setembro de 2006, na TABELA 4, estão apresentados todos os 55 diagnósticos identificados com suas características definidoras e fatores relacionados, conforme Taxonomia II da NANDA.

TABELA 4
 Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado,
 segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Oxigenação	Troca de gases prejudicada	5	14,3	Alteração do padrão respiratório, gasometria alterada + Taquicardia, agitação / confusão, irritabilidade	5	100,0	desequilíbrio da ventilação / perfusão	5	100,0
		Desobstrução ineficaz de vias aéreas	4	11,4	Alteração do padrão respiratório, tosse / expectoração ineficaz, murmúrios vesiculares ↓, agitação + Vocalização prejudicada	4	100,0	espasmo de vias aéreas, secreções / mucos retidos, infecção	4	100,0
		Padrão respiratório ineficaz	12	34,3	FR ≥ 24 irpm, alteração de padrão respiratório	12	100,0	dor, fadiga	12	100,0
								+ lesão no musculo-esquelético	10	83,3
								+ lesão na percepção / cognição, ansiedade	8	66,7
+ hipoventilação	6	50,0								
Risco de aspiração	1	2,8	..	..	..	..	alimentação / medicação por sonda, resíduo gástrico ↑, esfíncter esofágico inferior ↓; motilidade gastrointestinal ↓.	1	100,0	

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%	
Necessidades Psicobiológicas	Oxigenação	Perfusão tissular ineficaz	Periférica	32	91,4	Edema, sinal de Homan positivo	32	100,0	hipertensão portal devido à doença de base (cirrose) + hipoventilação + concentração diminuída de hemoglobina no sangue + hipervolemia	32	100,0
						Características da pele alteradas	30	93,7			
			Renal	19	54,3	Pressão sangüínea alterada, elevação nas taxas de uréia / creatinina	19	100,0			
						+ Oligúria	3	15,8			
			Cardiopulmonar	14	40,0	Dispnéia, freqüência respiratória fora dos parâmetros aceitáveis	14	100,0			
						+ Gases sangüíneos arteriais anormais, broncoespasmo	11	78,6			
			Gastrointestinal	9	25,7	Sons gastrointestinais ↓, dor / sensibilidade / distensão abdominal	9	100,0			
						+ Náusea	5	55,5			
			Cerebral	10	28,6	Confusão, delírio	10	100,0			
						+ Fraqueza de extremidades	8	80,0			
						+ Alteração na resposta motora e de comportamento	6	60,0			

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = freqüência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4
 Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado,
 segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Regulação térmica	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	29	82,9	..	..	..	taxa metabólica alterada, doença afetando a regulação da temperatura, medicações que causam vasodilatação / vasoconstrição	29	100,0
								+ inatividade	28	96,5
								+ desidratação	27	93,1
	Regulação térmica	Hipertermia	6	17,1	Aumento da temperatura, calor ao toque, taquicardia, taquipnéia	6	100,0	desidratação, infecção	6	100,0
	Regulação imunológica	Risco de infecção	35	100,0	..	..	..	procedimentos invasivos destruição de tecidos e exposição a patógenos aumentada imunossupressão doença de base crônica (cirrose) defesas primárias e secundárias inadequadas	35	100,0
	Segurança física	Risco de quedas	18	51,4	..	..	..	mobilidade física prejudicada, ambiente com móveis e objetos em excesso, uso de ansiolíticos, tranquilizantes, diuréticos, anti-hipertensivos	18	100,0
+ alteração sensório-motora, insônia								17	94,4	
+ urgência, incontinência das eliminações								14	77,8	

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%	
Necessidades Psicobiológicas	Integridade cutâneo-mucosa	Integridade tissular prejudicada	35	100,0	Tecido lesado	35	100,0	procedimento cirúrgico, pressão	35	100,0	
								+ mobilidade física prejudicada	31	88,6	
								+ déficit ou excesso de líquidos	29	82,8	
								+ déficit ou excesso nutricional	25	71,4	
									+ circulação alterada	24	68,6
		Mucosa oral prejudicada	10	28,6	Presença de fungos, descamação e língua saburrosa	10	100,0	trauma pelo tubo orotraqueal no transoperatório e CTI, imunossupressão, jejum prolongado		10	100,0
+ Lesão na mucosa	9								90,0		
+ Disfagia	8								80,0		
+ respiração pela boca	8								80,0		
							+ desnutrição, déficit de vitaminas	7	70,0		
							+ infecção por fungos	6	60,0		

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA		N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Percepção dolorosa	Dor aguda		35	100,0	Relato verbal / comportamental, posição antálgica, expressão facial + Alteração autonômica	35	100,0	procedimentos invasivos	35	100,0
		Dor crônica		6	17,0	Relato verbal / evidência observadas + Mudança no padrão do sono + Fadiga	6	100,0	doença de base (cirrose) + ocupação	6	100,0
	Percepção sensorial	Percepção sensorial perturbada	Auditiva	11	31,4	Distorções auditivas, padrões de comunicação alterados	11	100,0	percepção sensorial alterada, recepção, transmissão alteradas	11	100,0
			Tátil	9	25,7	+ Mudança na resposta usual aos estímulos, prejuízo músculo-esquelético	9	81,8	+ efeito colateral de medicamentos, desequilíbrio bioquímico / eletrolítico	9	81,8
			Visual	7	20,0	+ Distorções visuais	7	63,6	+ cirrose	9	81,8
	Nutrição	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais		4	11,4	Edema, padrão alimentar disfuncional	4	100,0	ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	4	100,0
						+ Sedentarismo	3	75,0			

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4
 Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado,
 segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Nutrição	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	13	37,0	Atrofia muscular / emagrecimento + Cavidade oral ferida / alteração do sabor / diarreia + Falta de interesse / inapetência	11 8 6	100,0 72,7 54,5	incapacidade para ingerir, digerir, absorver nutrientes, doença de base, disfunção / injúria de perfusão do enxerto (?)	13	100,0
		Deglutição prejudicada	1	3,0	Deglutição retardada, sufocar, tossir, engasgar facilmente	1	100,0	história de tumor cerebral	1	100,0
		Náusea	5	14,3	Relato verbal + Aversão à comida	5 4	100,0 80,0	irritação / distensão gástrica por medicamentos (corticóide, antibióticos, ácido fólico, analgésicos), irritação / distensão gástrica devido à disfunção	5	100,0
	Hidratação	Volume excessivo de líquidos	13	37,0	Edema, anasarca, mudança no padrão respiratório, alteração: Hb, Htc, eletrólitos, densidade urinária	13	100,0	mecanismos reguladores comprometidos, infusão / ingesta excessiva de líquidos	13	100,0
					+ Alteração da PA, ganho de peso / ingesta > débito, agitação	11	84,6	+ ↑ ingesta / retenção de Na+	4	30,7

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

? = Fator relacionado inferido

TABELA 4
 Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado,
 segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Hidratação	Risco para volume de líquidos deficiente	8	22,8	..	..	..	fatores que influenciam as necessidades de líquidos, medicação, perda de líquidos pelo dreno e ferida cirúrgica, desvios da ingesta e absorção + diarreia	8	100,0
		Volume de líquidos deficiente	12	34,3	Sede intensa; turgor e pele ressecada + Aumento do pulso; fraqueza + Diminuição do débito e concentração urinária + Mudança no estado mental	12 11 10 6	100,0 91,6 83,3 50,0	perda ativa de volume; falha nos mecanismos reguladores	12	100,0
	Eliminação	Eliminação urinária prejudicada	7	20,0	Incontinência, urgência + Frequência, disúria + Retenção	7 3 2	100,0 42,8 28,6	dano sensorio-motor + infecção do trato urinário	7 3	100,0 42,8
		Diarreia	16	45,7	Pelo menos 3 evacuações líquidas por dia, urgência, dor abdominal	16	100,0	altos níveis de estresse e ansiedade, processos infecciosos + má absorção	16 13	100,0 81,2

