

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**PROGRAMA DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA EQUIPE DE
ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE
HEPÁTICO**

ELISA BORGES KUZE

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kuze, Elisa Borges Kuze
Programa de ações educativas para equipe de
Enfermagem no Intraoperatório de Transplante
Hepático / Elisa Borges Kuze Kuze ; orientadora,
Lúcia Nazareth Amante , coorientadora, Juliana
Balbinot Reis Girondi , 2017.
217 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Transplante Hepático. 3.
Educação Continuada. 4. Enfermagem. 5. Centro
Cirúrgico. I. , Lúcia Nazareth Amante. II. ,
Juliana Balbinot Reis Girondi. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem. IV. Título.

ELISA BORGES KUZE

**PROGRAMA DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA EQUIPE DE
ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE
HEPÁTICO**

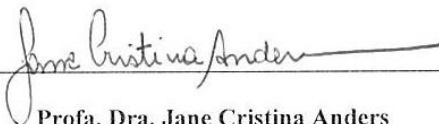
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante. Coorientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Florianópolis
2017

Elisa Borges Kuze

**“PROGRAMA DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA EQUIPE DE
ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE
HEPÁTICO”.**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de:
Mestre profissional em gestão do cuidado em enfermagem.



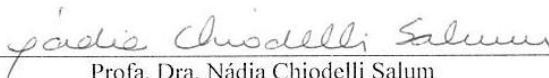
Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em
Enfermagem

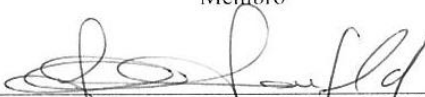
Banca Examinadora:



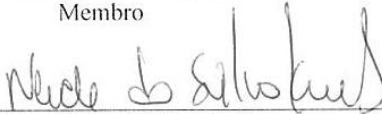
Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante
Presidente



Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum
Membro



Profa. Dra. Luciara Fabiane Sebold
Membro



Profa. Dra. Neide da Silva Knih
Membro

*Dedico esta dissertação à minha filha Luiza,
pois você é minha fonte de inspiração, motivo para
minhas melhores conquistas.*

Te amo Muito!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João Carlos e Maria José, que sonharam comigo, que trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos meus. São meu amigos, companheiros de todas as horas. Hoje sou uma profissional melhor, pois vocês souberam me encaminhar, me ensinaram o que é amor, dedicação, dignidade e persistência. À vocês ofereço esta vitória! Amo vocês!

À minha filha Luiza, fonte de infindável orgulho e satisfação, que enche meu coração de alegria, obrigada! Desculpe as ausências para poder estudar. Saiba que és o motivo desta conquista. Te amo muito!

Ao meu irmão, que sempre está do meu lado, me incentivando, torcendo pelo meu sucesso, sempre com um sorriso estampado, com suas brincadeiras! A minha cunhada Michele, meus sobrinhos Vitor e Sofia, obrigada pelo apoio dado nesta etapa.

Ao meu namorado Arthur, obrigada pela paciência, pelas palavras de conforto, pela tolerância nos dias mais pesados, pelo carinho e dedicação. Você é muito especial!

À minha orientadora, Profa. Lúcia Nazareth Amante, pela amizade e carinho prestado durante esses dois anos, pelas palavras de incentivo e especialmente pelo impulso e orientação para chegar ao final de mais uma etapa. Gratidão!

À minha Co-orientadora, Profa. Juliana Balbinot Reis Girondi, que nos auxiliou com sua experiência e sabedoria, contribuindo para construção desta empreitada.

À Profa. Nádia Chiodelli Salum, que foi uma grande amiga, minha dose homeopática de encorajamento, membro da banca examinadora, coordenadora pedagógica. Sem palavras, reconhecimento.

Aos membros da banca de qualificação e de sustentação: Fabi, Neide, Nádia, Ana Rosete e Janeide; que desde o início estiveram presentes na minha caminhada e puderam contribuir com seus conhecimentos para meu crescimento profissional.

À minha equipe de transplante hepático: Heronilde, Rosane, Gilson, Marilu, Ronaldo, Valdete, Deividi, Débora Carpes, Débora Haracrisma, Christina, Basílicia, Ivone, Larissa, Ângela, Gabriela, Karla, Anne, Tatiane e Ana Silvia. Obrigada por fazerem a diferença, trabalhando com tanta dedicação em um processo tão delicado para paciente e seus familiares, onde vocês trabalham com tanto amor, profissionalismo e comprometimento.

Às minhas amigas: grata pela amizade, companheirismo, pelos momentos que podemos dividir nossas alegrias, angústias, pelas palavras que acalmam e que alegam meus dias.

“A amizade desenvolve a felicidade e reduz o sofrimento, duplicando a nossa alegria e dividindo a nossa dor.”

[Joseph Addiso](#)

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, que me possibilitaram esta formação profissional.

Aos meus amigos e colegas, pelo estímulo, pelo apoio e pela parceria durante todo o processo de construção desta dissertação.

Ao Hospital Universtário, que me deu a oportunidade de participar da equipe de transplante, onde me incentivou a ir à busca de atualizações, e ao crescimento profissional.

E a todos àqueles que, direta ou indiretamente, participaram da construção deste trabalho. Muito obrigada!

RESUMO

KUZE, Elisa Borges. **Programa de ações educativas para equipe de enfermagem no intraoperatório de transplante hepático**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 217p.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante. - Linha de Atuação: Inovação tecnológica em saúde e enfermagem

Pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, cujos objetivos foram: definir as estratégias que compõem um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem e propor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem. O estudo foi realizado na unidade de Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Catarina e aprovado pelo comitê de ética de pesquisa com seres humanos com o parecer número 1.960.236. Participaram do estudo 16 integrantes da equipe de transplante hepático. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2016. Utilizou-se entrevista semiestruturada, as quais foram gravadas em áudio, transcritas pela pesquisadora principal e posteriormente validadas pelos participantes. A análise de dados foi a de conteúdo, organizada em três etapas sequenciais: pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação. Da análise de conteúdo emergiram três categorias: conhecimentos de todo processo de transplante hepático; apropriação dos cuidados de enfermagem perioperatórios em transplante hepático e integração e qualificação da equipe interdisciplinar. Na análise é destacada a importância e necessidade de conhecimentos e aproximação da equipe com todo o processo de transplante hepático, enquanto ferramenta essencial para a integralidade das ações e cuidados desenvolvidos. Os participantes também apontam a necessidade da equipe de enfermagem ser qualificada para exercer o seu cuidado, identificando e estabelecendo prioridades durante o transplante hepático

e a atuação perante as intercorrências e aspectos relacionados à sistematização da assistência de enfermagem, abordando inclusive os diagnósticos de enfermagem. Incluem ainda, o manejo de novas tecnologias para a apropriação deste cuidado. Também é destacada a importância da atuação da equipe interdisciplinar para o sucesso e segurança do processo de transplante hepático. Para efetivação de um cuidado seguro e de qualidade, a qualificação dos integrantes é premissa essencial destacada por todos os participantes desse estudo representados pelas falas. A elaboração de um programa educacional para a equipe de enfermagem que atua no transplante hepático no centro cirúrgico representa um modelo de sistematização de assistência diferenciado e de qualidade, de formação profissional, e com potencial para instrumentalizar as ações da equipe. A prática de enfermagem impulsiona métodos facilitadores para o cuidado, e a implementação de atividades educativas no cotidiano do profissional projeta o saber fazer de uma forma sistematizada, científica e de qualidade, padronizando as condutas de enfermagem, proporcionando maior segurança nas ações executadas. A proposta educativa serve como ferramenta para auxiliar no processo ensino-aprendizagem e nas pesquisas científicas. A limitação identificada com esse estudo foi não encontrar produções na área de enfermagem de materiais educacionais para os profissionais que atuam no período intraoperatório no transplante hepático. Devido à complexidade do tema, deseja-se que esta pesquisa sirva de auxílio para outros centros transplantadores, configurando-se como um instrumento científico para o desenvolvimento das atividades e a formação de programas de educação permanente de acordo com as necessidades das equipes que atuam com esta realidade.

Descritores: Transplante hepático; transplante de fígado; educação continuada; capacitação em serviço; enfermagem.

ABSTRACT

KUZE, Elisa Borges. **Program of educational actions for nursing staff in the intraoperative liver transplantation.** Dissertation (Professional Master's Degree) - Professional Master's Program Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 217p.

Advisor: Profa. Dr. Lúcia Nazareth Amante. - Line of Action: Technological Innovation in Health and Nursing

Exploratory research, descriptive of a qualitative approach, whose objectives were: to define the strategies that make up a permanent education program on the care and routines of the intraoperative period in hepatic transplantation for nursing professionals and to propose a permanent education program on care and routines of the intraoperative period in hepatic transplantation for nursing professionals. The study was carried out at the Surgical Center unit of the Hospital Universitário de Santa Catarina and approved by the human research ethics committee with the opinion number 1.960.236. Sixteen members of the liver transplant team participated in the study. Data collection was performed between November and December 2016. A semi-structured interview was used, which was recorded in audio, transcribed by the main researcher and later validated by the participants. The data analysis was of content, organized in three sequential steps: pre-analysis; exploration of the material and interpretation. Three categories emerged from the content analysis: knowledge of the whole liver transplantation process; appropriation of perioperative nursing care in hepatic transplantation and integration and qualification of the interdisciplinary team. The analysis highlights the importance and need of knowledge and approach of the team with the whole process of liver transplantation, as an essential tool for the integrality of actions and care developed. The participants also pointed out the need for the nursing team to be qualified to exercise their care, identifying and establishing priorities during liver transplantation and the performance of the interurrences and aspects related to the systematization of nursing care, including nursing diagnoses. They also include the management of new technologies for the appropriation of this care. It is also highlighted the importance of the interdisciplinary team's performance for the success and safety of the liver transplantation process. In order to ensure a safe

and quality care, the qualification of the members is an essential premise highlighted by all the participants of this study represented by the speeches. The elaboration of an educational program for the nursing team involved in liver transplantation at the surgical center represents a model of systematization of differentiated care and quality, professional training, and with the potential to instrumentalize the actions of the team. The practice of nursing promotes facilitating methods for care, and the implementation of educational activities in the daily routine of the professional projects the know how to do in a systematized, scientific and quality way, standardizing the nursing behaviors, providing greater security in the actions performed. The educational proposal serves as a tool to assist in the teaching-learning process and in scientific research. The limitation identified with this study was not to find productions in the nursing area of educational materials for professionals who work in the intraoperative period in liver transplantation. Due to the complexity of the theme, it is hoped that this research will serve as an aid to other transplant centers, becoming a scientific instrument for the development of activities and the formation of permanent education programs according to the needs of the teams that work on this reality.

Descriptors: Liver transplantation; Liver transplant; Continuing education; In-service training; nursing.

RESUMEN

KUZE, Elisa Borges. **Programa de acciones educativas para el personal de enfermería en el trasplante intraoperatorio del transplante.** Dissertation (Professional Master's Degree) - Professional Master's Program Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 217p.

Asesor: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante. - Línea de Acción: Innovación Tecnológica en Salud y Enfermería

Investigación exploratoria, descriptiva de abordaje cualitativo, cuyos objetivos fueron: definir las estrategias que componen un programa de educación permanente sobre los cuidados y rutinas del período intraoperatorio en trasplante hepático para los profesionales de enfermería y proponer un programa de educación permanente sobre los cuidados y rutinas del período intraoperatorio en trasplante hepático para los profesionales de enfermería. El estudio fue realizado en la unidad de Centro Quirúrgico del Hospital Universitario de Santa Catarina y aprobado por el comité de ética de investigación con seres humanos con el parecer número 1.960.236. Participaron del estudio 16 integrantes del equipo de trasplante hepático. La recolección de datos fue realizada entre noviembre y diciembre de 2016. Se utilizó entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas en audio, transcritas por la investigadora principal y posteriormente validadas por los participantes. El análisis de datos fue el de contenido, organizado en tres etapas secuenciales: pre-análisis; La exploración del material y el tratamiento de los resultados con la inferencia y la interpretación. Del análisis de contenido surgieron tres categorías: conocimientos de todo proceso de trasplante hepático; la apropiación de los cuidados de enfermería perioperatorios en trasplante hepático e integración y calificación del equipo interdisciplinario. En el análisis se destaca la importancia y necesidad de conocimientos y aproximación del equipo con todo el proceso de trasplante hepático, como herramienta esencial para la integralidad de las acciones y cuidados desarrollados. Los participantes también apuntan a la necesidad del equipo de enfermería ser calificada para ejercer su cuidado, identificando y estableciendo prioridades durante el trasplante hepático y la actuación ante las interurrencias y aspectos relacionados a la sistematización de la asistencia de enfermería,

abordando inclusive los diagnósticos de enfermería. También incluye el manejo de nuevas tecnologías para la apropiación de este cuidado. También se destaca la importancia de la actuación del equipo interdisciplinario para el éxito y la seguridad del proceso de trasplante hepático. Para la efectividad de un cuidado seguro y de calidad, la calificación de los integrantes es premisa esencial destacada por todos los participantes de este estudio representados por las palabras. La elaboración de un programa educativo para el equipo de enfermería que actúa en el trasplante hepático en el centro quirúrgico representa un modelo de sistematización de asistencia diferenciado y de calidad, de formación profesional, y con potencial para instrumentalizar las acciones del equipo. La práctica de enfermería impulsa métodos facilitadores para el cuidado, y la implementación de actividades educativas en el cotidiano del profesional proyecta el saber hacer de una forma sistematizada, científica y de calidad, estandarizando las conductas de enfermería, proporcionando mayor seguridad en las acciones ejecutadas. La propuesta educativa sirve como herramienta para auxiliar en el proceso enseñanza-aprendizaje y en las investigaciones científicas. La limitación identificada con este estudio fue no encontrar producciones en el área de enfermería de materiales educativos para los profesionales que actúan en el período intraoperatorio en el trasplante hepático. Debido a la complejidad del tema, se desea que esta investigación sirva de ayuda para otros centros transplantadores, configurándose como un instrumento científico para el desarrollo de las actividades y la formación de programas de educación permanente de acuerdo con las necesidades de los equipos que actúan con esta realidad.

Descriptor: trasplante de hígado; trasplante de hígado; educación continua; formación en servicio; enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da doação de órgãos ao transplante.....	52
Figura 2 – Fluxograma de logística do Transplante no Hospital Universitário SC.....	53
Figura 3 – Modalidades de doação de fígado para transplante.....	55

LISTA DE SIGLAS

AAN	Associação Americana de Neurologia
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CC	Centro Cirúrgico
CC/HU/ UFSC	Centro Cirúrgico / Hospital Universitário / Universidade Federal de Santa Catarina
CEPEN	Centro de Ensino e Pesquisas em Enfermagem
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOT T	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
HAV	Vírus da Hepatite A
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HDV	Vírus da Hepatite D

HEV	Vírus da Hepatite E
HGV	Vírus da Hepatite G
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico da Célula Humana
HU	Hospital Universitário
IML	Instituto Médico Legal
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
ME	Morte Encefálica
MELD	<i>Model for End-Stage Liver Disease</i> – (Modelo para doença hepática final – Escala MELD)
MMII	Membros Inferiores
NASH	<i>Nonalcoholic steatohepatitis</i> / Síndrome hepática gordurosa não alcoólica
NEPEN	Núcleo de Educação e Pesquisa em Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PAM	Pressão Arterial Média
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Processo de Enfermagem
PELD	<i>Pediatric End Stage Liver Disease</i> – (Modelo para doença hepática final – Escala PELD)

PVC	Pressão Venosa Central
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	25
2. OBJETIVOS.....	31
3. REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1. LEGISLAÇÃO E PROCESSO DE OACÃO/TRANSPLANTE DE FÍGADO	33
3.1.1. Aspectos históricos e gerais sobre: doação de órgãos e transplante	33
3.1.2. Morte encefálica e potencial doador	36
3.1.3 Aspectos legais da atuação da enfermagem na doação e transplante de órgãos.....	42
3.2 ASPECTOS ANATÔMICOS, FISIOLÓGICOS E FISIOPATOLÓGICOS DO FÍGADO.....	45
3.3 ORGANIZAÇÃO PROCESSUAL DO TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	50
3.4 ASPECTOS GERAIS DO MOMENTO CIRÚRGICO EM SALA OPERATÓRIA	54
3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM TRANSPLANTE DE FÍGADO	56
4. METODOLOGIA	61
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	61
4.2 LOCAL DA PESQUISA	62
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	64
4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: 65	
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	66
5. RESULTADOS	67
6. PRODUTO	87
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	111
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	112

ANEXO A – PORTARIA 1.160 DE 29 DE MARÇO DE 2006 DO MS	115
ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM 1480/97 MORTE ENCEFÁLICA	123
ANEXO C – RESOLUÇÃO COFEN 292/2004	128
ANEXO D –MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO TRANSPLANTE.	132
ANEXO E –ORIENTAÇÕES PARA A ALTA HOSPITALAR AO PACIENTE DE TRANSPLANTE DE FÍGADO	159
ANEXO F – MANUAL DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO .	166
ANEXO G – PORTARIA 1752/2005 MS – CIDOTH.....	203
ANEXO H – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA (CAAE).....	205
ANEXO I – INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/MPENF/2017 – PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM....	208
INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/MPENF/2017	208
FLORIANÓPOLIS, 21 DE JUNHO DE 2017.	208
ANEXO J - PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS RELACIONADOS AO TRANSPLANTE HEPÁTICO.....	211
ANEXO K - IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA PARA O TRANSPLANTE HEPÁTICO.	217

1. INTRODUÇÃO

Os transplantes de órgãos e tecidos são considerados uma terapêutica para diversas doenças crônicas e incapacitantes e oportunizam reabilitação e aumento da expectativa de sobrevida.

O transplante de fígado representa a única forma de tratamento, com sucesso, de pacientes portadores de uma variedade de doenças hepáticas terminais, dentre elas: insuficiência hepática aguda, insuficiência hepática crônica, cirrose e perturbações metabólicas; carcinoma hepatocelular e outros tipos de câncer hepático, incluindo hepatoblastoma, hemangioma, endotelioma e epitelioide e colangiocarcinoma hilar. Apesar das melhorias significativas no tratamento médico das complicações da cirrose, os pacientes ainda sofrem redução da qualidade de vida e devem enfrentar o fato de que sua doença inevitavelmente evoluirá para insuficiência hepática e morte (ALQAHTANI; LARSON, 2011).