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Eliminação	Constipação	5	14,3	Mudança no padrão intestinal, abdome distendido, freqüência ↓	5	100,0	mudanças recentes de ambiente, atividade física insuficiente, tensão emocional, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, motilidade ↓ do trato gastrointestinal, mudança nos padrões de alimentação + higiene íntima inadequada, fraqueza nos músculos abdominais, ingestão insuficiente de líquidos + diuréticos	5	100,0
					+ Sensibilidade abdominal	4	80,0			
					+ Esforço para evacuar	3	60,0			
		Incontinência intestinal	9	25,7	Perda involuntária de fezes, urgência, incapacidade de reter as fezes + Pele perianal avermelhada	9	100,0	hábitos dietéticos, pressão abdominal / intestinal alta, estresse, medicações, imobilidade cognição prejudicada	9	100,0
Risco de incontinência urinária de urgência	6	17,0	..	..	..	..	efeito de medicamentos, instabilidade do músculo detrusor, pequena capacidade vesical	6	100,0	

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = freqüência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4
 Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Eliminação	Risco de constipação	5	14,3	..	..	..	mudanças recentes de ambiente, fraqueza dos músculos abdominais, estresse, mudanças no padrão de alimentação, motilidade do trato gastrointestinal ↓ + desidratação, sedativos, diuréticos + hábitos irregulares de eliminação, uso de Carbonato de Cálcio	5 4 3	100,0 80,0 60,0
	Sono e Repouso	Padrão do sono perturbado	23	65,7	Insônia + Queixa de dificuldade para dormir + Insatisfação com o sono + Despertares prolongados	23 17 15 13	100,0 73,9 65,2 56,5	barulho, iluminação, interrupções causadas para o cuidado e por outras pessoas + ansiedade / antecipação de prognóstico / estresse + restrição física + falta de privacidade, acessórios para o sono não-familiares, medicações + falta de ar, odores desagradáveis, urgência / incontinência / eliminações	23 21 16 15 9	100,0 91,3 69,6 65,2 39,1

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%	
Necessidades Psicobiológicas	Sexualidade	Disfunção sexual	22	62,8	Verbalização de alteração no desempenho sexual, no alcance da satisfação sexual + Medo de transmissão de infecção + Limitações reais impostas pela doença de base e tratamento	22	100,0	doença crônica debilitante – cirrose + alteração psicossocial da sexualidade	22	100,0	
	Cuidado corporal	Déficit do autocuidado	Banho / higiene	35	100,0	Incapacidade de banhar-se	35	100,0	prejuízo músculo-esquelético, dor + prejuízo perceptivo / cognitivo	35	100,0
			Vestir-se	35	100,0	Incapacidade de vestir-se	35	100,0	prejuízo músculo-esquelético, fraqueza ou cansaço, dor, desconforto + motivação diminuída + prejuízo perceptivo ou cognitivo	35	100,0
			Higiene íntima	35	100,0	Incapacidade de: chegar ao vaso sanitário, manipular roupas, realizar higiene íntima, dar descarga	35	100,0	dor, fraqueza ou cansaço, estado de motilidade prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, prejuízo músculo-esquelético	20	57,1
			Alimentação	5	14,3	Incapacidade de pegar alimentos , manusear utensílios e trazer alimentos à boca	5	100,0	fraqueza ou cansaço; dor/desconforto; prejuízo perceptivo / cognitivo; falta de motivação	12	34,3
								35	100,0		

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Ambiente	Risco de síndrome do estresse por mudança	7	20,0	..	..	..	mudança involuntária, temporária ou permanente de cidade para tratamento; estado de saúde comprometido; falta de sistema adequado de apoio; enfrentamento passivo; sentimento de impotência	7	100,0
	Locomoção	Deambulação prejudicada	35	100,0	Dificuldade de deambulação	35	100,0	condição de pós-operatório, prejuízo músculo-esquelético, dor, medicamentos + sedentarismo, metabolismo celular alterado, má nutrição seletiva + prejuízos sensório-perceptivos	35	100,0
		Mobilidade física prejudicada	34	97,1	Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras	34	100,0			
					+ Respiração curta, induzida pelo movimento	33	97,0			
Capacidade de transferência prejudicada	30	85,7	capacidade prejudicada de transferir-se: da cama para cadeira e da cadeira para a cama para o vaso sanitário ou a cadeira higiênica ou entre níveis irregulares	30	100,0	26	76,4	19	54,3	

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicobiológicas	Exercício e Atividades físicas	Intolerância à atividade	27	77,1	Relato verbal de fadiga ou fraqueza	27	100,0	fraqueza generalizada	27	100,0
					+ Desconforto, dispnéia	25	92,6	+ estilo de vida sedentário	21	77,8
					+ Resposta anormal da frequência cardíaca ou pressão sanguínea	24	88,9	+ desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio	20	74,0
		Risco de intolerância à atividade	3	8,6	..	..	Estado de não-condicionamento físico; problemas circulatórios / respiratórios	3	100,0	
		Fadiga	10	28,6	Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono, verbalização de uma constante e opressiva falta de energia, aumento de queixas físicas, cansaço, letargia	10	28,6	doença de base (cirrose), debilidade física pré-transplante + estresse, ansiedade + desnutrição	10 8 6	100,0 80,0 60,0
Necessidade Psicossociais	Segurança emocional	Ansiedade	14	40,0	Preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida, inquietação, medo de conseqüências inespecíficas + Distúrbio do sono, insônia + Incerteza, tensão facial, consciência dos sintomas fisiológicos	12 9 8	85,7 64,3 57,1	Ameaça de morte, alterações no estado de saúde, no ambiente + estresse, crise do pós-operatório e alta hospitalar	14	100,0

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4

Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicossociais	Orientação no tempo e espaço	Confusão aguda	12	34,3	Flutuação na cognição / percepção, agitação / inquietação, desorientação no tempo / espaço / pessoa	12	100,0	história de encefalopatia + delírio	12	100,0
					Flutuação sono / vigília	6	50,0	+ idade > 60 anos	3	25,0
	Auto-imagem	Distúrbio da imagem corporal	1	3,0	Verbalização de sentimento de não ser "normal", esconder o abdome + Mudança na função digestiva / hábito de alimentação, estilo de vida + Medo de rejeição, reação dos outros	1	100,0	uso de gastrostomia desde a infância para alimentação enteral	1	100,0
	Auto-estima	Baixa auto-estima situacional	1	3,0	Avaliação de si mesmo como incapaz de namorar; comportamento não-assertivo	1	100,0	prejuízo funcional da nutrição – uso de gastrostomia; distúrbio da imagem corporal	1	100,0
Comunicação	Comunicação verbal prejudicada	11	31,4	Desorientação no tempo e espaço, verbalização imprópria, indistinta, dificuldade para compreender e manter o padrão de comunicação	11	100,0	percepções alteradas, doença de base com história de encefalopatia, efeitos colaterais de medicamentos	11	100,0	

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = freqüência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 4
 Títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados de fígado,
 segundo as Necessidades Humanas Básicas de Horta e Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte. 2005-2006

(Conclusão)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	N	%	CARACTERIZADO POR	n	%	RELACIONADO A	n	%
Necessidades Psicossociais	Aprendizagem / Educação à saúde	Conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante	35	100,0	Verbalização de desconhecimento quanto aos cuidados pós-transplante, comportamentos exagerados impróprios, perguntas sobre o tema / interesse	35	100,0	falta de exposição ao tema, falta de familiaridade com os recursos de informação + incapacidade de recordar, e de interpretar corretamente as informações	35	100,0
		Disposição para conhecimento aumentado quanto aos cuidados pós-transplante	3	8,6	Expressa interesse em aprender, demonstra algum conhecimento sobre transplante	3	100,0	..	..	..
		Risco de religiosidade prejudicada	2	5,7	..	..	..	doença, hospitalização, depressão, insegurança, falta de interação social, barreira cultural para praticar a religião	2	100,0
Necessidades Psicoespirituais	Religiosa	Disposição para religiosidade aumentada	2	5,7	Expressa desejo de reforçar modelos de crenças religiosas e costumes que proporcionavam conforto / religiosidade no passado, solicita ajuda para aumentar a participação nas crenças religiosas por meio de orações, comportamentos religiosos / mídia, solicitação de encontro com líder religioso / reconciliação	2	100,0	..	..	..

Nota: N = Número de prontuários pesquisados: 35

n = frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

Autores discutem os resultados relativos aos diagnósticos de enfermagem a partir de uma incidência de 50,0% (NEVES, 2003); outros, a partir de 80,0%. Para essa pesquisa decidimos discutir todos os diagnósticos que incidiram no mínimo em 40,0% da população estudada, totalizando 20 diagnósticos descritos a seguir.

Déficit para o autocuidado

O diagnóstico “déficit para o autocuidado” é definido como “o estado em que o indivíduo apresenta prejuízo na função motora ou cognitiva, causando uma diminuição na capacidade de desempenhar cada uma das atividades de autocuidado” (CARPENITO-MOYET, 2005, p. 657).

Encontra-se subdividido pela taxonomia II da NANDA (2006) em: déficit no autocuidado para banho / higiene; higiene íntima; vestir-se / arrumar-se; para alimentação que o define separadamente para cada uma das tarefas que o paciente está com sua capacidade diminuída para realizar. Na perspectiva da aplicação prática, este diagnóstico deveria ser um só, conforme proposto por Carpenito-Moyet (2005): Síndrome de déficit no autocuidado.

As características definidoras, também descritas pela mesma autora, especificam as áreas do déficit no autocuidado, e ainda inclui o autocuidado instrumental. Para Doenges *et al.* (2003), a combinação de vários diagnósticos relacionados a um único título diagnóstico facilita o planejamento do autocuidado. Na população estudada, a totalidade dos pacientes apresentou incapacidade para se cuidar, em graus diferenciados.

Os fatores relacionados a essa síndrome, encontrados na população estudada, são corroborados pela literatura e se referem aos relativos à doença de

base crônica debilitante (falência hepática); ao tratamento pós-operatório de cirurgia de grande porte que causa fadiga e dor; e às restrições emocionais e do ambiente hospitalar.

Deambulação, mobilidade física e capacidade de transferência prejudicadas

Os diagnósticos deambulação, mobilidade física e capacidade de transferência prejudicadas são assim definidos pela NANDA (2006, p. 72; 155; 223):

- a) Deambulação prejudicada: “limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente”. Este diagnóstico foi encontrado na totalidade da população estudada;
- b) Mobilidade física prejudicada: “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo de uma ou mais extremidades”. Ocorreu em 97,1% dos pacientes pesquisados;
- c) Capacidade de transferência prejudicada: “limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas”. Identificada em 85,7% da amostra estudada.

Na prática da assistência, existe uma correlação entre estes três diagnósticos cujas características definidoras se referem à capacidade de se mover. A mobilidade física prejudicada está relacionada principalmente ao desconforto e à dor do pós-operatório mediato de cirurgia de grande porte; aos prejuízos músculo-esqueléticos, diminuição da força e massa muscular, má nutrição decorrente da disfunção hepática, ao metabolismo celular alterado, intolerância à atividade/resistência diminuída e prejuízo sensorio-perceptivo e cognitivo para alguns pacientes.

Dor aguda

A dor aguda é definida como: “Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial [...], início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de 6 meses” (NANDA, 2006, p. 90). Todos os pacientes apresentaram esse tipo de dor, caracterizada por verbalização do paciente, posição antálgica, expressões faciais e comportamentais e respostas autonômicas (por exemplo, taquicardia, diaforese, alteração da pressão sangüínea, da respiração) relacionadas à ferida cirúrgica, sítio do dreno aspirativo, locais de punção venosa e arterial, lesão por punção e / ou colonização por patógenos. A cefaléia também é um tipo de dor aguda, comumente referida pelos pacientes transplantados hepáticos, que é descrita pela literatura. Sanchez e Klintmalm (2005) correlacionam a dor de cabeça à neurotoxicidade de imunossupressores como tacrolimus e ciclosporina, à hipertensão ou infecções oportunistas.

Intolerância à atividade

Outro diagnóstico relacionado ao condicionamento físico e mobilidade é a Intolerância à atividade. Por definição é: “Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (NANDA, 2006, p. 33). Dentre os pacientes estudados 77,1% apresentaram este diagnóstico, conforme mostra a TABELA 4.

Carpenito-Moyet (2005) afirma que fatores que alteram o transporte de oxigênio, ou que desencadeiem um não-condicionamento físico ou um consumo de

energia maior que a capacidade física e psicológica da pessoa, pode provocar uma intolerância à atividade.

Risco de infecção

O risco de infecção é definido como: “Estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patógenos” (NANDA, 2006, p. 137) e foi identificado em todos os pacientes estudados.

Everson e Kam (2001) afirmam que a ocorrência de infecção é previsível no pós-transplante e se apresenta de forma cronológica. Na primeira semana é mais comum a infecção bacteriana causada por cateteres (30,0%), pneumonia (25,0%), infecção biliar (15,0%) e por ferida cirúrgica em 10,0% dos pacientes. Portadores de diabetes e com o estado nutricional comprometido podem desenvolver bacteremia. Ainda na primeira semana pode ocorrer infecção oportunística como estomatite e candidíase. A recorrência de infecção pelo vírus C acontece ainda na primeira semana e a pelo vírus B, após 30 dias de transplante. No segundo e terceiro mês pós-transplante, podem ocorrer as infecções virais por Citomegalovírus (CMV), Epstein-Barr, Varicela Zoster, entre outros. O uso de imunossupressores torna o paciente vulnerável a infecções oportunísticas e ativa replicação viral em alguns casos. O risco de invasão por fungos é diretamente relacionado ao nível de imunossupressão.

Busutil e Klintmalm (2005) incluem outros fatores de risco para infecção como a longa permanência na terapia intensiva, uso prolongado de antibióticos, complicações cirúrgicas que demandam maior tempo de uso de cateteres, sistemas de drenagem, nutrição enteral e/ou parenteral. Ainda, Sanchez e Klintmalm (2005)

afirmam que as infecções isoladamente constituem o maior risco de morte para os pacientes receptores de transplante hepático. Uma das razões expostas por esses autores é a dificuldade de avaliação e intervenção precoce dos pacientes e que os sinais e sintomas clássicos de infecção são sublimados mediante a imunossupressão. Mencionam ainda outras causas de morte como fístula biliar, trombose da artéria hepática, não função primária do enxerto, rejeição aguda persistente ou a crônica que, muitas vezes, temporariamente, são precedidas de uma infecção. Diante desses desafios, autores recomendam o uso de terapia medicamentosa profilática para fungos, bactérias e vírus e o tratamento seletivo nos casos de infecções confirmadas. O diagnóstico Risco de infecção identificado na totalidade da clientela pesquisada é de alto impacto profissional. Toda a equipe de saúde deve ter embutida em suas práticas a prevenção e o controle de infecção em pacientes imunossuprimidos transplantados.

No hospital, campo de estudo, o serviço de transplante hepático conta com a assessoria exclusiva de um infectologista e uma enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que realizam busca ativa diária, na Unidade de Internação. Em 2006, dentre as 137 internações de pacientes de transplante hepático na UI-Tx, 43 (31,4%) tiveram infecção hospitalar (CCIH/HC-UFMG, 2007).

Conhecimento deficiente para cuidados pós-transplante hepático

Este diagnóstico é definido como “Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico” (NANDA, 2006, p. 59) e foi identificado em 100,0% dos pacientes.

A compreensão sobre sua condição de saúde e adesão ao tratamento constituem pré-requisitos básicos para inclusão de paciente no programa de transplante. No entanto, embora o enfermeiro tenha orientado o paciente e a família, no pré-operatório, sobre toda a trajetória do transplante, ao se aproximar o dia da alta hospitalar, surgem muitas dúvidas, mediante o receio de voltar para casa e o sentimento de impotência para o autocuidado.

Castro *et al.* (2004) e Tart (1997) descrevem esses sentimentos como geradores de estresse por ocasião da alta. É comum observar comportamentos impróprios ou exagerados dos familiares que compram álcool etílico para “esterilizar” os móveis da casa; acreditam que é necessária a aquisição de roupas de cama e panelas novas.

Pacientes e familiares expressam preocupação sobre a administração correta da medicação, realização de exames de revisão e outras demandas. Há uma ansiedade exacerbada, causada pelo medo de infecção, da rejeição do enxerto e de outros insucessos, gerando tensão no paciente e sua família.