No Brasil, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), existe um dos maiores programas de transplantes gratuito do mundo pautado em uma política fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e 10.211/2001. Essa política apresenta como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores, não maleficência em relação aos doadores vivos (DALBEM; CAREGNATO, 2010). Os registros da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) mostram crescimento nas taxas de doações e transplantes no país; contudo, ainda existe uma fila de espera extensa. A lista das pessoas que esperam o transplante é maior que a captação de órgãos e tecidos (DALBEM; CAREGNATO, 2010).

Atualmente, no contexto mundial, o Brasil aparece em uma posição de destaque na realização de transplantes hepáticos. Dados de 2016 o apontam como segundo país em número absoluto de transplantes quando comparado com outros 30 países, superado apenas pelos Estados Unidos. O transplante hepático no Brasil em 2016 cresceu 3,9% em relação à 2015, perfazendo um total de 1880 transplantes, dos quais 157 foram de doadores vivos e 1723 transplantes de doadores falecidos. Nos transplantes de fígado, a sobrevida em quatro anos do paciente é de 67% e do enxerto foi de 63%, respectivamente (ABTO, 2017).

No país atualmente há 53 centros transplantadores em doze Estados (ABTO, 2017), dos quais são referências em transplante de fígado o Hospital Universitário Walter Cantídio no Ceará, Albert Einstein em São Paulo e Santa Isabel de Blumenau.

Em Santa Catarina, existem três centros transplantadores de fígado: Hospital Municipal São José de Joinville, Hospital Santa Isabel de Blumenau e Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), localizado em Florianópolis. Em 2016 foram realizados 150 transplantes de fígado em Santa Catarina, a maioria no Hospital Santa Isabel que é o maior transplantador do estado (ABTO, 2017).

No HU/UFSC o transplante de fígado existe há cinco anos e ainda está em processo de estruturação. Os pacientes que são encaminhados para a instituição têm como principais indicações clínicas para o transplante: Cirrose por Vírus B e C, Hepatocarcinoma, Cirrose Alcoólica, Síndrome Hepática Gordurosa não Alcoólica (*Non alcoholic steatohepatitis*), Hepatite Fulminante, Cirrose Criptogênica e Hepatite. De acordo com dados estatísticos desta instituição, até junho de 2017 foram inscritos 106 pacientes, sendo que 04 foram removidos por MELD mínimo por mais de 90 dias e 03 destes removidos por não terem condições clínicas. Foram transplantados 85 pacientes, dos quais 72% obtiveram sucesso e 28% teve o desfecho óbito em virtude principalmente de: distúrbios de coagulação, infarto agudo do miocárdio, rejeição do enxerto, infecções e insuficiência renal. Ocorreram oito óbitos de pacientes que ainda estavam na lista de espera por um órgão, pré-transplante hepático (BRASIL, 2017).

O centro cirúrgico é uma unidade complexa, com rotinas próprias e com avanços constantes na tecnologia. Segundo Siqueira e Schuh (2017) o enfermeiro é o mediador da equipe cirúrgica, ele deve trabalhar em três esferas: científica, prática e ética. O enfermeiro é o profissional que gerencia, coordena, educa; este necessita de habilidades científicas, técnicas e habilidades humanas para manter um atendimento de qualidade e uma equipe preparada.

O enfermeiro é responsável pela organização do ambiente cirúrgico, pelo gerenciamento de equipamentos e materiais, por proporcionar um trabalho harmonioso entre a equipe, por desenvolver uma boa comunicação para que todos alcancem o mesmo objetivo MACENA, ZEFERINO E ALMEIDA (2014).

O interesse por essa temática está relacionado à experiência profissional da pesquisadora, pois esta atua como enfermeira no serviço de Centro Cirúrgico do HU/UFSC (CC/HU/UFSC) há sete anos, desenvolvendo inicialmente atividades de chefia e, atualmente, de enfermeira assistencial. Logo que entrou no CC/HU/UFSC, estava em andamento o projeto para a implantação do serviço de transplante de

fígado, para o qual foi convidada a participar efetivamente da equipe multidisciplinar em saúde que estava em formação.

Desde então, devido a toda complexidade que envolve o processo de trabalho da assistência hospitalar no período perioperatório, destacando o período do transplante hepático, percebe que são necessárias atualizações dos conhecimentos e das rotinas visando favorecer a capacitação dos profissionais envolvidos e estruturação da equipe de saúde. Por ser uma área em constante estudo, requer dos profissionais constante atualização e instrumentalização para atuar nesse processo, de forma segura para prestar uma assistência de qualidade.

De acordo Mendes et al. (2012), poucos são os estudos que enfocam os cuidados de enfermagem ao paciente de transplante hepático no período intraoperatório. O estudo de Mendes e Galvão (2008) teve como objetivo buscar e avaliar evidências sobre o conhecimento científico sobre os cuidados de enfermagem prestados ao paciente adulto submetido ao transplante de fígado no período perioperatório no período de 1994 a 2004, sendo que dentre os artigos selecionados dois enfocaram o período intraoperatório: um sobre os registros de enfermagem e a importância do mesmo e o segundo sobre o cuidado prestado e a necessidade do enfermeiro buscar conhecimentos científicos para justificativa do cuidado. Já Fontana e Andrade (2013) com o objetivo analisar artigos quanto ao cuidado de enfermagem aos pacientes adultos submetidos ao processo perioperatório de transplante de fígado no período de 2003 a 2013, encontraram duas revisões de literatura e um relato de experiência. Estes artigos descrevem sucintamente as ações de Enfermagem e aponta a necessidade de buscar novos conhecimentos para que cada vez mais essa assistência seja qualificada. Neste sentido, observa-se que temos poucos estudos de enfermagem no período intraoperatório e que há necessidade de padronização nos cuidados e a busca intermitente sobre o assunto.

Na referida instituição, observa-se alta rotatividade dos profissionais de enfermagem da equipe do transplante de fígado, ou seja, frequentemente esses profissionais deixam a equipe de transplante para atuarem em outros serviços ou setores do hospital e novos profissionais chegam para ocupar esta vaga. Assim, ocorre a constante mudança na equipe sendo que muitas vezes as pessoas são inseridas sem participar de uma capacitação prévia. Essa situação específica gerou na pesquisadora angústias, preocupações e impulsionou o desejo por desenvolver um projeto de pesquisa voltado à capacitação da equipe de enfermagem atuante na equipe de transplante hepático do HU/UFSC.

Concorda-se que o enfermeiro é responsável pelo planejamento e coordenação da assistência de enfermagem no período intraoperatório, com a premissa de favorecer e/ou propiciar educação continuada para outros provedores do cuidado em saúde, particularmente novos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. É o enfermeiro que direciona as estratégias de ensino-aprendizagem. Diante do contexto, a prática cotidiana impulsiona para o aprofundamento de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em período transoperatório de transplantes hepáticos. Observa-se que no CC/HU/UFSC a prática do cuidado de enfermagem baseia-se em experiências do dia-a-dia, e os novos profissionais não recebem uma capacitação ou um treinamento introdutório para atuar no serviço. E devido às especificidades desse cuidado, seria importante essa prática para atuar no serviço e logo serem incluídos para integrar a equipe de Transplante Hepático do CC/HU/UFSC. Esta situação torna o serviço mais lento devido à falta de conhecimentos e domínio das rotinas, reforçando cada vez mais a necessidade de capacitações para favorecer a segurança do paciente e o processo de trabalho da equipe de saúde como um todo e, principalmente, melhorar a assistência aos pacientes e familiares.

A educação permanente é uma ferramenta para atualização do conhecimento teórico-prático dos profissionais de enfermagem que atuam no serviço de transplante, bem como para a implantação de intervenções atualizadas direcionadas as principais necessidades do paciente em transplante hepático. Esta é compreendida como a constante busca pelo aprender, como uma das ações que possibilita o desenvolvimento do processo de mudança e que visa à qualificação profissional da enfermagem e conseqüentemente à realização da prática profissional competente, consciente e responsável (JESUS, 2010).

A equipe de enfermagem que trabalha no transplante de órgãos e tecidos necessita de um amplo conhecimento técnico e científico, porque o contexto geral do procedimento vai além do que se aprende durante o ensino. Cabe ao enfermeiro participar da organização e desenvolvimento de um programa de transplante efetivo e eficiente, por promover um cuidado de qualidade, por meio da tecnologia, logísticas e recursos humanos, para o aperfeiçoamento das atividades de coordenação, assistência, educação permanente e pesquisa, relacionadas ao transplante de órgão e tecidos (MENDES et al.,).

O preparo da equipe de enfermagem para o processo de transplante hepático é essencial para que se alcance o resultado

esperado, evitando-se a exposição do paciente ao risco de incidentes e eventos adversos durante a cirurgia. Neste sentido, reafirma-se a necessidade de criar uma capacitação para os profissionais que atuam na equipe de transplante hepático por meio de um método educativo dinâmico, contextualizado e de acordo com as necessidades dos profissionais.

Ressalta-se que a política de saúde vem se aprimorando a cada dia no que se refere a segurança do paciente, especialmente a segurança cirúrgica, que vem se expandindo mundialmente e se aprofundando para minimizar erros e danos aos pacientes. O *déficit* de infraestrutura e de materiais, a qualidade das medicações, os problemas administrativos das instituições, a dificuldade no controle das infecções, a educação em serviço insuficiente e o *déficit* de recursos financeiros são fatores que contribuem para a má qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Sendo assim, apresenta-se como problema de pesquisa: Quais estratégias devem compor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas no período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem?

2. OBJETIVOS

Definir as estratégias que compõem um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem.

Propor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Baseada na literatura acadêmica, artigos científicos e políticas/legislação acerca da temática estudada, esse capítulo apresenta um panorama para a melhor compreensão do objeto de estudo e embasamento teórico para o seu desenvolvimento.

Para isso, a sustentação teórica desta dissertação está composta pelos seguintes itens: Legislação e processo de doação/transplante de fígado; Aspectos Anatômicos, Fisiológicos e Fisiopatológicos do Fígado; Organização processual do transplante e doação de órgãos; Aspectos gerais do momento cirúrgico em sala operatória; e Educação permanente: subsídios para o cuidado em transplante hepático.

3.1. LEGISLAÇÃO E PROCESSO DE DOAÇÃO/TRANSPLANTE DE FÍGADO

3.1.1. Aspectos históricos e gerais sobre: doação de órgãos e transplante

A história do transplante hepático em seres humanos inicia em 1963, em Denver, nos Estados Unidos, com a equipe de Thomas Starzl. O paciente, uma criança de três anos com atresia de vias biliares, morreu logo após o término da cirurgia.

Depois de inúmeras tentativas em todo o mundo, o primeiro sobrevivente em longo prazo, transplantado em 1967, morreu 18 meses após em operação secundária a doença metastática. Em 1978, ocorre um fato importante na história dos transplantes: foi criada uma nova droga imunossupressora, a ciclosporina, mas ainda era muito nefrotóxica. Somente em 1980 a utilização desta droga foi iniciada em doses menores, buscando resultados satisfatórios. No Brasil, o primeiro transplante de fígado, com êxito, ocorreu em 1985, no Hospital das Clínicas de São Paulo; uma mulher de vinte anos de idade, com diagnóstico de tumor primário de fígado, mas faleceu 13 meses após com recidiva da doença (MEIRELLES JÚNIOR et al., 2015).

Em 1968 foi regulamentada e publicada no Brasil a Lei número 5.479 da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de doadores falecidos para finalidade terapêutica e científica. Esta Lei foi aperfeiçoada em 1992 com a promulgação da Lei número 8.489. Em 1998 foi criado o Sistema Nacional de Transplantes e utilizado o

consentimento, no qual era registrada sua decisão à doação ainda em vida. Em 2001, por determinação da Portaria GM/MS número 905/2000, foram criadas as Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), as quais, baseadas no modelo espanhol, passaram a ter um papel importante no processo de doação-transplante (ABTO, 2009).

Em 2007 foram criados o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada Estado brasileiro e os Cadastros Técnicos (lista única) para distribuição dos órgãos e tecidos doados. Foram também destinados recursos financeiros para o pagamento do processo de doação. Na grande maioria dos Estados, o processo de identificação e efetivação dos potenciais doadores corre por conta das CNCDO (ABTO, 2009).

No Estado de São Paulo, o processo foi descentralizado com a criação das Organizações de Procura de Órgãos (OPO). (ABTO, 2009). Em 2006, o Ministério da Saúde modificou os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente, sendo adotada a variável MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*) e PELD (*Pediatric End-Stage Liver Disease*), cuja Portaria é de número 1160, de 29 de março de 2006 – (ANEXO A) (BRASIL, 2006).

Esta portaria foi fundamental para se consolidar e garantir a transparência no processo de transplantes hepáticos no Brasil, uma vez que desde 1998, por meio da Portaria nº 3.407, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o critério para se definir a prioridade do transplante era tão somente o tempo de espera na lista de transplantes e não a gravidade do quadro atual do paciente. Passou-se a garantir assim que os pacientes com casos mais graves de hepatopatia tivessem prioridade no transplante de fígado.

Em 2009 foi aprovado o novo regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes aprimorando o funcionamento e o gerenciamento do SNT, das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de órgãos e dos demais integrantes do sistema, estabelecendo mecanismos que permitam uma melhor articulação entre essas instâncias (BRASIL, 2012).

O transplante de fígado é considerado o único tratamento eficaz para a doença terminal hepática. Considerado como modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal do paciente com doença hepática, em muitas situações se constitui no único

tratamento para pacientes com patologias em que há dano irreversível de algum órgão ou tecido (SILVA; CARVALHO, 2006).

As indicações para o transplante de fígado são: insuficiência hepática aguda, insuficiência hepática crônica, cirrose e perturbações metabólicas; carcinoma hepatocelular e outros tipos de câncer hepático, incluindo hepatoblastoma, hemangioendoteliomaepitelióide e colangiocarcinoma hilar (ALQAHTANI; LARSON, 2011).

As contraindicações absolutas são: síndrome da imunodeficiência adquirida, alcoolismo ativo ou abuso de substâncias, doença cardíaca ou pulmonar avançada, anormalidade anatômica que impossibilita o transplante de fígado, escore de Child-Turcotte-Pugh <7, colangiocarcinoma, neoplasia extra-hepática, insuficiência hepática fulminante com PIC (pressão intra craniana) sustentada <50 mmhg ou CPP (pressão de perfusão cerebral) <40 mmhg, hemangiossarcoma, não adesão persistente, sepse não controlada (FELDMAN; FRIEDMAN; BRANDT, 2013).

Atualmente o Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo, com produção de mais de vinte mil cirurgias por ano (ABTO, 2016). De acordo com Ministério da Saúde (2016) cada órgão tem uma fila de espera específica, baseadas na Lei nº 9.434/1997, no Decreto nº 2.268/1997 e na Portaria GM/MS nº 2.600/2009. As relações de pacientes são administradas pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do Ministério da Saúde, por meio de sistema informatizado.

A lista de espera depende de três fatores determinantes: compatibilidade sanguínea, tempo de espera e gravidade da doença. No caso dos transplantes de fígado, esse risco é mensurado por um índice matemático chamado Model for End-stage Liver Disease, ou Meld (em português, Modelo para a Doença Hepática em Estágio Terminal). O cálculo é feito com base nos exames laboratoriais do doente. Quanto maior for o resultado desse cálculo, mais à frente da lista o paciente é posicionado; entende-se quanto mais grave este paciente estiver, mais à frente a esta lista ele estará (MS, 2016).

O paciente à espera de um transplante precisa estar inscrito no Cadastro Técnico Único. Apesar de o sistema de transplantes e a fila serem nacionais, as distribuições são regionalizadas. Isso significa que o órgão do doador é viabilizado para um receptor do mesmo Estado. Isso acontece, primeiramente, por questões de logística de transporte. Além disso, considera-se o tempo de isquemia, isto é, o prazo de duração que o órgão resiste sem irrigação fora do corpo (MS, 2016).

O processo de doação-transplante resumidamente funciona da seguinte forma: primeiramente é identificado um potencial doador, notificado a CNCDO (Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos). É realizado avaliações clínicas e laboratoriais para o diagnóstico de Morte Encefálica (ME) criteriosamente. Após diagnóstico fechado de ME, uma equipe preparada no hospital, realiza a entrevista com familiar do potencial doador para o consentimento à doação de órgãos e tecidos passíveis para a utilização. Existindo a concordância da doação, é confirmado a CNCDO para então realizar o processo de logística. É a CNCDO que promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada (ABTO, 2016).

3.1.2. Morte encefálica e potencial doador

Atualmente o transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhora na qualidade e na perspectiva de vida dessas pessoas. Com a evolução das técnicas cirúrgicas, o desenvolvimento medicamentoso (imunossuppressores) e a compreensão imunológica da compatibilidade e rejeição, o transplante deixou de ser um tratamento experimental e passou a ser eficaz no controle das insuficiências terminais de alguns órgãos e falência de alguns tecidos. O número de pacientes em lista *versus* o número de transplantes continua sendo uma desproporção crescente, pois pode haver falta de notificações de pacientes com morte encefálica (ME) para as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos (ABTO, 2009).

A noção de ME surgiu em 1959, por um grupo de neurologistas franceses, pela condição clínica em que se encontra o encéfalo morto em um corpo vivo, denominada na época de coma *Dépassé*, caracterizada por aumento da pressão intracraniana, hipóxia do tecido cerebral, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, e também um descontrole da temperatura corporal. Após anos de discussões sobre este tema, em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), foi criada uma comissão que definiu morte como cessação irreversível das funções circulatória e respiratória ou a parada irreversível do funcionamento de todo o encéfalo. Em 1995, a Associação Americana de Neurologia (AAN) publicou revisão de literatura médica associada à classificação, baseada em graus de evidência científica de mais de 200 artigos sobre ME que

possibilitaram a definição dos critérios utilizados atualmente (FREIRE et al., 2013).

No Brasil, o Conselho Regional de Medicina (1997) (Resolução 1480/97) define a ME pela perda irreversível das funções do encéfalo (cérebro e tronco encefálico), manifestada por coma aperceptivo, ausência dos reflexos de tronco encefálico. As principais causas de ME são: trauma de crânio por acidente de automóvel, moto, ferimento por arma de fogo, atropelamento, acidente vascular cerebral (AVC) (ABTO, 2009).