As dúvidas são verbalizadas pelos pacientes ou por pessoas diretamente envolvidas com o cuidado deles, talvez pela incapacidade de recordar tudo o que foi previamente orientado. Assim, os enfermeiros da UI-Tx, no hospital campo desse estudo, implementaram uma orientação sistematizada para a alta hospitalar do paciente de transplante hepático. As informações verbais são fornecidas à medida que surgem as dúvidas e perguntas de acordo com a convalescença do paciente. Um impresso é entregue a ele no dia da alta, com um resumo das orientações feitas ao longo de sua permanência na UI-Tx, referentes à medicação de uso domiciliar, monitorização clínica, cuidados e importância do acompanhamento pós-transplante

hepático. Outros profissionais da equipe multiprofissional também fazem suas orientações para a alta hospitalar.

Ao longo desses anos, ao assistir aos pacientes de transplante, tornou-se ainda mais evidente a importância da família como unidade do cuidado. Wright e Leahey (2002) enfatizam que a família é uma das forças do paciente que nela se apóia para enfrentamento de seus desafios de saúde. É plausível, portanto, a sugestão das autoras de que essa força deva ser potencializada e otimizada pelo enfermeiro, no seu papel educativo, junto ao paciente e à família, durante a permanência deles na Unidade de Internação.

Kunder (2005) afirma que a chave do sucesso dos resultados após a alta hospitalar é a educação do paciente. E acrescenta que os métodos de ensino devem ser baseados nas teorias de enfermagem e pesquisas.

Integridade tissular prejudicada

A Integridade tissular prejudicada segundo a NANDA (2006, p. 142) é definida como: “Dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecido subcutâneo”. Este diagnóstico incidu em 100,0% na população estudada, conforme mostrado na TABELA 4.

De acordo com o que foi discutido em perfil epidemiológico dos pacientes pesquisados, mais de 90,0% eram portadores de cirrose de diferentes etiologias. As manifestações clínicas, porém, dessa entidade mórbida, associadas às condições ambientais e de pós-operatório desses pacientes, constituem os fatores relacionados aos danos ao tecido tegumentar e mucoso do organismo.

Carpenito-Moyet (2005) adverte contra o erro na afirmação diagnóstica relacionada à integridade da pele e tissular prejudicadas com incisão cirúrgica, isoladamente. Nessa situação é mais útil usar Risco para infecção relacionada a procedimentos invasivos. Em pacientes com disfunção hepática severa, no entanto, comumente aparecem as aranhas vasculares decorrentes da hipertensão portal, as hemorragias digestivas devido à erosão da mucosa esôfago-gástrica, a ginecomastia em homens, prurido generalizado, icterícia, edema de extremidades podendo evoluir para anasarca, desnutrição seletiva por alterações metabólicas e de absorção. Todas essas condições prejudicam o tecido cutâneo, subcutâneo e mucosas.

As características definidoras, já descritas, são exacerbadas pela intervenção cirúrgica de grande porte, tendo o pós-operatório imediato, na terapia intensiva, pressão em proeminências ósseas, contato com secreção e excreções corporais, uso de imunossupressores e mobilidade física prejudicada.

Perfusão tissular ineficaz

A perfusão tissular ineficaz é conceituada como: “Diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar” (NANDA, 2006, p. 189). Esse diagnóstico está sob o Domínio 4 da taxonomia II da NANDA: Atividade/repouso e inseridos na Classe 4 - Respostas cardiovasculares/pulmonares que engloba os mecanismos que dão suporte à atividade e ao repouso.

A maior incidência de perfusão tissular ineficaz na população estudada foi a periférica, (32 - 91,4%), seguida pela renal (19 - 54,3%) e pela cardiopulmonar (14 - 40,0%). As características definidoras presentes nos pacientes foram encontradas na NANDA (2006). Carpenito-Moyet (2005) acrescenta também a cirrose como

causadora de comprometimento do fluxo sangüíneo, que é fator fisiopatológico relacionado da perfusão tissular periférica ineficaz. Diante desse diagnóstico, o enfermeiro deverá estabelecer, como meta de intervenção, o alívio da dor. O paciente queixa diferentes tipos de dor, em graus variados, principalmente nas extremidades onde se concentram os líquidos do edema (escroto, pés, tornozelos, 1/3 inferior das pernas). A ascite associada à dor abdominal pode ser sugestiva de peritonite bacteriana espontânea, que é um evento mais raro no pós-operatório mediato. Nesse caso, o tratamento da infecção é instituído (CASTRO; COELHO, 2004; SHERLOCK; DOOLEY, 2004).

A perfusão tissular renal ineficaz ocorreu em 19 (54,2%). Pham *et al.* (2005) afirmam que a Insuficiência Renal Aguda (IRA) ocorre em 17 a 95,0% dos pacientes de transplante hepático e Insuficiência Renal Crônica (IRC) até 80,0% dos casos.

Sanchez e Klintmalm (2005) relacionam os problemas clínicos comuns no pós-transplante hepático, dentre esses está a disfunção renal. Ocorre uma diminuição da taxa de filtração glomerular, que é notada assim que se inicia o regime de imunossupressão com ciclosporina ou tacrolimus, segundo os mesmos autores. Geralmente, os pacientes que sofrem uma toxicidade grave pelos imunossupressores, também eram portadores de insuficiência renal pré-transplante. As características definidoras mais prevalentes na população estudada foram hipertensão, aumento da uréia e creatinina e oligúria.

A perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz foi identificada em 14 (40,0%) dos pacientes pesquisados.

Everson e Kam (2001) afirmam que 5,0% dos pacientes transplantados hepáticos apresentam doença da artéria coronariana. Em pacientes acima de 50 anos, esse índice pode alcançar 16,2%. Isquemia cardíaca pós-transplante pode

estar relacionada à hipotensão sem causa definida, edema pulmonar ou arritmia. A disfunção hepática é responsável por alterações na síntese de fatores de coagulação e absorção da vitamina K. Essa alteração predispõe o paciente a um maior risco de sangramento no transoperatório, demandando infusões de hemoderivados, repercutindo na reabilitação com instabilidade hemodinâmica e desequilíbrio hidroeletrolítico no pós-operatório. Complicações pulmonares são comumente relatadas pelos transplantadores como pneumonia, edema pulmonar, síndrome da angústia respiratória do adulto, hipertensão portopulmonar e síndrome hepatopulmonar (EVERSON; KAM, 2001). Os mesmos autores relacionam também a disfunção respiratória no período pós-operatório a uma má função do enxerto e infecções pulmonares que podem ocorrer em 25,0% dos pacientes nesta fase, devido à aspiração e / ou colonização por germes multirresistentes.

Na prática clínica é interessante o enfermeiro considerar a Perfusão tissular ineficaz mais como uma “complicação potencial”, do que um problema de enfermagem apenas. O fato de o indivíduo apresentar uma má oxigenação em nível tecidual, por déficit no suprimento sangüíneo, não são apenas os tratamentos do enfermeiro que irão recuperá-lo e, sim, ações colaborativas com o médico do paciente.

Risco de desequilíbrio da temperatura corporal

O risco de desequilíbrio da temperatura corporal é definido pela NANDA (2006, p. 221) como: “Estar em risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”. Este diagnóstico foi identificado em 29 (82,8%) dos pacientes estudados. Entre os dez fatores de risco para o desequilíbrio

da temperatura corporal descritos pela taxonomia de referência, 7 (70,0%) foram encontrados na população estudada.

Everson e Kam (2001) afirmam que a febre pode estar relacionada a processos de rejeição aguda. Esse sintoma está relacionado ao uso de alguns imunossupressores como o tacrolimus e as imunoglobulinas policlonais conforme Clavien e Killenberg (1997). A hipertermia foi detectada em apenas 6 dos 35 pacientes pesquisados e os demais possuíam fatores de risco para o desequilíbrio da temperatura corporal, tais como alteração da taxa metabólica, doença, trauma que afeta a regulação da temperatura, medicações, inatividade, idade, peso e desidratação.

Padrão de sono perturbado

Padrão de sono perturbado é definido pela NANDA (2006, p. 213) como “Distúrbio, com tempo limitado, na qualidade ou quantidade do sono”. Este diagnóstico foi apresentado por 23 (65,7%) pacientes pesquisados.

Everson e Kam (2001) afirmam que alterações do estado mental ocorrem entre 10 a 30,0% dos pacientes de transplante hepático. E, na maioria dos casos, pode se relacionar, entre outros fatores, como privação do sono e desorientação da psicose da terapia intensiva. Esses eventos são detectáveis também na fase da reabilitação, durante a permanência na Unidade de Internação. Em geral, os pacientes regressam da terapia intensiva estressados; expressando o incômodo do ambiente com luzes, barulhos provenientes dos equipamentos e da equipe de saúde em atividades ininterruptas. Os cuidados da equipe de saúde, entretanto, embora menos intensos na Unidade de Transplantes persistem: o ambiente, o mobiliário,

odores não são familiares; condições clínicas, alterações fisiológicas e o tratamento continuam sendo algumas das causas multifatoriais perturbadoras do sono do paciente (NANDA, 2006).

Disfunção sexual

A disfunção sexual segundo a NANDA (2006, p. 209) é “A mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não-compensadora e inadequada”. Este diagnóstico incidu em 22 (62,8%) pacientes. Strouse (2005) afirma que as conseqüências neuropsiquiátricas têm sido mais pesquisadas, uma vez que o transplante hepático se tornou um procedimento mais comum e os pacientes têm sobrevivido mais. Dentre as queixas e observações nessa área, o autor menciona a disfunção sexual em homens e mulheres. Ao realizar a coleta de dados de saúde desses pacientes, é comum o relato de diminuição da libido, dificuldade de ereção e ejaculação prejudicada. Associada à falta de energia, edema acentuado, dispnéia em alguns casos e fadiga, a função sexual torna-se prejudicada na fase avançada da cirrose hepática.

Strouse (2005) confirma a recuperação das funções endócrinas após o transplante. Embora haja uma melhora considerável dessas funções e estado geral do paciente, outros fatores afetam indiretamente seu desempenho sexual, tais como depressão pós-operatória, auto-imagem, auto-estima e assuntos ligados aos relacionamentos.

Risco de quedas

O risco de quedas é definido pela NANDA (2006, p. 198) como a: “Susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Este diagnóstico foi identificado em 18 (51,4%) dos pacientes estudados. Os fatores de risco de maior incidência nessa clientela foram mobilidade física prejudicada, uso de ansiolítico, tranquilizantes, diuréticos, anti-hipertensivos, alteração sensório-motora, insônia, urgência e/ou incontinência das eliminações.

O enfermeiro deve utilizar um sistema de escores para avaliação desse risco e implementar ações preventivas junto com outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Diarréia

Diarréia é definida como: “Eliminação de fezes soltas, não formadas” (NANDA, 2006, p. 86) e caracterizada por, pelo menos, 3 evacuações de fezes líquidas ao dia, urgência para evacuar, ruídos intestinais hiperativos, dor abdominal tipo câibra, sintomas identificados em 45,7% da amostra estudada. Existem vários fatores ligados à diarréia e estão distribuídos entre os fisiopatológicos, relacionados ao tratamento, situacionais e maturacionais conforme lista Carpenito-Moyet (2005).

Sherlock e Dooley (2004) apontam má nutrição como complicação comum em pacientes com doença terminal hepática aguardando transplante e uma das causas é a esteatorréia especialmente em pacientes com doença colestática. Autores apontam a diarréia como condição clínica comum após o transplante hepático. As causas são assim relacionadas por Sanchez e Klintmalm (2005):

- a) Hipertensão portal transitória durante a cirurgia, embora esta não seja causa bem esclarecida;
- b) Alteração da microbiota intestinal pelo uso crônico de lactulose; no pré-transplante ou uso de antibióticos de amplo espectro; antes da cirurgia podendo acarretar enterocolite pseudomembranosa por *Clostridium difficile*;
- c) Anti-corpo monoclonal, tacrolimus, micofenolato mofetil, rifampicina e ciclosporina possuem como efeito colateral a diarreia;
- d) Exacerbação de colite ulcerativa, que está presente em aproximadamente 30,0% dos pacientes portadores de colangite esclerosante primária;
- e) O uso de medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), como captopril e enalapril;
- f) A doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD), evento raro em pacientes transplantados de fígado, que cursa com febre, rash cutâneo, diarreia e pancitopenia entre 2 a 6 semanas pós-transplante;
- g) Infecção por citomegalovírus, e é difícil distingui-la dos efeitos colaterais de drogas.

Os mesmos autores sugerem que o tratamento seja apenas de suporte, com correção de possíveis distúrbios hidroeletrólíticos e suspensão ou ajuste de dose de drogas tóxicas para a mucosa intestinal. E ainda alertam que os níveis de ciclosporina diminuem em presença de diarreia e os níveis tacrolimus aumentam. Deve-se dar atenção aos ajustes das doses desses imunossupressores.

Para a enfermagem, o impacto desse diagnóstico na assistência é grande, uma vez que muitos pacientes têm incontinência fecal associada à diarreia. Ainda

outros pacientes têm alterações do estado mental, mobilidade física prejudicada no pós-operatório, fatores relacionados ao déficit no autocuidado para banho-higiene, higiene íntima, alimentação e inclusive vestir-se/arrumar-se. Pacientes com esse perfil possuem um grau de dependência maior.

Ansiedade

A ansiedade é definida como

“[...] um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça” (NANDA, 2006, p. 28).

Foi identificada em 14 (40,0%) dos 35 pacientes pesquisados. O conceito de Carpenito-Moyet (2005) para esse diagnóstico contempla o sentimento de intranqüilidade e apreensão que o indivíduo percebe em resposta a uma ameaça inespecífica. A mesma autora afirma que a ansiedade e o medo são diferenciados apenas pela ausência ou presença de ameaça, respectivamente. Na prática clínica, ambos os sentimentos podem coexistir e produzem a mesma resposta simpática como alteração da frequência cardíaca, dilatação das pupilas, sudorese, tremores e *secura* na boca.

As características definidoras da ansiedade envolvem situações fisiológicas, emocionais, cognitivas. E os fatores relacionados também englobam os que afetam as necessidades humanas básicas (psicobiológicas), os situacionais no nível individual e do ambiente e os maturacionais (CARPENITO-MOYET, 2005).

No caso da população estudada, observa-se a ansiedade em alguns casos relacionada ao risco de morte no transoperatório, a ameaça real de alterações

biológicas e resultados inesperados do transplante, ameaça ou risco de infecção ou de rejeição do enxerto e mudança no ambiente (hospitalização). Por ocasião da alta hospitalar, essa ansiedade está diretamente relacionada ao diagnóstico “Conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante”, conforme já mencionado.

Em síntese, o perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório de transplante hepático na unidade de internação é perfusão tissular periférica, renal e cardiopulmonar ineficazes, integridade tissular prejudicada, déficit no autocuidado, diarreia, dor aguda, padrão de sono perturbado, ansiedade, disfunção sexual, mobilidade física prejudicada e riscos de desequilíbrio da temperatura corporal, de infecção e de quedas e conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda e qualquer pesquisa apresenta limitação e esta não é exceção. Mesmo diante dessas limitações foi possível alcançar, os objetivos propostos. A leitura isolada dos históricos de enfermagem e dos registros feitos, nos prontuários, pela equipe multiprofissional de transplante hepático foi insuficiente para o levantamento de todas as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem, exigindo inferências a partir dos mesmos.

Quanto ao perfil demográfico da população estudada, observou-se que os pacientes tinham entre 18 e 71 anos e uma média de idade de 52 anos. A maioria era do sexo masculino, leucoderma, casada, possuía até três filhos maiores e suporte familiar adequado. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos pacientes tinha curso superior, seguida pelos que possuíam o curso médio, exercia atividade autônoma de nível elementar e era proveniente do interior do estado de Minas Gerais.

Em relação às características epidemiológicas, os pacientes eram portadores de Cirrose Hepática de diferentes etiologias, com prevalência da Cirrose pelo vírus C. As co-morbidades de maior incidência foram a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus* Tipo 2, Asma Brônquica e Esquistossomose. O maior número de transplante ocorreu entre os pacientes receptores do grupo sanguíneo A.