Considera-se como Potencial Doador todo paciente em ME, sendo que no Brasil, o diagnóstico é definido com base na Resolução Conselho Federal de Medicina Nº 1480/97 (CFM, 1997) (ANEXO B) devendo ser registrado em prontuário, ter um Termo de Declaração de Morte Encefálica, descrição detalhada do exame neurológico que demonstra ausência dos reflexos do tronco cerebral, bem como o relatório de um exame complementar. Para constatar o diagnóstico de ME é necessário inicialmente certificar-se de que: o paciente tenha identificação e registro hospitalar; a causa do coma seja conhecida e estabelecida; o paciente não esteja hipotérmico (temperatura menor que 35° C); não esteja usando drogas depressoras do Sistema Nervoso Central; não esteja em hipotensão arterial. Após essas certificações, o paciente deve ser submetido a dois exames neurológicos que avaliem a integridade do tronco cerebral. Estes exames são realizados por dois médicos não participantes das equipes de captação e transplante. De acordo com o Conselho federal de medicina (1997) (CFM – Resolução 1480/97) o intervalo de tempo entre um exame e outro é definido em relação à idade do paciente. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos recomenda que após o segundo exame clínico seja realizado um exame complementar que demonstre: ausência de perfusão sanguínea cerebral ou ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral (ABTO, 2016).

O óbito deve ser constatado no momento do diagnóstico da ME, com registro da data e horário do mesmo. Os pacientes, vítimas de morte violenta, são encaminhados obrigatoriamente para realização de autópsia. Após a retirada dos órgãos, o atestado de óbito é fornecido pelo médico do Instituto Médico Legal (IML). Já os pacientes com morte natural, recebem o atestado de óbito assinado pelo médico do hospital.

Com a identificação de um paciente com critérios clínicos de ME em um hospital o médico notifica a CNCDO de seu Estado. Para

diagnóstico de ME, deve-se respeitar a Resolução Conselho Federal de Medicina 1480/97. Após a identificação da ME por meio de exames laboratoriais, clínicos e de imagem, deve-se obter o consentimento familiar, por meio de uma entrevista a qual é realizada de forma clara e objetiva, por um profissional qualificado, capacitado. Sendo autorizada a doação de órgãos pelo familiar, é feita toda a logística para a captação dos órgãos e distribuição dos mesmos (ABTO, 2016).

Os critérios de aceitação dos doadores de órgãos têm sido cada vez mais ampliados devido a sua escassez, sendo aceitos doadores considerados como limítrofes. Atualmente, são poucas as contraindicações absolutas para doação, quais sejam: tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma *in situ* do colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central; sorologia positiva para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou para HTLV (Vírus linfotrópico da célula humana) I e II; sepsis ativa e não controlada; tuberculose em atividade (ABTO, 2009).

As causas para não efetivação de doação de órgãos são: a falta de notificação, a recusa familiar, a parada cardíaca, as contraindicações médicas ou os problemas logísticos (ABTO, 2009).

No Brasil, as CNCDO são o ponto de partida para iniciar o processo de doação, a partir da notificação de ME, e são responsáveis por concluir o processo de distribuição dos órgãos e tecidos obtidos para transplante. O serviço de coordenação tem duas funções primordiais: servir de suporte a todo processo de doação/transplante; responsabilizar-se pelo trabalho de distribuição dos órgãos e tecidos (ABTO, 2009).

Cada órgão tem um tempo relativo de isquemia fria ideal, sendo que é o esfriamento de um tecido ou órgão durante a diminuição da perfusão de sangue ou na ausência de suprimento sanguíneo. O tempo de isquemia fria durante o transplante de órgãos começa quando o órgão é resfriado com uma solução de perfusão fria após a obtenção de órgãos para a cirurgia e termina quando o tecido atinge a temperatura fisiológica durante os procedimentos do implante e é feito por um cálculo de hemodiluição para cada órgão: o coração tem 04 horas; o pulmão tem de 04 a 06 horas; o fígado tem 12 horas; o pâncreas tem até 20 horas; o intestino tem de 06 a 08 horas; os rins até 24 horas (em solução *E.collins*) e 36 horas (em solução UW); vasos até 10 dias (em solução UW), onde ficam submersos em líquidos de preservação dos órgãos para mantê-los (ABTO, 2009).

Atualmente, no Brasil, a definição de gravidade dos potenciais receptores de fígado é verificada através do critério de *Model for End-*

stage Liver Disease (MELD), que significa Modelo para Doença Hepática Terminal ou *Pediatric End-Stage Liver Disease* (PELD) modelo utilizado para crianças com menos de um ano de idade. O MELD/PELD consiste em escore que se baseia nos resultados dos exames laboratoriais de creatinina sérica, bilirrubina total e do INR (tempo de protrombina) (BRASIL, 2006).

O Sistema MELD é baseado em três exames de laboratório, simples e de fácil obtenção (razão normatizada internacional, bilirrubina total e creatinina), capazes de determinar, de maneira linear e correta, quais são os pacientes mais graves e que precisam de prioridade para receber o novo fígado. O valor máximo obtido no score MELD é de 40 pontos, sendo o valor mínimo considerado para inscrição na lista de espera o de seis pontos. Desde 2006 temos uma mudança nos critérios de gravidade e cálculos dos sistemas MELD e PELD, com a inclusão da medida do fator sódio aos exames laboratoriais (BRASIL, 2006).

A inclusão da medida do sódio vem em momento oportuno, pois a discussão a respeito da eficiência do sistema de alocação de órgãos baseados no sistema MELD é discutida não só no Brasil, mas no mundo todo. Silva et al. (2009), citam que mesmo com o avanço apresentado na alocação de órgãos com a utilização do critério MELD, algumas situações graves em que o paciente tem qualidade de vida ruim, como pacientes com cirrose hepática e algumas complicações como encefalopatia crônica, ascite refratária e hemorragia digestiva alta, por apresentarem score MELD baixo, não são contemplados com o transplante de fígado. Contudo, a utilização do método vem trazendo ótimos resultados ao longo dos últimos anos, diminuindo consideravelmente a lista de espera e a morte.

Salvalaggio et al. (2012), em estudo realizado junto ao banco de dados de transplante de fígado do Estado de São Paulo, obtiveram como principal achado a validação da eficiência do sistema de alocação MELD no Brasil. Segundo a pesquisa, houve redução de mortalidade na lista de espera, associada a intervalo menor para receber um transplante após a introdução do sistema MELD. Os profissionais de saúde dos EUA seguem os critérios da lista de espera da *United Network for Organs Sharing* (UNOS). A UNOS é uma entidade privada que realiza a organização do sistema de distribuição de órgãos dos EUA e determina que a prioridade do paciente é dependente de três fatores: tamanho do doador, tamanho do receptor e pontuação MELD (COELHO, 2012).

Após inscrição em lista para transplante hepático inicia-se a espera pela oferta do órgão proveniente de um doador diagnosticado com ME.

A Portaria Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 apresenta minuciosamente todos os critérios de seleção para transplante e em módulo específico (seção IV), os critérios para distribuição do fígado.

Resumidamente a seleção para fins de transplante é processada mediante critérios como identidade ou compatibilidade ABO, compatibilidade anatômica do doador, faixa etária, critérios de gravidade e tempo de espera em lista (BRASIL, 2006).

Quanto à compatibilidade/identidade ABO: é observada a identidade ABO entre doador e receptor, com exceção dos potenciais receptores do grupo B que concorrem também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo O caso apresentem MELD igual ou superior ao valor mediano de MELD dos pacientes do grupo O transplantados pela mesma CNCDO no ano anterior; e potenciais receptores do grupo AB que concorrem também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo A caso apresentem MELD igual ou superior ao valor mediano de MELD dos pacientes do grupo A transplantados pela mesma CNCDO no ano anterior (BRASIL, 2006).

Quanto à compatibilidade anatômica e por faixa etária: para potenciais receptores com idade maior ou igual a 18 anos, considera-se a identidade ABO; tempo de espera e compatibilidade ABO; os menores de 18 anos terão preferência na alocação de fígado quando o doador for menor de 18 anos ou pesar menos de 40kg (BRASIL, 2006).

Gravidade clínica: avaliada de acordo com o sistema MELD/PELD. O valor de MELD mínimo aceito para inscrição em lista de transplante é 11 sendo que para menores de 12 anos não existe um valor mínimo de PELD para inscrição. De acordo com os critérios de gravidade MELD, prioriza-se o de maior pontuação, considerando ainda o tempo de espera em lista, conforme a seguinte fórmula: para candidatos receptores com idade igual ou superior a 12 anos (cálculo do MELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera (data atual - data de inscrição em lista, em dias)). Os exames para cálculo do MELD tem prazo de validade e são renovados, no mínimo, na seguinte frequência: a) MELD de 11 a 18 - validade de três meses, exames colhidos nos últimos 14 dias; b) MELD de 19 a 25 - validade de um mês, exames colhidos nos últimos sete dias; c) MELD maior que 25 - validade de sete dias, exames colhidos nas últimas 48 horas (BRASIL, 2006).

Situações especiais: algumas situações fornecem aos pacientes um MELD/PELD corrigido, pois em razão de sua gravidade devem transplantar no menor tempo possível. Para tanto, estes recebem um MELD/PELD corrigido inicial de 20 pontos caso o MELD/PELD puro seja menor que esta pontuação. Caso estes pacientes não transplatem em três meses, sua pontuação passa automaticamente para 24 pontos e em seis meses para 29 pontos. São consideradas situações especiais: tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado e sem doença extra-hepática detectável; hepatocarcinoma maior ou igual a 2cm de diâmetro, dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção; polineuropatia amiloidótica familiar – graus I, II e III; síndrome hepatopulmonar – PaO₂ menor que 60mm/Hg em ar ambiente; hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística, com síndrome compartimental; carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática; hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irressecável e sem doença extra-hepática; adenomatose múltipla, bilobar extensa e irressecável; e doenças metabólicas com indicação de transplante – fibrose cística, glicogenose tipos I e IV, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária, hemocromatose (BRASIL, 2006).

Priorizações: correspondem às situações de urgência, tais quais: insuficiência hepática aguda grave; não funcionamento primário do enxerto; trombose de artéria hepática notificada após o transplante; pacientes anepáticos por trauma (BRASIL, 2006).

Contraindicações Absolutas: sepse não controlada; neoplasia maligna intra ou extra abdominal, exceto intracraniana; sorologia positiva para HIV (vírus da imunodeficiência humana), HTLV (vírus linfotrópico da célula humana) I e HTLV (vírus linfotrópico da célula humana) II (BRASIL, 2006).

Situações Especiais: São situações especiais os seguintes casos: 1. Sorologias positivas. 2. Infecção intraabdominal (peritonite, colangite). 3. Trauma abdominal com lesão hepática (dependente do grau). 4. Parada cardíaca perioperatória. 5. Doador hemodinamicamente instável, apesar de altas doses de vasoativas (noradrenalina >1 mcg/kg/min; dopamina >10 mcg/kg/min). 6. Esteatose. 7. Hipernatremia. 8. Uréia e creatinina. 9. Idade. 10. Transaminases e bilirrubinas. 11. Tempo de intubação (BRASIL, 2009b). A utilização do fígado nessas condições será feita a critério das equipes. A recusa do fígado baseada nesses critérios deverá ser imediatamente comunicada à

CNCDO. Quando por qualquer motivo a equipe responsável pela retirada do fígado decidir não utilizá-lo isso deverá ser informado à CNCDO, e prossegue-se a retirada do órgão até que haja orientação específica (até a CNCDO orientar conduta, a retirada prossegue) (BRASIL, 2006).

3.1.3 Aspectos legais da atuação da enfermagem na doação e transplante de órgãos

O transplante sendo um procedimento tão complexo tem necessidade de que o enfermeiro tenha conhecimentos plenos sobre o assunto para poder coordenar a sua equipe com qualidade na assistência.

Em relação à legislação na área de enfermagem existem algumas das normativas frente à doação de órgãos e transplantes previstas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução 292/2004 (ANEXO C), que preconiza ao enfermeiro responsável pelo processo de doação de órgãos e transplantes as seguintes ações: o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador cadáver, ou seja, em ME, bem como, planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes (COFEN, 2004).

Esse enfermeiro (que faz parte da equipe hospitalar) deve notificar a Central de transplante a existência do potencial doador; entrevistar o responsável legal do doador para solicitar, por escrito, o consentimento livre e esclarecido para autorização de doação de órgãos e tecidos para transplante; garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo o consenso familiar, bem como esclarecê-lo sobre o diagnóstico de ME e o processo de doação e transplante; aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos; documentar, registrar e arquivar o processo de doação-transplante no prontuário do doador, bem como do receptor; transcrever e enviar as informações sobre o processo de doação atualizada para Central de Transplante Estadual; receber e coordenar as equipes de retirada de órgãos, zelando pelo cumprimento da legislação vigente; executar e/ou supervisionar o acondicionamento do órgão até a cirurgia de implante,

ou transporte para outra instituição; acompanhar e/ou supervisionar e entrega do corpo à família (COFEN, 2004).

Paralelamente, o enfermeiro desenvolve ações que aperfeiçoam a doação de órgãos e tecidos para transplantes quais sejam: desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplante; promover medidas educativas quanto ao processo de doação e transplante de órgãos junto à comunidade; participar e organizar programas de conscientização/sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da doação e a obrigatoriedade de notificação de pessoas com diagnóstico de ME; aprimorar e capacitar os profissionais de enfermagem envolvidos com o processo de doação, por meio de cursos e estágios em instituições afins e favorecer a assistência interdisciplinar no processo de doação e transplante de órgãos (COFEN, 2004).

O enfermeiro é o profissional intermediador, deve estar plenamente capacitado e em busca de conhecimentos e atualizações. É ele que coordena a equipe, que capacita todos os membros da equipe de enfermagem, para promover um cuidado sistematizado e qualificado. Cabe ao enfermeiro responsável pelo cuidado de candidatos a transplante, receptores de transplante e pacientes transplantados aplicar a SAE, em todas as fases do processo de transplante de órgãos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré-transplante e pós-transplante (ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar).

Além disso, é essencial que o enfermeiro realize consulta de enfermagem periodicamente; integre o receptor e família no contexto hospitalar; realize visita domiciliar; encaminhe o receptor e cuidador para imunização profilática, de acordo com protocolo específico para cada tipo de transplante; oriente o receptor e o cuidador quanto aos trâmites legais do transplante, do Cadastro Técnico Único (que é o banco de dados do sistema informatizado da Central de Transplantes, que contém as informações de todos os pacientes inscritos para transplante), tempo de permanência, riscos e benefícios do transplante; solicite ao receptor e responsável legal o consentimento expresso após orientação e leitura da autorização do transplante, informando quanto à excepcionalidade e os riscos do procedimento; prescreva os cuidados pré-operatórios; efetue registro de solicitação do profissional responsável pela avaliação do doador ou órgão (ou seja, solicitam informações a central de transplantes, sobre condições do órgão do doador, para então repassar ao cirurgião transplantador), informando ao receptor ou responsável legal as condições do doador que possam

umentar os riscos do procedimento e/ou que possam diminuir a curva de sobrevivência do receptor; planeje, organize, coordene e execute a assistência de enfermagem durante o período de internação e pós-transplante, estimulando o autocuidado; elabore plano de alta; colabore com a equipe multiprofissional no trabalho de reabilitação do receptor, proporcionando o seu retorno às suas atividades cotidianas e realize acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar, de acordo com a necessidade do receptor (COFEN, 2004).

A padronização da assistência de enfermagem se faz necessária, pois é considerada uma ferramenta de qualidade, por meio de um suporte teórico, envolvimento humano nas pesquisas pela construção coletiva. A falta deste processo faz com que o exercício profissional se torne frágil, por vezes negligente e imprudente, podendo causar danos aos pacientes, problemas éticos ao expor os pacientes a erros e eventos adversos. (COREN-SP, 2014).

Muitas são as vantagens para a utilização de protocolos de assistência, tais como aprimorar a atuação dos profissionais, proporcionando maior segurança e melhorando a comunicação entre os profissionais. Um cuidado seguro, de qualidade, torna o serviço mais dinâmico e mais efetivo. O uso de protocolos facilita na implantação de novas tecnologias, em mudanças no cuidados, controle racional de materiais e equipamentos, fazendo que se tenha um melhor controle nos gastos hospitalares. O uso inadequado de protocolos, pode também causar danos e riscos ao cuidado, especialmente devido do não atendimento as recomendações ou mesmo por desconhecimento do cuidado baseado em evidências (COREN-SP, 2014).

Atualmente temos implantado no HU/UFSC o Manual de Orientações ao Paciente Candidato ao Transplante de Fígado, Manual de Orientações de Alta ao Paciente Transplantado e um Manual para os Profissionais (ANEXOS D, E e F).

Por fim, o papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico (CC) tem se tornado cada vez mais complexo na medida em que necessita realizar o gerenciamento do cuidado. Além da preocupação constante com a humanização do cuidado, são várias as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, isto gera um conflito entre o que deveria ser feito e o que ele tem condições de fazer (FONSECA, 2008).

3.2 ASPECTOS ANATÔMICOS, FISIOLÓGICOS E FISIOPATOLÓGICOS DO FÍGADO

O fígado é a maior glândula do corpo e, depois da pele, o maior órgão. Pesa cerca de 1.500g e representa aproximadamente 2,5% do peso corporal do adulto. Está situado principalmente no quadrante superior direito do abdome, onde é protegido pela caixa torácica e pelo diafragma. O fígado normal situa-se profundamente às costelas VII e XI no lado direito e cruza a linha mediana em direção à papila mamária esquerda. Ocupa a maior parte do hipocôndrio direito e do epigástrico superior e estende-se até o hipocôndrio esquerdo. Com exceção da gordura, todos os nutrientes absorvidos pelo sistema digestório são levados primeiro ao fígado pelo sistema venoso porta. Além de suas muitas atividades metabólicas, o fígado armazena glicogênio e secreta bile, um líquido amarelo-acastanhado ou verde que ajuda na emulsificação das gorduras (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014).

A bile sai do fígado pelos ductos biliares (ductos hepáticos direito e esquerdo), que se unem para formar o ducto hepático comum, que se une ao ducto cístico para formar o ducto colédoco. A produção hepática de bile é contínua; no entanto, entre as refeições ela se acumula e é armazenada na vesícula biliar, que também concentra a bile por meio da absorção de água e sais. Quando o alimento chega ao duodeno, a vesícula biliar envia a bile concentrada pelas vias biliares até o duodeno (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014).

Este órgão é totalmente recoberto por peritônio, exceto na sua porção posterior, onde o peritônio se reflete em direção ao diafragma, formando os ligamentos triangulares direito e esquerdo. Na sua porção anterior, o peritônio forma o ligamento falciforme, continuando em direção à parede abdominal anterior. Na sua margem livre está o ligamento redondo, que contém a veia umbilical, normalmente obliterada. O ligamento falciforme divide-se para formar os ligamentos coronarianos anteriores direito e esquerdo (COELHO, 2012).