A permanência dos pacientes no CTI foi em média de 4,5 dias e na Unidade de Internação foi de 13 dias (excluindo o caso da paciente que extrapolou a permanência para 188 dias). O tempo total de hospitalização foi de 17 dias, em média. Na experiência de Sanchez e Klintmalm (2005), pacientes que demandam cuidados no pós-operatório imediato na terapia intensiva apresentam média de

permanência na Unidade de Internação de 24 ± 28 dias. O estudo comprovou também esse dado uma vez que 35 (81,4%) pacientes permaneceram até 22 dias na UI-Tx.

Novos estudos devem ser desenvolvidos comparando o perfil clínico e a demanda assistencial de enfermagem desses pacientes antes e após a instituição do critério MELD, para a definição do momento do transplante.

Com relação aos diagnósticos de enfermagem, a metodologia utilizada possibilitou identificar 55 diagnósticos compreendidos em 23 classes e 10 domínios, estruturados segundo a Taxonomia II da NANDA (2006). Além desses, as autoras identificaram problemas de enfermagem referentes ao Domínio 2 - Nutrição, as Classes 3 - Absorção e 4 - Metabolismo, que ainda não possuem diagnósticos aprovados pela taxonomia de referência. Evidencia-se, assim, a presença de estudos clínicos de diagnósticos referentes a essas classes e a esse domínio.

A utilização do referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta (1979) permitiu identificar 25 necessidades humanas básicas afetadas, ficando assim distribuídas: 83,6% psicobiológicas, 12,7% psicossociais e 3,7% psicoespirituais.

Este estudo também apontou a necessidade de pesquisas para validação clínica de diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados, que não são contemplados na Taxonomia II da NANDA (2006). Como exemplo, pode-se citar a disfunção de órgãos e sistemas relacionados à injúria de perfusão do enxerto e diagnósticos que envolvem a doação e captação de órgãos.

O perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes de transplante hepático na unidade de internação foi assim descrito: perfusão tissular periférica, renal e cardiopulmonar ineficazes, integridade tissular prejudicada, déficit no autocuidado, diarreia, dor aguda, padrão de sono perturbado, ansiedade, disfunção sexual,

mobilidade física prejudicada, riscos de desequilíbrio da temperatura corporal, de infecção e de quedas e conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante.

Mediante esse perfil diagnóstico, o estudo facilitará a revisão do protocolo assistencial de enfermagem dos pacientes em transplante hepático na unidade de internação do HC-UFMG e a reformulação do histórico de enfermagem implementado para essa clientela.

Sugere-se ainda que o profissional enfermeiro torne seus registros diários, sobre a evolução do paciente, formalmente instituídos no prontuário do paciente.

Os resultados objetivos e subjetivos desta pesquisa vieram corroborar com as afirmações da vasta literatura pertinente ao tema, de que as demais etapas do processo de enfermagem não podem prescindir a do diagnóstico de enfermagem. Tal processo é dinâmico e, naturalmente, segue um ciclo compreendido entre a coleta de informações, o diagnóstico, as intervenções e a avaliação dos resultados de enfermagem, que pode ser reaccessado durante todo o trabalho junto ao paciente, família, grupo e comunidade, no alcance de um bom estado de saúde.

E, para finalizar, o simples fato de estudar mais detalhadamente os processos do raciocínio clínico, relativos à elaboração de diagnósticos de enfermagem, resultou numa melhor compreensão do que é enfermagem e o que faz dela uma profissão. Essa compreensão conceitual sucedeu à aprendizagem de se aplicar o método científico aos conhecimentos pessoais e da prática profissional durante este estudo.

O uso do diagnóstico é um desafio para o enfermeiro, porém é viável, e constitui etapa indispensável para o processo de enfermagem, pois fundamenta as prescrições, valoriza o profissional que se responsabiliza pelos resultados alcançados pelo cliente e serve de documento para auditoria. A grande relevância

dos diagnósticos de enfermagem se evidencia quando esse profissional sai do discurso e vai para o cotidiano da assistência direta ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001. 220 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.160 de 29 de maio de 2006. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério da gravidade do estado clínico do paciente. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2006. Seção 1. p. 28-29. Republicada. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6516>. Acesso em: 14 abr. 2006.

_____. Portaria nº 1.752 de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p. 54. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 15 out. 2006.

_____. Lei nº 10211 de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434/97. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2001. Seção 1. p. 6. Disponível em: <www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislação/Lei10211.htm>. Acesso em: 14 abr. 2006.

_____. Portaria nº 1.217, de 13 de outubro de 1999. Aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, o Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 out. 1999. Seção 1. p. 10. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_transp/GM_P1.217_99alta_transp.doc>. Acesso em: 14 abr. 2006.

_____. Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 fev. 1997a. Seção 1. p. 7. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/resources/cidadao/servicos/transplantes/le-9434_050297.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2006.

_____. Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 1997b. Seção 1. p. 62. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/legisla%C3%A7%C3%A3o/Dec2268.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

- BRUNNER, J. M.; SUDDARTH, D. S. Pensamento crítico, tomada de decisão ética e o processo de enfermagem. In: _____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 3, p. 21-37. (v. 1).
- BUSUTTIL, R. W.; KLINTMALM, G. B. **Transplantation of the liver**. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. 1485 p.
- CALNE, R. A half-century retrospective of transplantation as viewed by the protagonists: my own reminiscences. **Transpl. Proceedings**, New York, v. 31, p. 20-21, 1999.
- CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 1024 p.
- CASTRO, E. E. C.; FONSECA, M. A. A.; CASTRO, J. O. Dimensões psicológicas e psiquiátricas. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/Medsi, 2004. cap. 23, p. 565-591.
- CASTRO, L. P.; COELHO, L. G. V. **Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. 3052 p. (v. 2).
- CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 78-81, Jan./Fev. 2005.
- CLAVIEN, P.; KILLENBERG, P. G. **Medical care of the liver transplantation patient**. Ontario: Blackwell Science, 1997. p. 137-146.
- COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Taxas de incidência de IH do transplante hepático e germes multi-resistentes isolados em pacientes com IH nos anos de 2005 e 2006**. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2007. 2 f. Memorando.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-MG. **Legislação e normas COREN-MG**, Belo Horizonte, n. 1, ano 10, p. 60-62, Ago. 2005.
- _____. Resolução nº 292 de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SP. **Revista COREN-SP**, São Paulo, n. 52, p. 18-19. 2004.
- _____. Resolução nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e dá outras providências. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-MG. **Legislação e normas COREN-MG**, Belo Horizonte, n. 1, ano 10, p. 41-51, Ago. 2005.
- COOMBES, J. M.; TROTTER, J. F. Development of the allocation system for deceased donor liver transplantation. **Clinical Medicine & Research**, v. 3, n. 2, p. 87-92, May 2005. Disponível em: <<http://www.clinmedres.org/cgi/content/abstract/3/2/87>>. Acesso em: 20 out. 2006.

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. **Planos de cuidado de enfermagem**: orientação para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 970 p.

DUARTE, M. M. F.; SALVIANO, M. E. M.; GRESTA, M. M. Assistência de enfermagem. In: PEREIRA, W. A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. cap. 24, p. 592-624.

DURAN, D. M.; PRINCE, R. Nursing diagnosis: process and decision. **Nursing Forum**, v. 28, n. 2, p. 25-32, Apr./Jun. 1993.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: _____ *et al.* (Org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. cap. 1, p. 11-14.

EVERSON, G. T.; KAM, I. Immediate postoperative care. In: MADDREY, W. C.; SORREL, M. F.; SCHIFF, E. R. **Transplantation of the liver**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p. 131-162.

FERRAZ, A. A. B. *et al.* Walter Antônio Pereira (Coord.) Retirada com coração parado. In: REUNIÃO DE DIRETRIZES BÁSICAS PARA CAPTAÇÃO E RETIRADA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS E TECIDOS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 1., 2003, Campos do Jordão. São Paulo: ABTO, 2003. cap. 9, p. 28-30.

GARCIA, D. V. *et al.* **Transplantes de órgãos e tecidos**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006. 992 p.

GARCIA, V. D. **História dos Transplantes no Brasil**. 2002. Disponível em: <<http://www.abto.com.br>>. Acesso em: 19 jun. 2005.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.) Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional. In: SANTOS *et al.* **Instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**: enfermagem assistencial no ambiente hospitalar, realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 37-63.

_____. **Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem, Idéia, 2000. 204 p. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de enfermagem**: dos fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 375 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GRESTA, M. M. **'A espera é que mata'**: a trajetória dos pacientes submetidos ao transplante hepático. 2000. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T. L. (Org.) **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2. ed. Brasília: ABEn, 1997. 118 p. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

HERRERA, B. S.; AFANADOR, N. P. (Coord.) **Dimensiones del cuidado Grupo de Cuidado Unibiblos**. Bogotá, 1998. 253 p.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 99 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos**. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 15 nov. 2006.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The international classification for nursing practice (ICPN)**, Update. Beta 1. Version June, 1999. Geneva: ICN, 1999.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Nursing Outcome Classification (NOC)**. 2nd ed. St Louis: Mosby Inc., 2000. p. 689.

KUEGELER, C. J. Transplantation: a historical review. **ODJ**, p. 24-36, Jan. 1978.

KUNDER, G. Role of the posttransplant coordinator. In: BUSUTTIL, R. W.; KLINTMALT, G. B. **Transplantation of the liver**. 2. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. cap. 68, p. 1037-1053.

KURTZ, J.; NESTOS, A. Initiating a transplantation program: nursing aspects. **AORN Journal**, United State, v. 39, n. 1, p. 9-46, Jan. 1984.

LASMAR, E. P.; VILELA, E. G. Imunossupressão. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi/Guanabara koogan, 2004. cap. 5, p. 88-121.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na Equipe de Saúde da Família: em busca da interdisciplinaridade**. 2001. 234 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 348 p.

MARIN, H. F. Vocabulários em enfermagem: revisão e atualizações. **Nursing**, São Paulo, p. 25-29, Jan. 2001.

MARTIN, K. S.; SCHEET, N. J. **The Omaha system: application for community health nursing**. Philadelphia: Lippincott, 1992.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHECK, G. M. **Classificação de intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução de Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089 p. Original inglês.

McDIARMID, S. V. Liver transplantation for metabolic disease. In: BUSUTTIL, R. W.; KLINTMALM, G. B. **Transplantation of the liver**. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. cap. 24, p. 337-366.

MENEZES, E. G. **Evolução da hepatite C em pacientes submetidos a transplante hepático: estudo clínico-laboratorial com ênfase na recorrência da**

hepatite C pós transplante. 2006. 137 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MIES, S. *et al.* Impacto na gravidade de pacientes após critério MELD. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 4., 2005, Salvador. **Anais...** São Paulo: ABTO, 2005.

NEUBERGER, J. Liver transplantation for primary biliar cirrhosis. **Autoimmunity Reviews**, Elsevier Science, v. 2, p. 1-7, 2003.

NEVES, R. S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II NANDA.** 2003. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

NÓBREGA, M. M. L.; COLER, M. S. Adequação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta ao sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. XIII, n. 3, p. 86-92, Jul./Set. 1994.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIERREZ, M. G. R. Análise da utilização na prática dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem da CIPE – versão alfa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 399-408, Jul./Set. 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006.** Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006. 321 p. Original inglês.

ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações.** Curitiba: Editora Maio, 2004. 436 p.

PEREIRA, W. A. História dos transplantes. In: _____. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. cap. 1, p. 1-8.

_____ *et al.* Transplante de fígado. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. cap. 11, p. 299-357.

PHAM, P. T.; PHAM, P. T.; WILKINSON, A. H. Renal failure in adult liver transplantation recipients. In: BUSUTTILL, R. W.; KLINTMALM, G. B. **Transplantation of the liver.** 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. cap. 60, p. 891-914.

PYRSOPOULOS, N.; JEFFERS, L. Chronic hepatitis C in African Americans. **Clin. Liver Dis.**, v. 9, n. 3, p. 338-427, Aug. 2005.

RAIA, S. M. A.; MIES, S. Transplante de fígado. In: RAIA, A. A.; ZERBINI, E. J. **Clínica cirúrgica.** 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1988. p. 774-782.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. Órgão Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Ano XI, n. 2, 62 p., Jan./Dez. 2006. Jurisdição.

SAAB, S.; BUSUTTIL, R. W. Practical management of liver transplant recipients for hepatitis C. **Minerva Chir**, Charlottesville, v. 58, n. 4, p. 389-479, Aug. 2003.

SAAD, W. A.; CHAIB, E.; D'ALBUQUERQUE, L. A. C. **Atlas de cirurgia de fígado**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998. 213 p.

SABA, V. K. The classification of home health care nursing. **Caring**, v. 11, n. 3, p. 50-57. 1992.

SALVIANO, M. E. M. (Coord.) **Protocolo da assistência ao paciente de transplante hepático na unidade de internação**. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2001. 23 f. Mimeografado.

SANCHEZ, E. Q.; KLINTMALM, G. B. Postoperative management beyond the intensive care unit: adults. In: BUSUTTIL, R. W.; KLINTMALM, G. B. **Transplantation of the liver**. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. cap. 58, p. 865-880.

SANFEY, H. Gender - specific issues in liver and kidney failure and transplantation: a review. **Journal of Women's Health**, Virginia, v. 14, n. 7, p. 617-626, Sept. 2005.

SANTOS, S. M. A. A especificidade da enfermagem na equipe interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 56-161, Maio/Ago. 1997.

SHAAL, P. G.; SLEMENDA, M. B. Nurse's response to transplants: a system review. **AORN Journal**, Denver, v. 39, n. 1, p. 5-42, Jan. 1984.

SHERLOCK, S.; DOOLEY, J. **Doenças do fígado e do sistema biliar**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 599 p.

STARZL, T. Back to the future. **Transplantation**, Lippincott William & Wilkins, v. 79, n. 9, p. 1009-1014, May 2005.

STARZL, T. E. Peter Brian Medawar: Father of transplantation. **Journal of the American College of Surgeons**, Pittsburgh, v. 180, p. 332-336, Mar. 1995.

STROUSE, T. B. Neuropsychiatric outcomes in liver transplant recipients. In: BUSUTTIL, R. W.; KLINTMALM, G. B. **Transplantation of the liver**. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. cap. 66, p. 1019-1027.

TART, J. S. Recovery following liver transplantation. In: KILLENBERG, P. G.; CLAVIEN, P. **Medical care of the liver transplant patient**. Ontario: Blackwell Science, 1997. p. 137-146.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

UNITED NETWORK OF ORGAN SHARING. **Talking about transplantation: questions and answers for patients and families about MELD and PELD**. Estados Unidos, 2007. 6 p. Disponível em: <<http://www.unos.org/SharedContentDocuments/MELD-PELD.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Câmara de pós-graduação. Resolução nº 03/2001, de 5 de julho de 2001. Aprova o curso de enfermagem hospitalar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. **Boletim UFMG**, Belo Horizonte. 2001.

WALL, W. J.; KHAKHAR, A. Retransplantation for recurrent hepatitis C: the argument against. **Liver transplantation**, v. 9, n. 11, p. 573-578, Nov. 2003. Supplementum 3.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Avaliação e intervenção na família. In: _____. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. Tradução de Silvia M. Spada. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. cap. 1, p. 11-52. Original inglês.

*A*PPENDICES

3. ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BÁSICAS

(Padrão, hábitos, frequência)

Sono/repouso:	_____
Atividades físicas/lazer:	_____
Alimentação - Dieta:	_____
Tolerância:	_____ Jejum desde: _____ h do dia _____
Preferências:	_____ Hidratação: _____
Cuidado corporal:	_____
Eliminações (pulmonar, gastrointestinal, vesical):	_____
Regulação hormonal:	_____
Regulação imunológica: GS:	_____ Alergoses: _____
Sexualidade/reprodução:	_____
Habitação: () própria; () alugada. Infra-estrutura sanitária:	_____
História Sócio-familiar/espiritual:	_____

4. EXAME FÍSICO

ASPECTO GERAL: (estado mental/emocional, locomoção, integridade física, vestuário, biotipo)	_____ - _____
Parâmetros vitais: Tax: _____ °C; PA: _____ mmHg; FR: _____ irpm; Sat.O ₂ : _____ %	
Pulso: _____ bpm (descrição): _____	
Dados antropométricos: Peso: _____ kg; Altura: _____ m; Circunferência abdominal: _____ cm; IMC: _____	
Condições dos segmentos: (Integridade cutâneo-mucosa; limpeza, cor; temperatura, motilidade)	
CABEÇA/PESCOÇO:	
Couro cabeludo: _____ Face: _____	
Órgãos dos sentidos: visão: _____ audição: _____	
Gustação: _____ olfato: _____ tato: _____	
Cavidade Oral: _____	
Tireóide/gânglios: _____	

TRONCO:

Tórax: _____

Abdome: _____

Dorso/lombo-sacra: _____

Genitália: _____

MEMBROS:

Superiores: _____

Inferiores: _____

5. IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR

6. DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM

Resultados de exames complementares (laboratoriais ou de imagem):

Especificação da terapêutica (propedêutica, cirurgia, medicações específicas, tratamento de suporte):

Enfermeiro: _____ COREN: _____

APÊNDICE C

Modelo – Consentimento para publicação de fotos



Enfermagem
UFMG

Programa de Pós-Graduação
Escola de Enfermagem da UFMG

CONSENTIMENTO PARA PUBLICAÇÃO

Eu _____, RG: _____ autorizo a
mestranda Márcia Eller Miranda Salviano a publicar em seu texto de dissertação:
“**Transplante hepático: Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA em
pacientes no pós-operatório na unidade de internação**”, as fotos aqui impressas.