Os ligamentos coronarianos posteriores são reflexões do peritônio diafragmático. Os ligamentos coronarianos anteriores e posteriores unem-se de cada lado para formar os respectivos ligamentos triangulares. À esquerda, o ligamento coronariano posterior une-se ao ligamento redondo e ambos continuam posterolateralmente para formar o ligamento gastro hepático (omento menor). Sua margem livre estende-se do duodeno às estruturas do hilo hepático, formando assim o

ligamento hepatoduodenal. Este ligamento vai recobrir a artéria hepática, a veia porta, o ducto biliar, vasos linfáticos e nervos no hilo hepático (COELHO, 2012).

O fígado é dividido em dois lobos anatômicos e dois lobos acessórios pelas reflexões do peritônio a partir de sua superfície, as fissuras formadas em relação a essas reflexões e os vasos que servem ao fígado e à vesícula biliar (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014). Algumas das suas funções são: filtração e armazenagem de sangue; metabolismo de carboidratos, proteínas, gorduras, hormônios e produtos químicos estranhos; formação de bile; armazenamento de vitaminas e de ferro e formação de fatores de coagulação (MCPHEE; HAMMER, 2015).

O fígado tem como função essencial prover fonte de energia constante para todo o organismo, sendo capaz de armazenar e modular nutrientes conforme as necessidades dos órgãos periféricos. O tecido adiposo, principalmente a gordura visceral, tem papel crucial no metabolismo hepático, liberando ácidos graxos livres e adiponectinas na circulação, que podem tanto aumentar como diminuir a sensibilidade à insulina no fígado e em outros tecidos. Tem habilidade de armazenar glicose na forma de glicogênio e sintetizar glicose a partir de outros precursores. Os ácidos graxos também são fonte importante de energia para o fígado, sendo capazes de fornecer grandes quantidades de ATP, além de eficientes formas de armazenamento de energia em longo prazo. O fígado também é o responsável pela síntese de proteínas séricas envolvidas na coagulação, como fibrinogênio (Fator I), fatores dependentes da Vitamina K (II, VII, IX, X), proteínas C e S, além de remover da circulação os fatores ativadores do plasminogênio, prevenindo a fibrinólise. Ele produz proteínas de transporte, com a albumina, e proteínas para transporte de ferro. As proteínas sintetizadas pelo fígado são: albumina, alfafetoproteína, alfa antitripsina, ceruloplasma, fibrinogênio, transferrina e ferritina. Ainda produz bile, fluido aquoso alcalino constituído por vários componentes orgânicos, incluindo sais biliares, colesterol, lecitina e bilirrubina, derivados da atividade do hepatócitos (COELHO, 2012).

As doenças do fígado podem acometer qualquer indivíduo, inclusive as crianças, conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 – Doenças do Fígado

Hiperbilirrubinemia hereditária	Envolvimento hepático em doenças sistêmicas
Síndrome de Gilbert	Sarcoidose
Síndrome de Crigler-Najjar, tipos I e II	Amiloidose
Síndrome de Dubin-Johnson	Doenças do armazenamento de glicogênio
Síndrome de Rotor	Doença celíaca
Hepatites Virais	Tuberculose
Hepatite A	<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>
Hepatite B	Síndromes Colestáticas
Hepatite C	Colestase pós-operatória benigna
Hepatite D	Icterícia da sepse
Hepatite E	Icterícia induzida por nutrição parenteral total (NPT)
Outras (mononucleose, herpes, hepatite por adenovírus)	Colestase da gravidez
Hepatite Criptogênica	Colangite e colecistite
Doenças imunes e autoimunes do fígado	Obstrução biliar extra-hepática (litíase, estenose, câncer)
Cirrose biliar primária	Atresia biliar
Hepatite autoimune	Doença de Caroli
Colangite esclerosante	Criptosporidiose
Síndrome sobrepostas (overtop)	Doenças do fígado induzidas por fármacos
Doença enxerto versus hospedeiro	Padrões hepatocelulares (isoniazida, paracetamol)

Rejeição transplante	Padrões colestáticos (metiltestosterona)
Doenças genéticas do fígado	Padrões mistos (sulfonamidas, fenitoína)
Deficiência de alfa-1 antitripsina	Esteatose microvesicular e macrovesicular (metotrexato)
Hemocromatose	Lesão Vascular
Doença de Wilson	Doença veno-oclusiva
Colestase intra-hepática benigna recorrente	Síndrome de Budd-Chiari
Colestase intra-hepática familiar progressiva	Hepatite isquêmica
Outras (galactosemia, tirosinemia, fibrose cística, doença de Neimann-Pick,, doença de Gaucher)	Congestão passiva
Doença alcoólica do fígado	Trombose da veia porta
Fígado gorduroso agudo	Hiperplasia regenerativa nodular
Hepatite alcoólica aguda	Lesões tumorais
Cirrose de Laennec	Carcinoma hepatocelular
Fígado gorduroso não alcoólico	Colangiocarcinoma
Esteatose	Adenoma
Esteato-hepatite	Hiperplasia nodular focal
Fígado gorduroso agudo da gravidez	Tumores metastáticos
	Abcesso
	Cistos
	Hemangioma

Fonte: MCPHEE; HAMMER, 2015.

As doenças que atingem o fígado apresentam vários sintomas conforme a evolução e a gravidade da doença, sendo os mais comuns: icterícia, ascite, fadiga, sangramento gastrointestinal, fraqueza muscular, colúria, acolia fecal, prurido e encefalopatias. Dependendo dos danos causados ao órgão pela doença de base, podem ocorrer alterações na absorção de vitaminas e nutrientes, acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e redução da produção de proteínas e outros fatores necessários para a coagulação sanguínea (BRASIL, 2012).

A doença do fígado mais frequente é a Hepatite Aguda e Crônica, além da Cirrose, as quais são abordadas sucintamente à seguir.

A – Hepatite Aguda

A hepatite aguda é um processo inflamatório que causa morte de células hepáticas por necrose ou pelo desencadeamento de apoptose (morte celular programada) (MCPHEE; HAMMER, 2015).

A hepatite aguda é causada comumente por um dos cinco vírus principais: vírus da hepatite A (HAV), vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), vírus da hepatite D (HVD) e vírus da hepatite E (HEV). Através do avanço na biologia molecular, novos vírus hepatotróficos têm sido descritos, como o da hepatite G (VHG), o vírus TT (TTV), o vírus SEN (SENV) (COELHO, 2012).

Outros agentes virais que podem causar a hepatite aguda, incluem o vírus *Epstein-Barr* (causa da mononucleose infecciosa), citomegalovírus, vírus da varicela, vírus do sarampo, herpes-vírus simples, vírus da rubéola e vírus da febre amarela (MCPHEE; HAMMER, 2015).

Os sintomas são geralmente inespecíficos, como mal estar, astenia, anorexia, náuseas e astralgias. Muitos pacientes referem apenas sintomas de quadro gripal. Com a evolução da doença, podem surgir dor abdominal tipo peso, icterícia, colúria, acolia fecal e prurido. O tratamento depende do tipo de sorologia e da gravidade dos sintomas (COELHO, 2012).

B - Hepatite Crônica

É uma categoria de distúrbios caracterizados pela combinação de necrose de células do fígado e inflamação de gravidade variável persistindo por mais de seis meses. Pode ser causada por infecção viral, fármacos e toxinas, fatores genéticos, metabólicos, ou autoimunes, ou por causas desconhecidas. A gravidade varia desde uma enfermidade assintomática estável, caracterizada somente por anormalidades de exames laboratoriais, até uma doença grave, gradualmente progressiva, evoluindo para cirrose, insuficiência hepática e morte. Dentre as

doenças mais comuns estão: Hepatite viral por infecção por Hepatite vírus B (HBV) e por Hepatite vírus C (HCV). Também temos a hepatite alcoólica, que devido a episódios repetidos de lesão aguda finalmente causam necrose, fibrose e regeneração, levando por fim, à cirrose. Inclui aqui a doença gordurosa do fígado não alcoólica, que está associada a síndrome metabólica e por último hepatite crônica idiopática (MCPHEE; HAMMER, 2015).

C– Cirrose

É caracterizada por lesão hepática, fibrose e regeneração nodular, ou seja, uma distorção irreversível da arquitetura do fígado. Na cirrose o fígado torna-se endurecido, atrofiado e nodular e exibe função deficiente e reserva diminuída em virtude de uma diminuição da quantidade de tecido hepático funcional. A física do fluxo sanguíneo é alterada de tal forma que a pressão na veia porta é elevada causando complicações devastadoras da doença hepática. Complicações da cirrose: Ascite, encefalopatia, hepatocarcinoma, hipertensão portopulmonar, peritonite bacteriana espontânea, sangramento digestivo, síndrome hepatopulmonar e síndrome hepatorretal. O tratamento da cirrose varia com os sintomas e complicações e gravidade. Mas nos casos de cirrose descompensada e insuficiência hepática, a única forma de tratamento é o transplante hepático (MCPHEE; HAMMER, 2015).

3.3 ORGANIZAÇÃO PROCESSUAL DO TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

A Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIDOTH) é uma equipe de profissionais de nível superior, sendo que o coordenador deste serviço deve ser um médico ou um enfermeiro. Conforme a Portaria nº 1752/2005 (ANEXO G) esta comissão identifica os potenciais doadores, por meio de busca ativa e realiza as entrevistas com os familiares dando a possibilidade de doar (Portaria n. 1752/2005). Esta portaria também determina que todos os hospitais com mais de 80 leitos tenham esta comissão. Tendo resposta positiva da família, a Central de Transplantes é notificada e inicia a organização da logística entre a captação dos órgãos e os receptores dos órgãos conforme cadastro em lista única.

Os pacientes são identificados por gravidade da doença, tipo sanguíneo, peso e altura; devendo haver compatibilidade entre doador e receptor. A doação pode ocorrer em cidade diferente do hospital transplantador. O hospital que está realizando a captação de órgãos encaminha todos os órgãos armazenados e acondicionados adequadamente: respeitando a temperatura ideal de cada órgão; a solução de preservação do órgão, que é específica, sendo estes embalados separadamente e identificados em caixas térmicas que após são encaminhadas para Central de Transplante para a devida distribuição.

Enquanto ocorre a identificação dos receptores, que são acionados pelas equipes transplantadoras, toda a logística é organizada de acordo com o tempo de isquemia de cada órgão. No HU/UFSC possuímos uma equipe que faz a busca ativa, temos doações de órgãos e somos referência para transplante de córnea e fígado.

O processo de doação de órgãos segue as seguintes etapas representadas no fluxograma da figura 1:

1 – Realização do diagnóstico de ME (detecção do potencial doador, avaliação, manutenção e diagnóstico da ME).

2 - Comunicação para familiares da ME e início dos diálogos sobre o processo de doação de órgãos e manifestação da família sobre o desejo de doar os órgãos, ou seja, autorização da família (consentimento familiar).

3 - Realização de Entrevistas com familiares para investigação dos hábitos do doador e histórico de saúde (documentação da ME)

4 – Retirada dos órgãos e armazenamento dos órgãos que são acondicionados em embalagens refrigeradas e com soluções para manterem a viabilidade e a seguir são encaminhados pela Central de Transplantes para os destinos identificados de cada receptor. Podendo por vezes, serem transportados para outros hospitais, ou até mesmo ficando no mesmo hospital do doador (aspectos da logística da captação, remoção de órgãos e tecidos).

5 – Realização do transplante (transplante) (BRASIL, 2016).



Figura 1 – Fluxograma da doação de órgãos ao transplante
Fonte: Elisa Borges Kuze

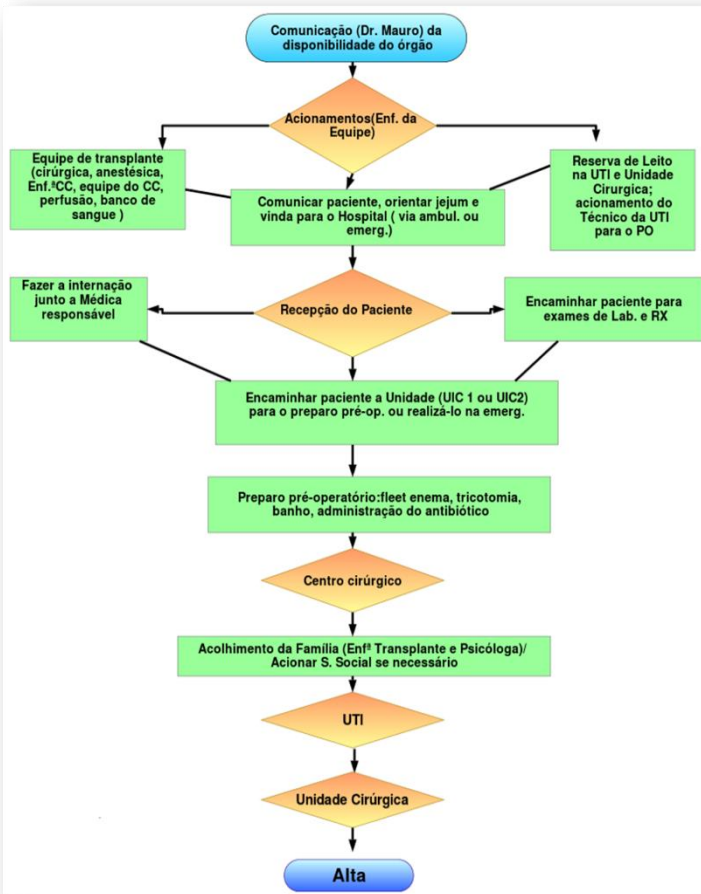


Figura 2 – Fluxograma de logística do Transplante no Hospital Universitário SC

Fonte: Manual de rotinas do transplante hepático no Hospital Universitário SC

3.4 ASPECTOS GERAIS DO MOMENTO CIRÚRGICO EM SALA OPERATÓRIA

O transplante hepático envolve desde a procura do fígado de um doador, o transporte do fígado doador até o hospital do receptor, a realização de uma hepatectomia no receptor e, em seguida, a implantação do fígado doador no receptor. Em sequência são realizadas as reanastomoses da veia cava supra-hepática, da veia cava infra-hepática, da veia porta e artéria hepática e a reconstrução biliar com a anastomose termino terminal dos ductos biliares comuns do doador e do receptor; ou anastomose com Y em *Roux* quando o ducto biliar do receptor está ausente em consequência da atresia biliar (ROTHROCK, 2007).

O transplante hepático leva em média de cinco a doze horas. O fígado doente é retirado por uma incisão no abdômen superior. Posteriormente, o fígado do doador é colocado na cavidade abdominal e os vasos sanguíneos (veias supra-hepáticas, veia porta e artéria hepática) são suturados às respectivas estruturas do receptor. A última etapa do transplante é a reconstrução de via biliar, que pode ser feita com o ducto biliar do receptor ou com um segmento de intestino, como nos casos de transplante para atresia de vias biliares na criança.

Após a cirurgia, os pacientes passam um a cinco dias em uma unidade de terapia intensiva se não houver qualquer complicação clínica ou cirúrgica pós-operatória. O tempo de internação hospitalar médio pós-transplante varia de uma a duas semanas (BRASIL, 2017).

Algumas doenças indicativas de transplante hepático conforme Portaria 2.600 do Ministério da Saúde são: hepatopatias virais crônicas avançadas, hepatopatias alcoólicas, hepatites crônicas e autoimunes, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, insuficiência hepática fulminante, tumores hepáticos, atresia biliar e distúrbios genéticos do metabolismo (BRASIL, 2009).

Existem três técnicas Cirúrgicas: a convencional; a Bypass venovenoso com circulação extracorpórea e a *Piggyback*. A técnica cirúrgica convencional envolve a ressecção da veia cava inferior retrohepática e o pinçamento da veia porta. Esta técnica pode causar: diminuição do retorno venoso, do débito cardíaco, da pressão arterial e aumento de perdas sanguíneas. Esta técnica é pouco tolerada pelos idosos e pelos pacientes com doença hepática avançada. O Bypass

venovenoso com circulação extracorpórea ocorre pelo estabelecimento de uma comunicação da veia porta com as veias cavas, superior e inferior, através de cateteres. Pode causar: Tromboembolismo com maior frequência, hipotermia, aumento da fase anepática. É uma técnica pouco utilizada. A técnica cirúrgica *Piggyback* preserva a veia cava inferior, mantendo o fluxo sanguíneo. É a mais utilizada atualmente, pois diminuiu tempo da fase anepática (SOEIRO, 2010).

Existem três tipos de doação de órgãos para transplante hepático (conforme Figura 02): o ortotópico (tradicional), o transplante de doador vivo (intervivos) e o *Split* (quando a doação é feita por duas pessoas, que devem ser compatíveis com o doador), sendo que no HU/UFSC temos somente o transplante ortotópico de fígado, ou seja, transplante de um fígado de um doador falecido.



Figura 3– Modalidades de doação de fígado para transplante
Fonte: João Eduardo Nicoluzzi (chefe do serviço de transplante do Hospital Angelina Caron).

Apesar dos avanços tecnológicos, médicos e cirúrgicos substanciais, o transplante hepático continua sendo um processo

complexo, que é acompanhado por significativa morbidade. O período pós-operatório imediato é um momento crucial, quando um acompanhamento rigoroso da função cardiorrespiratória, avaliação frequente do desempenho do enxerto, reconhecimento oportuno de complicações inesperadas e tratamento imediato da disfunção de órgãos extra-hepáticos são obrigatórios (FELTRACCO et al., 2011).

Alguns aspectos que interferem no resultado do transplante quando falamos nas condições do doador e do órgão são: condições clínicas, causa da morte encefálica, idade e análise macroscópica. Falando das condições do receptor, o que interfere no resultado do transplante é: presença de cardiopatia, hipertensão pulmonar, capacidade pulmonar, presença de diabetes mellitus, obesidade, desnutrição e idade avançada (FELTRACCO et al., 2011).

As complicações pós-operatórias dividem-se em técnicas e clínicas. Complicações técnicas: disfunção primária do enxerto, hemorragias, trombose de artéria hepática, estenose, obstrução das vias biliares. Complicações clínicas: renais, neurológicas, metabólicas, cardiovasculares, imunológicas, pulmonares e infecciosas (FELTRACCO et al., 2011).

Após um transplante de fígado a pessoa poderá ter uma vida relativamente próxima do normal; no entanto, existem alguns cuidados especiais que são adotados para garantir a saúde do transplantado, melhorando assim sua qualidade de vida. Este indivíduo passa a tomar para o resto da vida imunossupressores para inibirem a rejeição do órgão novo.

O tratamento imunossupressor tem como objetivo prevenir ou reverter a rejeição do enxerto, alterando o menos possível a imunidade não relacionada com o enxerto. Os medicamentos imunossupressores inibem ou reduzem a resposta do sistema imunitário aos aloantígenos do enxerto. É de fundamental importância buscar o equilíbrio entre máxima eficácia em evitar a rejeição com mínima supressão do sistema imune (BRASIL, 2011).

3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM TRANSPLANTE DE FÍGADO

Por meio de reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido no serviço de saúde, a Política Nacional de Educação

Permanente criou estratégias para a formação e desenvolvimento de profissionais que trabalham pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, conferindo uma transformação das práticas profissionais.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de modificar as práticas profissionais, podendo ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Esta é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009c).

Para adquirir uma assistência de qualidade, frente a constante evolução tecnológica nos serviços de saúde, especialmente no que se refere às cirurgias, centros de cirurgias e equipamentos altamente tecnológicos; é necessário manter um programa de capacitação e atualização nos serviços onde resulta em assistência qualificada (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Nesta perspectiva, visando o processo educacional em adultos, será utilizada a ciência da Andralogia, ou seja, a arte ou a ciência de ajudar adultos a aprender, sendo que este adulto é aquele que tem experiências da escola da vida, com expectativas concretas e impaciência com o conhecimento inaplicável (SOMERA; JUNIOR; RONDINA, 2010).

Esta ciência é utilizada para facilitar a aprendizagem e a capacitação, pois o adulto identifica sua prioridade, sugere ao docente um programa instrucional por meio do ponto de visto do aluno adulto. O docente planeja o curso, define conteúdo, seleciona estratégias, coloca em prática e avalia. As aulas devem conter dinamismo ímpar, a seleção das melhores ferramentas para se aprender, uma administração do tempo útil da aula (SOMERA; JUNIOR; RONDINA, 2010).

Os princípios da andralogia são:

- 1- Autonomia do aluno adulto, que toma suas próprias decisões e deseja sentir-se respeitado;

- 2- Sua experiência pode ser a base para a aprendizagem de novos conceitos e habilidades;
- 3- Seu interesse real é aprender aquilo que está relacionado com situações reais de sua vida;
- 4- Seu desejo é a aplicação imediata do novo conhecimento;
- 5- O aluno adulto requer motivações para aprender, ou seja, as internas ou aquelas ligadas aos valores e objetivos pessoais e as externas, ligadas ao desejo de obter prêmios, compensações ou evitar punições (SOMERA; JUNIOR; RONDINA, 2010).

O adulto se sente motivado a aprender quando participa do planejamento e execução das atividades educacionais, frente à isso a proposta deste estudo foi buscar o adulto a participar do processo de estruturação de um programa educacional, sendo que os mesmos identificaram suas necessidades e sugeriram estratégias para um programa educacional.

A educação permanente em saúde compreende a qualificação e a educação continuada, propondo a construção de espaços para a análise do processo de trabalho, problematizando o próprio fazer, inserindo as pessoas como atores das práticas e construtores do conhecimento e das alternativas de ação, desta forma o profissional utiliza a crítica e a reflexão para evoluir profissionalmente, buscando o saber (BRASIL, 2009c).

Visando à mudança nas práticas de saúde dos profissionais a Educação Permanente em Saúde foi proposta como medida de excelência para a qualificação profissional, cuja realização se dá pela análise do cotidiano de trabalho ou da formação em saúde, por meio de um processo pedagógico permeabilizado por relações concretas desenvolvidas de acordo com diferentes realidades e que possibilitem a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos serviços de saúde. —A proposta deste estudo foi fazer que os profissionais problematizassem o dia a dia de sua prática, buscando a reflexão crítica e trazendo soluções junto ao educador, fazendo então que o processo educacional seja prazeroso e estimulante (FIGUEREDO et al., 2014).

A enfermagem sempre está em busca de conhecimento e atualização, a educação permanente em saúde é um desdobramento dos movimentos de mudança na formação profissional. Paulo Freire, educador, denominou ação-reflexão-ação, quando há mudança no processo de transformar o pensamento em libertário, a partir da percepção crítica. Este processo permite a idealização por meio de ações

científicas analisadas, ou seja, transformar a prática, por meio da criticidade e da ação, através da consciência crítica dos fatos. Isso implica na necessidade por mais conhecimento técnico, na capacitação ética, humana e sócio cultural. Assim convergindo a responsabilidade social, no engajamento, no compromisso com a cidadania e com a promoção da saúde integral das pessoas às boas práticas de saúde. Unindo o saber e o fazer e gerando o saber-fazer (BALDISSERA; BUENO, 2014).

A educação permanente é uma boa estratégia para alavancar a qualificação dos trabalhadores, visando à busca pelas respostas às rápidas transformações que o mercado de trabalho impõe. É mudança estratégica trazendo a prática profissional como fonte do conhecimento, aplicando a análise crítica da atividade e deixando o profissional atuar diretamente e ativamente no processo educativo (BRASIL, 2009c).

Portanto entende-se que a educação permanente deve ser estabelecida como meta a ser seguida por toda a vida profissional. O reflexo do contínuo aprimoramento fica evidente nas atitudes e decisões que o profissional assume no sentido de melhorar o cuidado dispensado ao cliente e à comunidade. Essa busca por mais competência e conhecimento é vital para o exercício profissional. Por esta razão a prática educacional nas atividades de saúde requerem atualizações frequentes para melhoria da qualidade da assistência (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

A importância do aperfeiçoamento no desenvolvimento das pessoas não é apenas dar informação para que aprendam novos conhecimentos, habilidades e atitudes e se tornem mais eficientes naquilo que fazem. Mais do que isso, é proporcionar a base sólida que permita o aprendizado de novas atitudes, soluções práticas, novas ideias, novos conceitos, transformando velhos hábitos e comportamentos e se transformando em profissionais mais eficazes (SILVA; SEIFFERT, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa que inicia com o fenômeno de interesse, investigando a sua natureza e os outros fatores com os quais ele está relacionado. Os métodos de pesquisa são sequências lógicas utilizadas pelos pesquisadores para dar um eixo aos estudos, agrupando e decifrando informações consideradas importantes para o tema da pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa aliada ao paradigma naturalista, lida com a complexidade humana, explorando-a. Enfatiza a profundidade dos seres humanos, suas habilidades de criar e modelar suas próprias experiências e a verdade como um conjunto de realidades. Utiliza a coleta de materiais qualitativos, que são narrativos e subjetivos (POLIT; BECK, 2011). Ainda de acordo com estas autoras, no método indutivo os pesquisadores conseguem integrar as informações e desenvolver teorias ou descrições que ajudam a explicar os fenômenos que estão sendo observados.

O objetivo da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve o levantamento bibliográfico; as entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática, geralmente assumindo a forma de levantamento de dados. Quando o aprofundamento da pesquisa descritiva permite estabelecer relações de dependência entre variáveis, é possível generalizar resultados (GIL, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de Centro Cirúrgico, localizada no HU/UFSC. Esta instituição, atualmente referência em várias áreas, teve suas obras iniciadas ano de 1964, porém, apenas em 1980 foi inaugurada, resultado de diversas movimentações dos professores, estudantes e comunidade que em conjunto com as autoridades buscaram verbas para custear as ações finais que garantiram sua abertura e funcionalidade. Apresenta como perspectiva norteadora para suas atividades a pesquisa, ensino e extensão tendo em vista sua ligação direta com a UFSC e com os seus acadêmicos (BRASIL, 2016).

O Centro Cirúrgico do HU/UFSC (CC/HU/UFSC) foi inaugurado em 1980 e conta com 05 salas cirúrgicas e uma 01 sala pós-anestésica com quatro leitos. São realizadas em média 15 cirurgias por dia e 300 por mês. Atende a diversas especialidades como: cirurgia geral, aparelho digestivo, vascular, otorrino, ginecologia, cabeça e pescoço, bucomaxilo, odontologia, urologia, proctologia, plástica, oncologia, transplantes de córnea e fígado e entre outras (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2016).

O serviço de transplante de fígado foi implantado em novembro de 2011, tendo uma média de 1,22% de transplantes ao mês. Conforme censo da Central de Transplantes de Santa Catarina, o HU/UFSC efetivou 85 transplantes até junho de 2017, teve inscritos 106 pacientes, sendo que 08 deles foram a óbito antes do transplante, três foram removidos por não possuírem mais condições clínicas e quatro removidos por terem MELD baixo por no mínimo 90 dias (BRASIL, 2017).

Destaca-se que existe uma rotina de ações e cuidados de enfermagem, relativas ao dia do transplante hepático, as quais estão relatadas a seguir:

Organização da equipe de transplante hepático do CC/HU/UFSC: No dia do transplante a equipe é acionada para o procedimento cirúrgico, sendo que a equipe de enfermagem (um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem e/ou auxiliares de enfermagem para atuarem como instrumentador, circulante de sala e auxiliar de anestesia) chega três horas antes do horário previsto para

incisão cirúrgica, o anestesiolegista duas horas antes para o preparo do paciente e o cirurgião chega no horário previsto para incisão.

Preparação da Sala Cirúrgica para a realização do procedimento cirúrgico: sala de cirurgia deve conter todo instrumental específico para hepatectomia (caixa hepatectomia e caixa cirurgia geral); para preparo do fígado doador (caixa *back table*), ou seja, preparo do fígado do doador e a parte de microcirurgia cardiovascular (caixa micro cirurgia, caixa dos *clamps*, clipadores) para o implante e anastomoses. Ainda são necessários dois focos de cabeça para cirurgião e um foco extra-auxiliar para etapa do preparo do fígado do doador, dois cabos de bisturi elétrico e um cabo de bisturi de argônio, fios cirúrgicos conforme a rotina (fio de sutura de polipropileno 3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0 e 8.0; fio de sutura de polidioxanona 1, 5.0, 6.0; fio de sutura de antibacteriano poliglactina 3.0; fio de poliéster e algodão 2.0; fio de sutura de poliéster 0, 2.0, 3.0; fio de sutura de nylon 2.0 e 3.0, material para punção de acessos venosos calibrosos, incluindo o material para acesso central, acesso arterial periférico para instalação da pressão arterial média (PAM) e a instalação de equipamento para controle da pressão venosa central (PVC), o compressor de membros inferiores, as mantas térmicas superior e inferior; materiais para sondagem vesical, sondagem gástrica e para intubação endotraqueal, Aparelho de ultrassonografia, transesofágico; fibroscópio; monitor para controle hemodinâmico; carro de anestesia; medicações anestésicas; recuperadora de células; três bombas de infusões volumétricas e duas bombas de seringa; mesas para instrumentação, divididas para as etapas de hepatectomia e preparo do afastador de fígado, *back table*, implante, anastomoses vasculares e fechamento; e coxins para proteção no posicionamento do paciente.

Abordagem do paciente receptor na unidade de internação: O enfermeiro costuma realizar visita pré-operatória ao paciente cerca de duas horas antes do mesmo ser encaminhado ao CC com a finalidade de acalmá-lo, esclarecer dúvidas e realizar orientações ao paciente e familiares. É o momento no qual faz as checagens finais para que o procedimento ocorra com segurança.

Preparação para recepção do paciente receptor no CC/HU/UFSC: Após esta visita com o receptor, o enfermeiro retorna ao CC/HU/UFSC e reporta para sua equipe as informações para que o procedimento ocorra com segurança. Neste momento confirma as reservas de hemoderivados, a vaga de UTI, o horário inicial da primeira amostra de exames com o bioquímico e faz a última checagem dos

materiais na sala de cirurgia. O procedimento cirúrgico pode levar entre quatro a quinze horas.

Realização do procedimento cirúrgico: Na chegada do paciente no CC é realizada a apresentação da equipe envolvida no transplante e são reforçadas as orientações sobre os procedimentos que serão realizados pelos profissionais. O paciente fica em decúbito dorsal, com joelhos levemente flexionados por coxins. É realizado o cuidado das áreas de pressão corporal para prevenção de lesão por pressão, sendo todas protegidas. Após indução anestésica, é realizado o cateterismo vesical, são puncionados dois acessos calibrosos, a veia subclávia e a artéria radial para a PAM (acessos preferenciais). Em sequência são depositadas as mantas térmicas superiores e inferiores para controle temperatura do corpo no período trans-operatório. É realizado o preparo da pele com a degermação da região dos mamilos até metade da coxa do paciente, com a proteção das laterais corporais do mesmo, para não molhar os lençóis sobre a mesa cirúrgica. Após iniciar o procedimento cirúrgico, através da incisão cirúrgica, são coletadas amostras para exames laboratoriais e a enfermeira precisa estar atenta com perdas sanguíneas e quaisquer alterações laboratoriais juntamente com o anesthesiologista. O enfermeiro prepara a recuperadora de células para realizar a reposição sanguínea através de uma autotransusão. O enfermeiro mantém a família informada sobre o transcorrer cirúrgico, juntamente com a psicóloga, sendo que esta permanece no hospital dando suporte aos familiares que ficam aguardando notícias.

É o enfermeiro que recebe o órgão do doador, que controla os exames laboratoriais, perdas e ganhos volemiás/hemoderivados, que controla tempo de isquemia e outros eventos durante o transplante. A atuação da enfermagem nesse período tem como objetivos: avaliar, detectar e intervir precocemente nas possíveis complicações intraoperatória (BRASIL, 2016).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa a equipe de profissionais de enfermagem atuantes no Transplante de Fígado no CC/HU/UFSC, nos três turnos de atividades, quais sejam: matutino, vespertino e noturno. Atualmente compõem essa equipe: 07 enfermeiros, 07 técnicos de enfermagem, 03 auxiliares de enfermagem e 02 instrumentadores,

totalizando 19 profissionais. Participaram da coleta de dados 06 enfermeiros, 07 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem e 01 instrumentador. Três profissionais não participaram do estudo por motivos de problemas de saúde, licença maternidade ou férias.

Foram considerados critérios de inclusão: profissionais da equipe de enfermagem que participam da equipe de transplante hepático no centro cirúrgico, com no mínimo um mês de experiência no cenário de estudo. Os critérios de exclusão: profissionais que no período de coleta de dados estavam afastados por motivo de atestado, férias ou outros.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisas qualitativas usam métodos flexíveis de coleta de dados, com plano pré-estabelecido, tipo auto relatos, geralmente com entrevistas que abordam questões mais gerais, permitindo aos entrevistados contar sua história de modo mais natural. A entrevista do tipo semiestruturada é aquela na qual o entrevistador possui tópicos (como uma guia de tópicos, roteiro ou de entrevista) que precisam ser abordados no decorrer da entrevista, permitindo que o entrevistado discorra livremente sobre estes tópicos (POLIT; BECK, 2011).

Nesta pesquisa a coleta de dados ocorreu no período de novembro à dezembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, com dados de identificação, idade, sexo, categoria profissional, tempo de atuação na equipe de transplante e três perguntas abertas relativas ao serviço de transplante hepático, ao papel profissional de cada entrevistado e sugestões para compor um programa de educação continuada (APÊNDICE A).

Cada entrevista durou em média 30 minutos, sendo gravada em áudio, transcrita pela pesquisadora principal e posteriormente apresentada para cada participante, para efetuar a leitura da transcrição e validação do conteúdo das mesmas.

Todos os integrantes da equipe de enfermagem que participam no transplante hepático do CC/HU/UFSC foram convidados individual e pessoalmente pela autora. Foram explicados os objetivos da pesquisa, os riscos e os benefícios da sua participação na entrevista, o sigilo, anonimato e gravação da entrevista. Neste contato foi acordado o horário mais conveniente para realização da entrevista, sendo agendado horário e local. Consoante foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B).

A fase de análise propôs a interpretação das informações obtidas, fornecendo estrutura e significado aos dados. Envolve os desafios de apresentar as descobertas de modo a evidenciar sua validade, organizar, integrar e interpretar narrativas, uma habilidade indutiva potente para discernir padrões e entrelaçá-los, além de condensá-los e relatar os dados (POLIT; BECK, 2011).

A análise de dados foi a de conteúdo, organizada em três etapas sequenciais: pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação (MINAYO, 2014).

A análise das entrevistas constituiu um plano que permitiu diagnóstico das prioridades de temas; para a identificação de estratégias de educação e elaboração de um programa de educação permanente.

Esses complementos serviram também de referência na construção do programa de educação permanente, constituindo um arquivo sigiloso do pesquisador.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

Recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC com o Parecer nº 1.960.236 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 61511416.0.0000.0121 (ANEXO H).

5 RESULTADOS

A Instrução Normativa 01/MPENF/2017, 17 de agosto de 2016 (ANEXO I) dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e recomenda que os resultados sejam apresentados na forma de manuscritos. Desta forma, foram elaborados um manuscrito e um produto intitulados: Construção coletiva de estratégias para um programa de educação permanente em transplante hepático (manuscrito), Gestão do transplante hepático no período intraoperatório: conhecimento e habilidades (produto).

CONSTRUÇÃO COLETIVA DE ESTRATÉGIAS PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TRANSPLANTE HEPÁTICO

RESUMO

Objetivo: Identificar junto à equipe de enfermagem, estratégias educativas para a composição de um plano de ações educacionais em transplante hepático para a Enfermagem do centro cirúrgico. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos (fale dos instrumentos de pesquisa e a técnica de coleta de dados). **Resultados:** Participaram 16 integrantes da equipe de transplante hepático, sendo que na análise de conteúdos emergiram três categorias: Conhecimentos de todo processo de Transplante Hepático; Apropriação dos cuidados de Enfermagem Perioperatórios em transplante hepático e Integração e qualificação da equipe interdisciplinar. **Conclusão:** Devido à complexidade do tema, deseja-se que esta pesquisa sirva de auxílio para outros centros transplantadores, sendo significativo o aprofundamento no que concerne a implantação do serviço com embasamento em um referencial metodológico para alicerçar a prática, assim configurando-o como um instrumento científico para o desenvolvimento das atividades e a formação de programas de educação permanente de acordo com as necessidades das equipes que atuam com esta realidade.

Descritores: Transplante hepático; transplante de fígado; educação continuada; capacitação em serviço; enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em vigor desde 2004, foi criada como estratégia para transformação da prática. As boas práticas em saúde requerem um sistema organizacional relacionado à educação em serviço e educação continuada. Nessa perspectiva, a educação permanente está ligada ao processo, ensino e gestão do cuidado devendo ser assumida como uma prática diária, de modo reflexivo (BALDISSERA; BUENO, 2014).

Por conseguinte, a educação permanente configura-se como uma ferramenta para atualização do conhecimento teórico-prático dos

profissionais de enfermagem que atuam no serviço de transplante, bem como para a implantação de intervenções atualizadas direcionadas as principais necessidades do paciente em transplante hepático. Esta é compreendida como a constante busca pelo aprender, como uma das ações que possibilita o desenvolvimento do processo de mudança e que visa à qualificação profissional da enfermagem e conseqüentemente à realização da prática profissional competente, consciente e responsável (JESUS, 2010).

A equipe de enfermagem, que atua no processo transplante de órgãos e tecidos, necessita de um amplo conhecimento técnico e científico, porque o contexto geral do procedimento é complexo e está em constantes atualizações. Nesse cenário, cabe ao enfermeiro participar da organização e desenvolvimento de um programa de transplante efetivo e eficiente, para promover um cuidado de qualidade, por meio de tecnologias, logísticas e recursos humanos, para o aperfeiçoamento das atividades de coordenação, assistência, educação permanente e pesquisa, relacionadas ao transplante de órgão e tecidos (MENDES et al., 2012).

O preparo da equipe para o processo de transplante hepático promove a segurança do paciente, pois evita a sua exposição ao risco de incidentes e eventos adversos durante a cirurgia. Neste sentido, há uma necessidade de criar capacitações para os profissionais de enfermagem lançando métodos educativos dinâmicos e contextualizados.

Sendo assim, o problema deste estudo é: Quais estratégias educativas podem compor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas no período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem? Tem como objetivo identificar junto a equipe de enfermagem, estratégias educativas para a composição de um plano de ações educacionais em transplante hepático para a Enfermagem do centro cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa (POLIT; BECK, 2011), desenvolvida no Centro Cirúrgico de um hospital escola do sul do Brasil, no período de novembro à dezembro de 2016.

Na referida instituição existe o Serviço de Transplante Hepático, implantado em novembro de 2011, tendo uma média de 1,22% de transplantes ao mês e até junho de 2017 efetivou 85 transplantes e teve inscritos 106 pacientes no programa (BRASIL, 2017).

Para efetivação do serviço existe uma rotina de ações e cuidados desenvolvidos por toda equipe de saúde, especialmente pela Enfermagem, que se configura o objeto do estudo que se apresenta. A rotina de trabalho atende aos aspectos de: Organização da equipe de transplante hepático; Preparação da Sala Cirúrgica para a realização do procedimento cirúrgico; Abordagem do paciente receptor na unidade de internação; Preparação para recepção do paciente receptor; Realização do procedimento cirúrgico e dos cuidados de enfermagem para o período pós-operatório imediato em sala de recuperação pós-anestésica.

Participaram profissionais de enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão: ser profissional da equipe de enfermagem que participa da equipe de transplante hepático no centro cirúrgico, com no mínimo um mês de experiência no cenário de estudo. Os critérios de exclusão foram: profissionais que no período de coleta de dados estavam afastados por motivo de atestado, férias ou outros.

Todos foram convidados individualmente e pessoalmente, os que aceitaram participar receberam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios da sua participação; além dos aspectos relacionados ao sigilo e anonimato. Todos que aceitaram o convite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada, gravadas em áudio, transcritas pela pesquisadora principal e posteriormente validadas pelos participantes. A análise de dados foi a de conteúdo, organizada em tres etapas sequenciais: pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação (MINAYO, 2014).

A análise das entrevistas constituiu um plano que foi apresentado para os participantes, pessoalmente e por E-mail, os quais teceram os comentários que permitiram diagnóstico das prioridades de temas e a identificação de estratégias de educação para composição de um programa de educação permanente.

A referida pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC com o Parecer nº 1.960.236 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 61511416.0.0000.0121 (ANEXO H).

A fim de respeitar o sigilo e anonimato dos sujeitos de pesquisa, utilizou-se identificá-los a letra P seguida de um número sequencial até completar o número de participantes (P1 a P16) quais sejam:

RESULTADOS

Participaram do estudo seis enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem e um instrumentador, totalizando 16 integrantes da equipe de transplante hepático, sendo 03 do sexo masculino e 13 feminino. Em relação à faixa etária: 03 possuem idade entre 21-30 anos; 06 entre 31-40 anos; 02 possuem idade entre 41-50 anos, 04 entre 51-60 anos; e 01 com mais de 61 anos.

Quanto ao tempo que atuam na equipe de transplante: sete estão na equipe há um ano, quatro estão de um ano e um mês a 04 anos e cinco participam do transplante desde a abertura do serviço, ou seja, há seis anos.

Quanto ao nível de escolaridade: 12 concluíram curso superior, sendo sete com formação na área da saúde; quatro possuem nível médio (técnico de enfermagem), três possuem mestrado; sete possuem especialização; dois estão cursando mestrado e um está cursando graduação em área diferente da saúde.

A partir dos dados analisados, emergiram três categorias para discussão: conhecimentos de todo processo de transplante hepático; apropriação dos cuidados de enfermagem perioperatórios em transplante hepático e integração e qualificação da equipe interdisciplinar.

Conhecimentos de todo processo de transplante hepático

Destaca-se a necessidade de conhecimentos e aproximação da equipe com todo o processo de transplante hepático, enquanto ferramenta essencial para a integralidade das ações e cuidados desenvolvidos, conforme expresso pelos participantes.

É necessário conhecer o todo... o histórico do paciente, causa para necessidade de transplante. Durante a cirurgia estar atento à hemodinâmica do paciente, sinais de sangramento intenso, deve registrar o início da cirurgia, horário do clampeamento, tempo de isquemia até o implante do novo fígado, resultados de exames laboratoriais, além da origem do fígado novo (P18).

É necessário conhecer todo o processo de doação de órgãos e logística do transplante (P12).

Tenho muito a melhorar, preciso de mais conhecimento de fisiopatologia dos pacientes submetidos a transplante. Melhorar, ampliar conhecimento sobre a bioquímica do paciente, estar mais atenta as etapas, logísticas. Sinto que há necessidade de capacitar a enfermagem antes de iniciar a participação no transplante em si (P14).

Os participantes do estudo reconhecem e compreendem o contexto transplante, mas sentem necessidade de aprofundamento na logística, processo de doação e captação de órgãos e a intervenção cirúrgica do transplante em si para o sucesso dos procedimentos. Observa-se que a implantação de capacitações para todas as categorias da enfermagem é uma decisão assertiva, que os profissionais carecem de atualizações para seu conhecimento científico e que estão bastante receptivos para os futuros treinamentos.

Apropriação dos cuidados de Enfermagem Perioperatórios em transplante hepático

Os participantes apontam para a necessidade da equipe de enfermagem ser qualificada para exercer o seu cuidado, identificando e estabelecendo prioridades durante o transplante hepático e a atuação perante as intercorrências e aspectos relacionados à sistematização da assistência de enfermagem, abordando inclusive os diagnósticos de enfermagem. Incluem ainda, o manejo de novas tecnologias para a apropriação deste cuidado e sugerem estratégias para melhoria na qualificação profissional.

Informações inerentes para saber detectar prioridades, saber atuar em caso de intercorrência (P10).

É necessário participação em simpósios, em Jornada Brasileira de transplante. Cursos

sobre Cuidados de enfermagem pré, intra e pós-transplante, diagnósticos de enfermagem (P5).

Tivemos a capacitação da máquina de autotransusão a qual fica como responsabilidade do enfermeiro, o que facilitou muito o manuseio da mesma durante os transplantes (P15).

Para a apropriação desse cuidado destacam também a necessidade de conhecimento do histórico de saúde-doença do paciente que está sendo submetido ao procedimento. Informações pertinentes ao paciente, tais como: sexo, idade, doenças prévias e de base (P7).

Importante saber os dados do paciente receptor (nome, idade, local de procedência, diagnóstico médico, tipo sanguíneo, peso, nome familiar que o acompanha. Dados da internação como leito, reserva de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) (P15).

Realizar treinamentos, criar um POP para que todas possam desenvolver as atividades da mesma forma (P18).

Percebo que os profissionais “entram” para a equipe do transplante tendo apenas o conhecimento prévio à sua formação porém o transplante é um processo / procedimento muito mais complexo e com muitas especificidades e fatores complicadores. Percebo que a atuação do enfermeiro no transplante é de extrema importância pois é o enfermeiro que coordena a equipe profissional, que articula com as demais categorias profissionais. É o enfermeiro que

manipula o equipamento de autotransfusão, papel este que percebe que envolve muita responsabilidade por estamos lidando com vidas e em se tratando do transplante o processo em si é muito delicado, pois qualquer complicação que o paciente venha a ter pode evoluir para o óbito, o que muitas vidas “pesando mais a responsabilidade” de participar / operacionalizar da autotransfusão (P14).

Temos que ter informações, capacitações, cursos, palestras, seminários, conhecimento sobre o assunto qual estamos desenvolvendo junto com a equipe. Conhecer outros hospitais, outros serviços para nos qualificar. Oferecer cursos técnicos, graduações para os funcionários. Esclarecer começo, meio e fim do procedimento, ter reuniões para fazer um balanço sobre o trabalho, sobre os pacientes, acidentes (P9).

Estratégias: Atualizar com curso a equipe quando há mudança nas medicações usadas. Melhorar o fedd back entre as equipes com reuniões depois de um número X de transplante para que cada equipe possa fazer uma troca de experiência e assim melhorar os conhecimentos de todas as equipes. Que haja sempre mudança de função entre colegas na sala cirúrgica para que todos tenham visão de todo processo e ficam ágeis (P6).

Os participantes do estudo indicaram a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o processo de doação e transplante. Comentaram sobre a forma que são incluídos na equipe e como ocorre o processo educacional, quanto as necessidades dos pesquisados e sugeriram

propostas educacionais voltadas à a qualificação dos profissionais para uma assistência segura e de qualidade.

Integração e qualificação da equipe interdisciplinar

Os participantes reforçam a relevância da atuação da equipe interdisciplinar para o sucesso e segurança do processo de transplante hepático. Para efetivação desse cuidado seguro e qualificado, a qualificação dos integrantes é premissa essencial destacado por todos os participantes desse estudo representados pelas falas.

Vejo minha atuação como profissional, no transplante hepático uma equipe funciona cada qual com sua importância, se não estiver integrado, fica difícil. Eles devem ser harmônicos e bem treinados, seguros dos seus papéis, em constante evolução (P8).

Com certeza a educação do transplante tem que melhorar, pois o que nós aprendemos foi ensinado por outros colegas, não fizemos cursos, nem capacitações, nada. Aprendemos na prática (P2).

Todo profissional que participa do transplante hepático, deveria passar por um treinamento específico para o procedimento que inclui o preparo do paciente, ato cirúrgico e os tempos cirúrgicos (P4).

O profissional de enfermagem durante o transplante hepático dever ser potador, além de informações pertinentes ao paciente, tais como: sexo, idade, doenças prévias e de base, etc... de um conhecimento prático teórico, ao qual possibilite a ele e a toda a equipe multidisciplinar envolvida para tal procedimento, segurança, tranquilidade,

confiabilidade, agilidade, prootividade, entre outros (P7).

Os entrevistados ressaltam ainda que estas capacitações devem ter uma continuidade e estar em consonância às necessidades da equipe.

Creio que encontros, conversas e capacitações devem ser realizados rotineiramente, mesmo para quem já é experiente na equipe, pois sempre podemos aprender coisas novas para aprimorar nosso serviço, mas principalmente para quem inicia, para poder entender melhor o serviço (P6).

Nesse processo, a equipe de enfermagem destaca o enfermeiro enquanto elo entre toda a equipe, articulando-a, orientando, supervisionando, resolvendo contratemplos, auxiliando todos enquanto necessário. Por fim, o enfermeiro favorece a integração e a segurança do procedimento, tanto para equipe quanto para o paciente.

A atuação do enfermeiro é muito importante, somos nós que temos o primeiro contato com o paciente e familiar ainda na unidade e orientamos sobre a cirurgia. Durante a cirurgia devemos perceber toda movimentação na sala para resolver as intercorrências que vão surgindo e organizar a equipe (P18).

O papel do enfermeiro é fundamental dentro da equipe multiprofissional, pois ele atua na prevenção, tratamento e reabilitação do paciente transplantado, atentando para o bem-estar físico e emocional do paciente, além de fazer um elo entre paciente, família e demais profissionais da saúde. Isso, feito de forma humanizada, proporciona ao paciente e a seus familiares, em um momento de fragilidade, possam sentir-se amparados e protegidos (P6).

O papel do enfermeiro é fundamental dentro da equipe multiprofissional, pois ele atua na prevenção, tratamento e reabilitação do paciente transplantado, atentando para o bem-estar físico e emocional do paciente, além de fazer um elo entre paciente, família e demais profissionais da saúde. Isso, feito de forma humanizada, proporciona ao paciente e a seus familiares, em um momento de fragilidade, possam sentir-se amparados e protegidos (P17).

Os profissionais que atuam no transplante todos são importantes, mas vejo que o papel do enfermeiro em todo processo que se entende suas atividades divulga, desmistifica do tema transplante é de grande valia e o elo entre equipe cirúrgica, enfermagem, familiar, doador e receptor(P12).

O intercâmbio entre as várias experiências exitosas foram apontados por alguns como estratégia de educação permanente para o intercâmbio de conhecimentos e vivências na área.

Vivenciar e aprender sobre e com outras realidades e instituições que também realizam transplantes através de palestras, cursos, treinamentos e simulações (P15).

Acho que o hospital poderia ter nos encaminhado para outros centros transplantadores, para entendermos como funcionava. Vejo que o hospital eles não se preocuparam com os recursos humanos. Até a parte da anestesia deveria ter tido um treinamento (P1).

DISCUSSÃO

A qualificação dos profissionais para o exercício profissional durante o transplante hepático aparece como essencial. Segundo Morais

e Morais (2012) é necessário incluir programas educativos nos serviços de transplantes com caráter de prioridade, com vistas à troca de conhecimento, experiências, vivências, fazendo então um trabalho com planejamento, organização e avaliado com melhor frequência. O que se observa, no entanto, é a existência de vários estudos enfocando os períodos pré-operatório e pós-operatório, tratando de cuidados de enfermagem, criação de protocolos, rotinas, tanto na enfermagem, quanto nas áreas interdisciplinares (MENDES et al., 2012a; MENDES et al., 2016; MARANDOLA et al., 2011; BORGES, et al., 2012).

Mendes et al. (2012b), buscaram conhecer as necessidades dos pacientes e identificaram a de conhecimento sobre os cuidados necessários antes do transplante, complicações no transplante e cuidados pós-transplante como a maior delas. Também são necessidades, porém com menor interesse por parte dos pacientes, esclarecimentos sobre as medicações após transplante; o funcionamento da lista de espera; indicações e contraindicações para transplante; o sistema de distribuição de órgãos e o MELD (Model for End-Stage Liver Disease - Modelo para Doença Hepática Terminal). Estas autoras concluíram que um ensino efetivo no período perioperatório para os pacientes repercute em vários benefícios durante todo o processo, sendo alguns deles: diminuição de permanência hospitalar; redução de analgésicos e aumento da satisfação dos pacientes e familiares.

Os cuidadores de pacientes transplantados centram sua preocupação nos cuidados do período pós-operatório destacando que o meio de informação ideal para o aprendizado sobre estes aspectos são: consultas com enfermeiro e médicos, leitura de manual e grupos de discussão. (MENDES et al., 2016).

A qualificação profissional perpassa pela preparação e cumprimento de protocolos de cuidados de enfermagem que contribuem para a padronização das atividades das equipes de transplantes (MARANDOLA et al., 2012). Estes protocolos podem contribuir para o registro de informações sobre histórico de saúde-doença do paciente que está sendo submetido ao procedimento (nome do paciente, sexo, idade, história mórbida pregressa e atual, procedência, diagnóstico médico, tipo sanguíneo, peso, nome do familiar que o acompanha, dados da internação em enfermaria e reserva de leito na Unidade de Terapia Intensiva). Borges et al. (2012) verificaram que os cuidados de enfermagem para pacientes transplantados internados em uma unidade de terapia intensiva restringiam-se ao cumprimento da prescrição médica, não havendo uma prescrição sobre os seus cuidados. Neste

sentido, recomendaram a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a criação/utilização de protocolos de cuidados de enfermagem para pacientes transplantados internados em uma unidade de terapia intensiva com vistas a contribuir para a qualidade da assistência de enfermagem.

O aperfeiçoamento e o entendimento de toda logística do processo de doação de órgãos até o transplante foram identificados pelos participantes do estudo como uma necessidade de aprofundamento, para melhoria na qualidade de assistência, proporcionando base sólida, fazendo com que os novos conhecimentos, as práticas e atitudes sejam eficientes e seguras, transformando-os em profissionais qualificados (SILVA et al., 2009).

Neste contexto, o trabalho interdisciplinar favorece a continuidade da assistência e o atendimento ao princípio da Integralidade. Sendo assim, diferentes profissionais compartilham seu conhecimento e prestam o atendimento integral (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014; ALVARENGA et al., 2013). Ressalta-se que a equipe multidisciplinar realiza também as orientações de cuidados após a alta e faz o acompanhamento ambulatorial minimizando os riscos de efeitos adversos e danos ao paciente frente as novas medicações utilizadas, prevenindo e promovendo maior segurança ao paciente (LIMA et al., 2016). O trabalho interdisciplinar é percebido como necessário pelos participantes desta pesquisa bem como o fato de que todos sejam continuamente capacitados para o transplante hepático.

Segundo Negreiros et al. (2016) é fundamental o desenvolvimento de programas de capacitações para os serviços de transplantes. Ainda confirmam que o papel desempenhado pelo enfermeiro é determinante frente à equipe multiprofissional, sendo referência na organização de toda estrutura e processo. O enfermeiro é o profissional de conexão entre os profissionais, paciente e familiares e a implementação de protocolos para cuidado da enfermagem é uma tecnologia que traduz segurança e eficácia na atuação dos profissionais. O enfermeiro foi identificado por toda equipe como membro essencial de todo processo, sendo ele o profissional que planeja, coordena, gerencia, organiza toda a logística para que o transplante hepático possa ser bem sucedido em suas várias etapas. Neste sentido, o enfermeiro é o elo entre sua equipe, paciente e família, promovendo a realização do cuidado de enfermagem com qualidade, assim como é o profissional que trabalha na gestão do cuidado, promovendo a educação continuada e a melhoria da qualidade do atendimento, envolvendo aspectos éticos e

sociais (MENDES et al., 2012b; LIMA, 2015). Ainda de acordo com estes autores, as limitações impostas pelas realidades dos centros transplantadores, o número reduzido de profissionais, de materiais e recursos financeiros, limitam a dinâmica do enfermeiro em prestar um atendimento seguro e de qualidade.

No contexto nacional, a Portaria n. 356 de 10 de março de 2014, do Ministério da Saúde, publica boas práticas em procedimentos para organização e funcionamento dos serviços de transplante de órgãos, incluindo a capacitação de todos os membros da equipe e um trabalho interdisciplinar, ou seja, uma equipe com várias especialidades envolvida em um único foco, o paciente; buscando trabalho com segurança (BRASIL, 2014).

A implantação da educação permanente é uma boa estratégia para qualificar os profissionais, pois todos os envolvidos analisam criticamente suas atividades, destacando os problemas e desenvolvendo uma melhor compreensão e valorização da prática, com a normatização da assistência. Neste sentido, a prática é a fonte do conhecimento científico, entendendo que a educação permanente deve fazer parte do contexto profissional de saúde, pois fornece o empoderamento para transformar os problemas em ferramentas para melhoria do cuidado (BRASIL, 2009; MAGALHÃES, 2015) Paralelamente a educação em serviço, a padronização da assistência de enfermagem, por meio de uma construção coletiva e de pesquisas torna o exercício profissional seguro (COREN-SP, 2014).

Assim, a criação de novas tecnologias para normatização do cuidado, ou seja, a criação de padronização por meio de procedimento operacional padrão (POP) e a organização e implementação da sistematização da assistência de enfermagem voltada para o período intraoperatório geram impacto no processo de trabalho, estruturando a atividade e harmonizando o serviço. Estas tecnologias fazem com que a prática se torne mais eficaz e mais eficiente, gerando um controle sobre a prática assistencial.

Também emergem das falas outras estratégias, tais como: implementação da Semana de transplante hepático na instituição (com a organização de cursos e palestras); visitas técnicas às instituições que realizam transplante hepático (presenciais ou por videoconferência, com temas que se voltem para a interação entre as equipes de transplante; interação interpessoal; realização de estágios em outros centros), capacitações interdisciplinares e contínuas; elaboração de manuais para consulta em serviço; cursos técnicos para a equipe de enfermagem;

participação em eventos (Congressos e Jornadas de Transplantes; Simpósio de Especialistas em Imunossupressão) bem como a criação de uma agenda de reuniões com a participação de todos os profissionais.

As estratégias elencadas demandam um esforço de cooperação entre os profissionais da equipe de transplante e a instituição, pois dependem de uma reorganização do serviço. Por esta razão, destaca-se a necessidade de que ocorra uma mudança institucional no sentido de que se promova a formação de profissionais, qualificando-os por meio de capacitações permanentes a partir das necessidades do serviço reveladas pela equipe de trabalho-(ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

CONCLUSÃO

A prática de enfermagem impulsiona métodos facilitadores para o cuidado e a implementação de atividades educativas no cotidiano do profissional projeta o saber fazer de uma forma sistematizada, científica e de qualidade, padronizando as condutas de enfermagem, proporcionando maior segurança nas ações executadas. A proposta educativa serve como ferramenta para auxiliar no processo ensino-aprendizagem e nas pesquisas científicas.

A limitação encontrada foi não encontrar produções na área de enfermagem de materiais educacionais para os profissionais que atuam no período intraoperatório no transplante hepático.

Devido à complexidade do tema, deseja-se que esta pesquisa sirva de auxílio para outros centros transplantadores, sendo significativo o aprofundamento no que concerne a implantação do serviço com embasamento em um referencial metodológico para alicerçar a prática, assim configurando-o como um instrumento científico para o desenvolvimento das atividades e a formação de programas de educação permanente de acordo com as necessidades das equipes que atuam com esta realidade.

REFERÊNCIAS

ARCANJO, Rafaela Alves; OLIVEIRA, Lilian Candiá de; SILVA, Delma Dias da. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Revista Bioética**, Minas Gerais, v. 21, n. 1, p.119-125, out. 2013.

ALVARENGA, José da Paz Oliveira et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 7, p.5944-5941, out. 2013.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; BUENO, Sonia Maria Villela. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Ciência Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.191-192, abr. 2014. Bimestral.

BORGES Maria Cristina Leite Araújo, et al. Cuidado de Enfermagem ao paciente transplantado hepático. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 754-760, out. /dez. 2012.

BRASIL, **Relatórios anuais transplante equipe Hospital Universitário de Santa Catarina**, 2017. Brasília, 2017. Disponível em:< <https://snt.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 356 de 10 de março de 2014**. Boas Práticas em procedimentos para organização e funcionamento dos serviços de transplante de órgãos.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.600 de 21 de outubro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

_____. Ministério da Saúde. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. **Portaria Nº 1.160, de 29 de maio de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1160_29_05_2006_comp.html >. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. Hospital Sírio Libanês. **Fígado**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br>. Acesso em: 25 jun 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta pública nº 8, de 12 de dezembro de 2011**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Imunossupressão no Transplante Hepático em Adulto.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; TAVARES, Carlos Henrique Falcão; TOMAZ, Jerzuí Mendes Tôrez. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-350, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>. Acesso em: 21/03/2017

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2014. Disponível em: <<http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ms, 2009. 68 p. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FELTRECCO, Paolo et al. Intensive care management of liver transplanted patients. **World Journal of Hepatology**. Março, 2011. Vol 3: pág 61–71.

JESUS, Maria Cristina Pinto de. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1229-1236, out. 2010.

LIMA, Livia Falcão et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. **Einstein**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 359-365, 2016.

LIMA, Sheyla Regina Monteiro. **Papel do enfermeiro no transplante de órgãos e tecidos: uma revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Graduação de Enfermagem. Brasília. 2015. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

MACEDO, Maria Damares ALmeira; ZEFERINO, Mariana Gondim Mariutti; ALMEIDA, Denise Alves de. Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos. **Rev Inic**

Cient da Libertas, São Sebastião do Paraíso, v.4, n.1, pag 133-151. Julho/2014

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. **Gerenciando o cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos na perspectiva do pensamento lean**. Tese de Doutorado. Florianópolis, UFSC. 2015

MENDES, Karina dal Sasso et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p.945-953, out. 2012a. Trimestral.

_____. Necessidades de informação de candidatos ao transplante de fígado: o primeiro passo do processo ensino-aprendizagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.33, n.4, dec. 2012b.

_____. Necessidades de informação do cuidador familiar de candidatos ao transplante de fígado. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, n. 1, e54650, mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª Ed. São Paulo. HUCITEC, 2014

MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, out./dez. 2012.

MARANDOLA, Paula Garcia et al. Consulta de enfermagem ao paciente em pré-transplante de fígado: elaboração de um protocolo. **Rev. Enferm. Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 3, p. 324-331, jul./set. 2011.

NEGREIROS, Francisca Diana da Silva et al. Captação do fígado do doador para o transplante: uma proposta de protocolo para o enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 38-47, jan./mar. 2016

PEREIRA, C.D.F.D. et al. **Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial**. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line, Desde 2010.

PINHEIRO, Roseli. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2009. Acesso em 21/03/2016. Site: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

SILVA, Orlando Castro et al. Transplante de fígado em nosso meio: a evolução de um procedimento estratégico institucional. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, p.482-484, out. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/244/245>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SIQUEIRA, Natana; SCHUH, Laísa. As atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico. **Anais do Seminário Internacional de Educação-SIEDUCA**, v. 1, n. 1, 2017.

6 PRODUTO

Planejamento Instrucional

Gestão do transplante hepático no período intraoperatório: conhecimento e habilidades

Introdução

A equipe de enfermagem que trabalha no transplante de órgãos e tecidos necessita de um amplo conhecimento técnico e científico, porque o contexto geral do procedimento vai além do que se aprende durante o ensino. Cabe ao enfermeiro participar da organização e desenvolvimento de um programa de transplante efetivo e eficiente, por promover um cuidado de qualidade, por meio da tecnologia, logísticas e recursos humanos, para o aperfeiçoamento das atividades de coordenação, assistência, educação permanente e pesquisa, relacionadas ao transplante de órgão e tecidos (MENDES et al., 2012).

O preparo da equipe de enfermagem para o processo de transplante hepático é essencial para que se alcance o resultado esperado, evitando-se a exposição do paciente ao risco de incidentes e eventos adversos durante a cirurgia. Neste sentido, reafirma-se a necessidade de criar um programa de educação permanente para os profissionais que atuam na equipe de transplante hepático por meio de um método educativo dinâmico, contextualizado e de acordo com as necessidades dos profissionais.

A educação permanente é uma ferramenta para atualização do conhecimento teórico-prático dos profissionais de enfermagem que atuam no serviço de transplante, bem como para a implantação de intervenções atualizadas direcionadas as principais necessidades do paciente em transplante hepático. Esta é compreendida como a constante busca pelo aprender, como uma das ações que possibilita o desenvolvimento do processo de mudança e que visa à qualificação profissional da enfermagem e conseqüentemente à realização da prática profissional competente, consciente e responsável (JESUS, 2010).

Para obtermos mudanças e modificarmos a prática se faz necessário priorizar o conhecimento através de ações educativas, onde favorece a reflexão crítica, compartilhada e sistemática, onde juntos podemos produzir transformações nas práticas de trabalho, causando

reflexão para cada ação, no trabalho em equipe e na gestão do enfermeiro.

Etapas do plano de capacitação

O plano de capacitação proposto está organizado em etapas, pois se pretende o mesmo seja dinâmico; não sequencial; e que inclua preferencialmente os profissionais de enfermagem do CC/HU/UFSC, entretanto pode ser estendido aos demais profissionais de saúde da instituição. Está concebido em seis etapas a seguir descritas.

Etapa I: Capacitação teórica e prática (Estratégia Operacional)

A capacitação teoria é um momento para o profissional de enfermagem renovar seus conhecimentos e adquirir outros, principalmente no que se refere as novas tecnologias para o transplante hepático. Os temas estão organizados de modo a contemplar aspectos relacionados ao paciente, aos profissionais, a estrutura e o processo, utilizando diversas abordagens educativas. O mesmo foi dividido por módulo, com uma carga horária de 180 horas/aula, com atualizações a cada dois anos, conforme cronograma anexado.

Etapa II: Participação em eventos relacionados ao Transplante Hepático

A instituição já tem normas padronizadas para liberação para eventos, cuja solicitação deve ser feita mediante o preenchimento de um formulário próprio (ANEXO J). Para facilitar a participação de todos sem prejuízos para a assistência, sugere-se que sejam liberados anualmente 2 profissionais para participarem de cada evento; a organização das liberações fica sob a responsabilidade da Enfermeira Chefe do Centro Cirúrgico. Sugere-se que os participantes dos eventos apresentem um relatório de participação para que todos tenham acesso as novas informações técnicas e tecnológicas.

Etapa III: Visita aos centros de referência em Transplante Hepático

A instituição já tem normas padronizadas para liberação do profissional para conhecer outras instituições de referência (ANEXO J).

Para facilitar a participação de todos sem prejuízos para a assistência, sugere-se que sejam liberados anualmente dois profissionais realização de uma visita técnica em cada centro de referencia por ano; a organização das liberações fica sob a responsabilidade da Enfermeira

Chefe do Centro Cirúrgico. Sugere-se que os participantes das visitas técnicas apresentem um relatório para que todos tenham acesso às novas informações técnicas e tecnológicas.

Etapa IV: Imersão clínica: estudos clínicos

A partir da seleção da história clínica de um paciente submetido ao transplante hepático, um estudo de caso deverá ser elaborado para contemplar: riscos cirúrgicos; tipo de doença; indicações para o transplante hepático; processo de enfermagem (histórico de enfermagem; levantamento de problemas; diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem para o período intraoperatório). Paralelamente, será fomentada uma discussão sobre as facilidades e dificuldades ocorridas durante a cirurgia. A periodicidade sugerida é de um estudo por semestre, havendo a possibilidade de ampliar o número de estudos clínicos conforme a necessidade da equipe.

Etapa V: Implantação e Avaliação do *Check list* de cirurgia segura para o Transplante Hepático (ANEXO K)

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) foi criada e testada por vários membros da Organização Mundial de Saúde, que definiram dez objetivos essenciais para a cirurgia segura, através de evidências e recomendações, nos quais são eles:

- 1- A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
- 2- A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
- 3- A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para a perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
- 4- A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
- 5- A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
- 6- A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
- 7- A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas nas feridas cirúrgicas;
- 8- A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os

espécimes cirúrgicos; a equipe se comunicará efetivamente trocará informações críticas para a condução segura da operação;

- 9- A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;
- 10- Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.
(BRASIL, 2009b).

Como se trata do envolvimento de toda equipe de profissionais de saúde do Centro Cirúrgico, a programação deverá incluir equipe de enfermagem e equipe médica. Para a implantação do *check list* da cirurgia segura no transplante hepático sugere-se que seja organizada uma aula expositiva (no módulo segurança do paciente) e que sejam programadas simulações realísticas antes da implementação da LVSC. A LVSC deverá ser aplicada quando após todos os profissionais do Centro Cirúrgico terem participado da aula e das simulações.

Etapas VI: Elaboração do Procedimento Operacional Padrão para o Transplante Hepático

Recomenda-se a elaboração do Procedimento Operacional Padrão para as diversas etapas do transplante hepático, de acordo com suas especificidades, sendo revisados a cada dois anos.

Anexo

Capacitação teórica

I. Identificação do curso de capacitação

Título do curso: Programa de ações educativas relativas ao período intraoperatório de transplante hepático para equipe de enfermagem

Área de abrangência: Enfermagem

Modalidade: presencial e semi-presencial

Turma: 01

Carga Horária: 180 horas

Período de Realização: a ser determinado pelo serviço

Horário de Realização: 08:00 às 12:00 horas

Local de Realização: a ser definido

Número de Participantes: 20

Público-alvo: Servidores que ocupam cargo de Enfermeiro, Instrumentador cirúrgico, Técnico de Enfermagem e auxiliares de enfermagem no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Pré-Requisito do público-alvo: não há.

II. Identificação dos instrutores

Nome: Elisa Borges Kuze

Telefone: (48) 3721-9171

Endereço Eletrônico: elisakuze@gmail.com

Carga horária: à combinar

Nome: Lúcia Nazareth Amante

Ramal Telefônico: (48) 3721-9772

Endereço Eletrônico: lucia.amante@ufsc.br

Carga horária: à combinar

Nome: Juliana Balbinot Reis Girondi

Ramal Telefônico: (48) 3721-3457

Endereço Eletrônico: juliana.balbinot@ufsc.br

Carga horária: à combinar

Convidados

Médicos, enfermeiros, bioquímicos, especialistas, equipe multidisciplinar, professores, convidados externos e pacientes.

Carga horária: à combinar

III. Competências a serem desenvolvidas:

1. Atuação em transplante hepático com segurança, ética, promovendo um cuidado especializado, crítico e reflexivo;
2. Incentivo para a pesquisa na área de transplante hepático;
3. Implementação do *check list* da cirurgia segura em cirurgias de transplante hepático;

4. Criação de Procedimento Operacional Padrão (POP) para padronização das normas e rotinas do serviço de transplante hepático no centro cirúrgico;
5. Promoção da integralidade aos pacientes de transplante hepático, com atendimento interdisciplinar e com um só objetivo;
6. Discussão de casos, buscando o aprofundamento e construção coletiva de conhecimento técnico, científico e humanístico.

IV- Objetivos do curso:

1. Instrumentalizar a equipe de enfermagem do transplante hepático do Hospital Universitário de Santa Catarina, promovendo a atualização sobre novas tecnologias;
2. Capacitar novos profissionais de enfermagem para inclusão na equipe de transplante hepático;
3. Promover estratégias para um cuidado de enfermagem seguro, reflexivo, crítico e científico para o paciente de transplante hepático;
4. Conhecer a logística de captação de órgãos ao transplante (legislações, logísticas, conhecimento teórico-prático e padronização das normas e rotinas);
5. Resgatar conhecimento sobre aspectos anatômicos, fisiológicos e patológicos do fígado, bem como o diagnóstico de tratamento de doenças do fígado;
6. Atualizar os profissionais quanto aos cuidados de enfermagem no período a perioperatório e suas peculiaridades no período intraoperatório.

V. Ementa:

Segurança do paciente e dos profissionais de saúde; anatomia, fisiologia e fisiopatologia do fígado; conhecimento sobre o processo de doação e transplantes de órgãos; cuidados de enfermagem para o período perioperatório de transplante hepático; conhecimento técnico e científico sobre instrumentação, técnicas escovação cirúrgica, abertura de pacotes cirúrgicos, assepsia cirúrgica, tempos cirúrgicos; hemoderivados e recuperadora de células; cuidados de enfermagem relacionados a anestesia em transplante hepático (medicações, monitorização, exames laboratoriais); trabalho da equipe multiprofissional no processo de transplante hepático; sistematização da assistência de enfermagem no processo de transplante hepático;–assistência de saúde da equipe de profissionais na doação e transplante.

VI. Métodos e Técnicas:

1. Aulas expositivas-dialogadas
2. Discussões em grupo
3. Aulas com simulações realísticas
4. Aulas em ambiente virtual
5. Estudos de caso

VII. Recursos didáticos a serem utilizados:

1. Recursos áudio visuais
2. Vídeo Aula
3. Textos de apoio
4. Internet
5. Ambiente virtual de aprendizagem (EaD)
6. Laboratório realístico

VIII. Atividades práticas:

1. Simulações realísticas em laboratório – Laboratório realístico/UFSC
2. Treinamentos de equipamentos e instrumentais – centro cirúrgico HU/UFSC
3. Grupos de discussões
4. Visitas em outros centros de referência
5. Discussão com equipe multidisciplinar – conhecendo trabalho da equipe
6. Encontro com alguns pacientes transplantados de fígado no HU/UFSC

IX. Avaliação do nível de desenvolvimento da competência:

1. Presença no curso de no mínimo 75%
2. Realização das atividades práticas de no mínimo 75%

Bibliografias Obrigatória:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado**. 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Entenda a doação de órgãos**. Resolução CFM 1480/97. 2016. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

COELHO, Julio Cezar Uili. **Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgica**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 3170 p.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John e. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1176 p.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Anatomia orientada para clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 1136 p.

Cronograma

Categoria/Tema Para o Encontro/Ementa	Temas	Recursos Pedagógicos	Carga Horária	Ministrante	Recomendações
<p>Gestão da Segurança do paciente no transplante hepático <u>Ementa:</u> Segurança do paciente. Biossegurança. Segurança do trabalhador em saúde. Aspectos de segurança relacionados à recursos, materiais e equipamentos.</p>	<p>1 - Segurança do paciente 2 - Implantação do <i>check list</i> cirurgia segura 3 - Como evitar a contaminação dos profissionais (segurança do profissional de saúde) 4 - Parâmetros do carro de anestesia (valores, gráficos, noções gerais) 5 - Medicamentos de utilização em sala de cirurgia e suas</p>	Data show	20 horas	Enfermeiro Médico CCIH CIDOTH	Presencial todos os itens

	atualizações				
<p>Aspectos introdutórios sobre o Transplante hepático</p> <p><u>Ementa:</u> Central de Transplante: aspectos gerenciais e assistenciais. Processo de transplante hepático: seleção, captação, transporte e armazenamento. Aspectos relacionados à recursos, materiais e equipamentos no transplante hepático.</p>	<p>1 - Rankings, posição dos pacientes em lista de transplante</p> <p>2 - Funcionamento da central de transplantes</p> <p>3 - Tempo de espera em lista de transplante</p> <p>4 - Transporte de órgãos</p> <p>5 - Acionamento equipe / logística</p> <p>6 - Passo a passo do transplante</p> <p>7 - Insumos, custos</p>	Data show Vídeo Aula	30 horas	Enfermeiro Médico CCIH CIDOTH	Ambiente virtual para o desenvolvimento dos itens: 1; 2; 3; 4; 5; 7 Simulação realística itens: 6; 7
<p>Aspectos da Anatomia e fisiologia do Fígado</p> <p><u>Ementa:</u> Fisiologia e anatomia do fígado. Doenças hepáticas: conceitos, epidemiologia, classificações.</p>	<p>1 - Doenças hepáticas</p> <p>2 - Doenças hepáticas que levam ao transplante de fígado</p> <p>3 - Classificação para o transplante</p> <p>4 - Anatomia do fígado e anatomia vascular</p>	Data show	30 horas	Enfermeiro Médico	Presencial todos os itens

	<p>5 - Fisiologia do fígado</p> <p>6 - Fisiopatologia das doenças que evoluem para transplante</p> <p>7 - Aspectos fisiológicos no período pós-transplante</p> <p>8 - Bioquímica</p> <p>9 – Farmacologia</p>				
<p>Gestão do período pré-operatório do transplante hepático</p> <p><u>Ementa:</u> Assepsia cirúrgica; escovação cirúrgica, paramentação. Preparo do ambiente cirúrgico.</p>	<p>1 - Técnicas de abertura de pacotes, escovação cirúrgica, paramentação cirúrgica.</p> <p>2 - Pré-operatório (rotina para listagem do paciente)</p> <p>3 - Pré-operatório (rotina para listagem do paciente)</p>	Data Show EaD	20 horas	Enfermeiro	Presencial todos itens ou Cursos EaD
<p>Gestão do período intraoperatório do</p>	<p>1 - Passo a passo do transplante</p>	Data show Video Aula	30 horas	Enfermeiro Médico	Presencial itens: 1; 2; 3; 4;

<p>transplante hepático <u>Ementa:</u> Centro Cirúrgico e transplante hepático: aspectos gerenciais e assistenciais. Atribuições da equipe de saúde em TH. Preparo do ambiente cirúrgico.</p>	<p>2 - Captação de órgãos (armazenamento) 3 - Funcionamento do transplante no hospital, etapas, 4 - Importância social e a importância de cada membro da equipe 5 - Montagem e preparação da sala cirúrgica (material, fio cirúrgico, instrumental, medicamentos) 6 - Atribuições de cada profissional de enfermagem (auxiliar de anestesia, circulante, instrumentação e o papel do enfermeiro) 7 - Ato cirúrgico de transplante e os</p>	<p>Laboratório Realístico</p>		<p>Serviço social Laboratório/empresa máquina</p>	<p>Simulação realística itens: 5; 6; 7; 8; 9</p>
---	---	-------------------------------	--	---	--

	tempos cirúrgicos 8 - Instrumentação cirúrgica 9 - Máquina de autotransusão / cell saver (Teoria e prática e bioquímica durante a autotransusão)				
Aspectos técnicos do transplante hepático <u>Ementa:</u> Ato cirúrgico de transplante e os tempos cirúrgicos. Hemotransusão: indicações e cuidados. Técnicas de PAM e DC Atualizações em TH	1 - Implantação do órgão 2 - Clampeamento, Tempo de isquemia, implante 3 - Hemoderivados, infusão de hemoterápicos (em que via injetar, tempo, temperatura) 4 - Técnicas de enfermagem e técnicas cirúrgicas novas 5 - <i>Swang ganz</i> (débito cardíaco) 6 - Uso da heparina	Data show Video Aula Laboratório Realístico EaD	30 horas	Enfermeiro Médico	Presencial itens: 3 Simulação realística: 1; 2; 4; 5; 6

	em PAM				
Assistência de saúde da equipe de profissionais na doação e transplante <u>Ementa:</u> Relação e comunicação interpessoal. Preparo do paciente/família e equipe para o processo de TH. Anamnese e exame físico do candidato a TH. Aspectos biopsicossociais envolvidos no TH.	1 - Preparo do paciente de transplante de fígado 2 - Emergências / intercorrências 3 - Exames laboratoriais 4 - Pós-operatório (rotina dos profissionais no pós-operatório) 5 - Cuidados de enfermagem no período pré-operatório, transoperatório e pós-operatório 6 - Diagnósticos de enfermagem 7 - Cuidados básicos a pacientes hospitalizado 8 - Entrevista com o	Data show Video Aula Laboratório Realístico EaD	40 horas	Enfermeiro Médico	Presencial itens: 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12 Simulação realística: 1; 2; 5; 7;

	<p>paciente e familiares</p> <p>9 - Comunicação entre as equipes</p> <p>10 - Compromisso social da enfermagem com o procedimento transplante hepático</p> <p>11 - Etapas do transplante na visão do cirurgião, e a visão da enfermagem</p> <p>12 - Preparo profissional e psicológico</p>				
Prática a partir de estudos de casos	Estudo de casos clínicos de transplantes realizados				

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo tivemos como objetivo definir as estratégias que compõem um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem e propor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem.

A política de educação permanente nos faz desenvolver a construção de uma consciência crítica, respeitando a individualidade e, assim, por meio do diálogo e pelas vivências de realidades distintas, onde concretiza um processo de construção de consciência crítica e reflexiva partindo-se das experiências vividas no cotidiano do trabalho, onde os profissionais passam por um processo de conhecimento e de vivências de realidades e identificam as possibilidades de refletir, pensar e agir conforme a necessidade dos problemas e de aprendizagem.

Durante a realização deste estudo ficou evidente a importância do mesmo, pois a equipe sempre demonstrou interesse em participar de todo o processo de construção. Observou-se que transplante hepático é algo bastante complexo e exige conhecimento para realizar os cuidados. Foi possível identificar as necessidades dos profissionais de enfermagem da equipe de transplante do serviço do centro cirúrgico e construir então uma proposta educacional para os mesmos. A proposta educativa servirá de ferramenta para auxiliarem no processo ensino-aprendizagem e nas pesquisas científicas.

A prática de enfermagem impulsiona métodos facilitadores para o cuidado e a implementação de atividades educativas no cotidiano do profissional projeta o saber fazer de uma forma sistematizada, científica e de qualidade, padronizando as condutas de enfermagem, proporcionando maior segurança nas ações executadas.

Com isso, deseja-se que seja implantado o programa educacional proposto na instituição pesquisada, pois é significativo o aprofundamento com embasamento em um referencial metodológico para alicerçar a prática, assim configurando-o como um instrumento científico para o desenvolvimento das atividades e a formação de programas de educação permanente de acordo com as necessidades da equipe que atuam com esta realidade.

REFERÊNCIAS

ALQAHTANI, Saleh A.; LARSON, Anne M.. Adult liver transplantation in the USA. **Current Opinion In Gastroenterology**, v.27, n. 3, p. 240-247, May 2011 . Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21378559>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Entenda a doação de órgãos**. Resolução CFM 1480/97. 2016. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. 2009. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado**. 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; BUENO, Sonia Maria Villela. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Ciência Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.191-192, abr. 2014. Bimestral.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. **Entenda as etapas do processo de doação de órgãos**. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Sistema Nacional de Transplantes. **Relatórios**. 2016. Brasília, 2016a. Disponível em:<www.snt.saude.gov.br>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. Sistema Nacional de Transplantes. Ministério da Saúde. **Relatórios anuais transplante equipe Hospital Universitário**

de Santa Catarina. 2015. Disponível em: <<https://snt.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Brasília: Anvisa, 2013. 172 p. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/1ivros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2016.

_____. **Orientações ao paciente candidato ao transplante de fígado do Hospital Universitário de Santa Catarina,** 2012. Disponível no programa de transplante de fígado do HU/UFSC.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ms, 2009a. 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Portaria Nº 2.600, de 21 de Outubro de 2009.** Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. Organização Pan Americana de Saúde. Ministério da Saúde. **Cirurgias seguras salvam vidas: Segundo desafio global para a segurança do paciente.** 2009c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. **Portaria Nº 1.160, de 29 de maio de 2006.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1160_29_05_2006_comp.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). **Portaria Nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004.** Brasília,

2004. Disponível em:

<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

COELHO, Julio Cezar Uili. **Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgica**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 3170 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. **Resolução COFEN Nº 292/2004**, 07 de junho de 2004. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM 1480/97**, 08 de agosto de 1997. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br> - Acesso em: 10.nov.2016

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2014. Disponível em: < <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Doação de órgãos e Tecidos Para Transplante: Recusa das Famílias**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p.728-735, out. 2010. Trimestral.

FELDMAN, Mark; FRIEDMAN, Lawrence Samuel; BRANDT, Lawrence J.. **Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 2592 p.

FIGUEREDO, Rogério Carvalho de et al. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica do Itpac**, Araguaína, v. 7, n. 4, p.1-7, out. 2014. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/74/artigo8.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini. **Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEP.** São Paulo. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-16052008-092125/pt-br.php>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FONTANA, Karla Regina; ANDRADE, Samir Samuel de. **Cuidados de enfermagem ao paciente no perioperatório no transplante hepático: uma revisão integrativa.** 2013. 127 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FREIRE, Izaura Luzia Silvério et al. Perfil de potenciais doadores segundo a efetividade da doação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p.709-718, mar. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John e. **Tratado de Fisiologia Médica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1176 p.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (Santa Catarina). **Histórico.** 2016. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13>. Acesso em: 08 jun. 2016.

JESUS, Maria Cristina Pinto de. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1229-1236, out. 2010.

MCPHEE, Stephen J.; HAMMER, Gary D. **Fisiopatologia da doença: uma introdução à medicina clínica.** 7. ed. Artmed: Porto Alegre, 2015. 784 p.

MEIRELLES JÚNIOR, Roberto Ferreira et al. Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. **Einsten**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.149-152, fev. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-149.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2016.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p.945-953, out. 2012. Trimestral.

MENDES, Karina Dal Sasso; GALVÃO, Cristina Maria. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p.915-922, ago. 2008. Mensal.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Anatomia orientada para clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 1136 p.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p.336-343, set. 2006.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

ROTHROCK, Jane C. **Alexander - Cuidados de Enfermagem Ao Paciente Cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 1280 p.

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p.362-366, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/05.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

SILVA, Orlando Castro et al. Transplante de fígado em nosso meio. A evolução de um procedimento estratégico institucional. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, p.482-484, out. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/244/245>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SILVA, Telma Christina do Campo; CARVALHO, Rachel de. Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório. **Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, São Paulo, p. 481-485, out. 2006.

SALVALAGGIO, Paolo et al. O sistema MELD e a mortalidade em lista de espera para transplante de fígado em países em desenvolvimento: lições aprendidas em São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p.278-285, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a04.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SOEIRO, Fábio Scalet. **Transplante hepático**: comparação entre as técnicas convencionais sem bypass venovenoso e com preservação da veia cava inferior (piggyback) em pacientes sob anestesia venosa total. 2010. 219 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2014.

SOMERA, Elizabeth A.S; JUNIOR, Renato Somera; RONDINA, João Marcelo. Uma proposta da andralogia para a educação continuada na área de saúde. **Rev. Arq Ciência Saúde**. São Paulo, Abr – Jun 2010. Vol 17. Pág 102-108.

VIEIRA, Marta Neves Campanelli Marçal; PANUNCIO-PINTO, Maria Paula. A metodologia da problematização como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p.241-248, jan. 2015.

APÊNDICE A - Instrumento para a coleta de dados - Roteiro para Entrevista

A entrevista deverá durar cerca de 30 minutos. Suas respostas serão gravadas e transcritas. Elas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente comigo, pessoalmente ou pelo telefone já informado anteriormente.

1. Nome do entrevistado: _____
2. Idade: _____ 3. Sexo: () masculino () feminino
4. Formação: _____
5. Categoria profissional no HU: _____
6. Tempo de atuação na equipe de transplante do HU: _____
7. Data da entrevista: _____
8. Hora: _____

- 1) Quais são as informações o profissional de enfermagem que atua no Centro Cirúrgico durante o transplante de fígado deve saber?
- 2) Como você percebe sua atuação no transplante hepático?
- 3) Para melhorar sua atuação no Centro Cirúrgico que estratégias educativas você considera necessárias para compor um programa de educação permanente?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa Mestrado Profissional Gestão do Cuidado de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Orientadora: Prof. Dra. Lucia Nazareth Amante

Co-orientadora: Prof Dra Juliana Balbinot Reis Girondi

Número do CAAE: 61511416.0.0000.0121

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O presente estudo tem como pesquisadores Enf. Elisa Borges Kuze, Prof. Dra. Lucia Nazareth Amante e Prof. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi, sendo seus objetivos definir as estratégias que compõem um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem e propor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem.

Procedimentos:

Você será convidado para: participar de uma entrevista que será gravada em meio digital. Para a participação nesta entrevista você terá um tempo aproximado de meia hora e não precisará se deslocar, pois a mesma será aplicada em local e horário definidos por você. Também será realizado encontros de discussão, nos quais será agendado no seu local de trabalho e este poderá ser gravado e/ou filmado.

Desconfortos e riscos:

Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar sendo questionado sobre cuidados que você desenvolve no seu local de trabalho, cuja atividade específica será em momentos do transplante hepático, porém, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los. Caso o seu desconforto persista você poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo.

Benefícios:

Você estará colaborando para o aprimoramento e conhecimento sobre o período intraoperatório em transplante hepático, uma construção coletiva de um programa educacional em enfermagem, viabilizando futuras ações e cuidados em relação aos cuidados com o paciente submetido ao transplante hepático. Nesse sentido você contribuirá para a estruturação de um programa educacional.

Acompanhamento e assistência:

Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que decorram desta pesquisa e que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. Garanto que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Ressarcimento:

Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Como o estudo será realizado de acordo com seus horários e no local de sua preferência, não haverá necessidade de ressarcimento para custear despesas, porém, será garantido ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa, dos quais não foram previstos pelos pesquisadores.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Enf Elisa Borges Kuze, no Hospital Universitário de Santa Catarina, localizado na Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n – Trindade/Florianópolis/SC; telefone (48) 3721-9171 ou (48) 9844-2481; e-mail: elisakuze@gmail.com. Outra possibilidade é contactar com as pesquisadoras responsáveis: Prof Dra Lucia Nazareth Amante, no Centro de Ciências da Saúde, Bloco I sala 504 (5º andar) Campus Universitário, Trindade/Florianópolis/SC; telefone (48) 3721-2772 ou (48) 9911-5466; e-mail: lucia.amante@ufsc.br e Prof Dra Juliana Balbinot Reis

Girondi, no Centro de Ciências da Saúde, Bloco I sala 413 (3º andar) Campus Universitário, Trindade/Florianópolis/SC; telefone (48) 9924-8343; e-mail: juliana.balbinot@ufsc.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade/Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propeq@contato.ufsc.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) entrevistado: _____

(Assinatura do entrevistado) _____ - Data: ___/___/___

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Elisa Borges Kuze (pesquisador) _____ - Data: ___/___/___

Lucia Nazareth Amante (orientador) _____ - Data: ___/___/___

Juliana Balbinot Reis Girondi (Co-orientador) _____ - Data: ___/___/___

ANEXO A – Portaria 1.160 de 29 de Março de 2006 do MS

Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando 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;

Considerando o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei supracitada;

Considerando a Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997;

Considerando a Portaria nº 3.407/GM, de 5 de agosto de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes;

Considerando a Portaria nº 541/GM, de 14 de março de 2002, que aprova os critérios para cadastramento de candidatas a receptores de fígado;

Considerando a necessidade de revisar e atualizar os critérios para distribuição de fígados para transplante, resolve:

Art. 1º Modificar os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade do estado clínico do paciente.

§ 1º Para aferir essa variável será adotado o sistema MELD -Model for End-stage Liver Disease / PELD Pediatric End-Stage Liver Disease - conforme o constante no Anexo 1 a esta Portaria.

§ 2º O novo critério entrará em vigência em 30 dias, a partir da publicação desta Portaria, em todo o território nacional.

§ 3º Tanto os pacientes já inscritos quanto os que venham a ser inscritos após a implantação do sistema, estarão sujeitos às novas regras de alocação de órgãos.

Art. 2º Os exames - dosagens séricas de creatinina, bilirrubina total e determinação do RNI (Relação Normatizada Internacional da atividade da protrombina) necessários para o cálculo do MELD, para adultos e adolescentes maiores de 12 anos, e valor de bilirrubina, valor de RNI e valor de albumina - necessários para o cálculo do PELD para crianças menores de 12 anos, deverão ser realizados em laboratórios reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC), ou por instituições hospitalares autorizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes para realização de transplante hepático.

Parágrafo único. Os diferentes exames necessários para cada cálculo do MELD/PELD devem ser realizados em amostra de uma única coleta de sangue do potencial receptor.

Art. 3º A distribuição de fígado será realizada pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), utilizando o Programa Informatizado de gerenciamento da lista de espera indicado pelo Sistema Nacional de Transplantes (DATASUS SNT 5.0 ou superior), instituído pela Portaria nº 783/GM, de 12 de abril de 2006.

Art. 4º As inscrições no cadastro atual de receptores de fígado em lista de espera, efetuadas antes da publicação desta Portaria, serão mantidas e estarão sujeitas aos novos critérios definidos para alocação dos órgãos ofertados.

Art. 5º É de responsabilidade da equipe de transplante à qual o candidato está