Anexar foto aqui

Assinatura
(colaboradora)

Márcia Eller Miranda Salviano
(pesquisadora)

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2007

*A*NEXOS

ANEXO A

Aprovação Câmara Departamental da EEUFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA-ENB
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3º andar - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 249.9853/ 248.9852 FAX.: 248.9830 E-mail: enb@dourado.enf.ufmg.br

PARECER Nº: 05/06-ENB

ASSUNTO: Projeto de Pesquisa - Perfil Diagnóstico de Enfermagem em pacientes de transplante hepático na unidade de Internação (Título Provisório)

INTERESSADA: Profa. Dra. Daclé Vilma Carvalho (Orientadora)
Enfa. Márcia Eller (Aluna do Mestrado/EEUFMG)

RELATORA: Profa. Dra. Aidê Ferreira Ferraz

HISTÓRICO:

Recebi, em 23/03/2006 o projeto acima referido acompanhado do parecer favorável da VDTE do HCUFGM, campo do estudo, para emissão de parecer para aprovação pela Câmara Departamental do ENB.

MÉRITO:

Ao analisar o referido projeto, em seus aspectos gerais, constatei que o mesmo contém com clareza todas as informações necessárias à compreensão do trabalho que se pretende desenvolver e a descrição de todas as etapas metodológicas referentes à abordagem quantitativa a ser adotada.

O projeto em questão apresenta-se criteriosamente elaborado e nele estão claros a justificativa, o objetivo, o método a ser utilizado e as demais etapas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa. O Cronograma apresentado é compatível com o prazo para a defesa da dissertação no Curso de Mestrado da EEUFMG.

É oportuno ressaltar que o tema da pesquisa é de inargüível relevância para a Enfermagem, para o hospital campo do estudo, para a sistematização da Assistência de Enfermagem e se coaduna com as premissas estabelecidas pelo ENB, no que tange às pesquisas a serem desenvolvidas; é coerente com a linha de pesquisa da docente

orientadora, além de poder ser considerado como um passo importante para a implementação da sistematização da Assistência de Enfermagem no hospital em que o estudo será desenvolvido.

Além dessas ponderações e análises, o projeto de pesquisa contempla a observância rigorosa dos princípios éticos de que trata a Resolução 196, sobre Pesquisa em seres humanos.

Na oportunidade, sugerimos às autoras a inclusão, no cronograma, do período previsto para encaminhamento do relatório final para publicação em periódicos de Enfermagem e/ou de áreas afins.

VOTO:

Diante do exposto, somos pela aprovação do projeto em análise, salvo melhor juízo da Câmara Departamental do ENB.

Belo Horizonte, 26 de Março de 2006.

PROFA. DRA. AIDÊ FERREIRA FERRAZ

Relatora

Documento aprovado em
Câmara Departamental
em 30/03/2006
Chefe do ENB

Prof. Dra. Adelaide De Mattia Rocha
Chefe do Deptº da Enfermagem Básica
Inscrição na UFMG nº 035416

ANEXO B**Aprovação da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem do HC-UFMG**

**Vice Diretoria Técnica
de Enfermagem**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
VICE-DIRETORIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM**

Belo Horizonte, 14 de novembro de 2005

Parecer nº 009 / 2005 - VDTE

Assunto: Apreciação pela Vice-diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE) do Projeto de Pesquisa intitulado *Perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes de transplante hepático*

Interessada: Enf^aMárcia Eller M. Salviano – pesquisadora responsável

Histórico

Em 04 de outubro de 2005 recebemos o Projeto de Pesquisa intitulado *Perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes de transplante hepático*, para parecer da Vice-diretoria Técnica de Enfermagem, em atendimento às normas institucionais para desenvolvimento de pesquisa. A documentação recebida inclui o Projeto propriamente dito e documento assinado pelo pesquisador responsável solicitando avaliação do projeto pela VDTE.

Mérito

O projeto em apreciação trata-se de pesquisa apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. É um estudo proposto para ser desenvolvido na unidade de transplantes do Hospital das Clínicas com o objetivo de traçar o perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes adultos submetidos à transplante hepático no período de setembro de 2005 a agosto de 2006. A metodologia prevê duas etapas, sendo a primeira descritiva, utilizando os históricos de enfermagem preenchidos no pré-operatório imediato e registros de enfermagem do prontuário do paciente para identificação do diagnóstico de enfermagem. É importante ressaltar que os prontuários atualmente utilizados na instituição não incluem *histórico de enfermagem*, o que implica na sua elaboração anterior para os pacientes potenciais com vistas a compor a amostra do estudo. Portanto, entende-se que o mesmo será realizado somente para fins da pesquisa em apreciação, não sendo incluído no prontuário como documento formal. Na segunda etapa, será realizado um estudo exploratório de análise dos diagnósticos identificados, buscando explorar as características definidoras, os fatores de risco e os fatores relacionados aos mesmos. O cronograma apresentado prevê o período da coleta de dados de maio a agosto de 2006. Os dados serão organizados e tratados estatisticamente – estudo de prevalência e incidência. A análise será feita com base no referencial teórico e na classificação dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*. No que se refere aos aspectos éticos, o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética da UFMG. O orçamento apresentado – R\$15.134,90 – será pleiteado junto a instituições financiadoras de pesquisa.

Hospital das Clínicas da UFMG – Av. Alfredo Balena 110 – 1º andar – ala Sul
(31) 3248-9362/9363 – dte@hc.ufmg.br

**Vice Diretoria Técnica
de Enfermagem****Conclusão**

Com base na documentação apresentada e considerando que o projeto em questão é relevante para a instituição, somos s.m.j., favoráveis ao desenvolvimento do estudo proposto, em especial no momento em que a VDTE elabora sua proposta de sistematização da assistência de enfermagem.

Enfª Eliane Marina Palhares Guimarães
Vice Diretora Técnica de Enfermagem - Titular

Eliane Marina Palhares Guimarães
Vice-Diretora Técnica de Enfermagem - Titular
COREN - 18.397 - Insc 111243
HC - UFMG

ANEXO C

Aprovação DEPE do HC-UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE

UFMG

Belo Horizonte, 08 de junho de 2006.

PROCESSO Nº 018/06

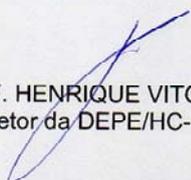
TÍTULO: " Perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes de transplante hepático na unidade de internação."

Sr(a) Pesquisador(a):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação 31/05/2006, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional.

Solicitamos enviar à DEPE relatório parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,


PROF. HENRIQUE VITOR LEITE
Diretor da DEPE/HC-UFMG

À
Profa. Daclé Vilma Carvalho
Depto. Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem

ANEXO D

Aprovação COEP UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

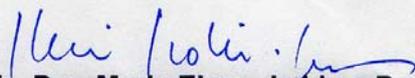
Parecer nº ETIC 0115/06

**Interesse: Profa. Daclé Vilma Carvalho
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 31 de maio de 2006 o projeto de pesquisa intitulado “**Perfil Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes de Transplante Hepático na Unidade de Internação**” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG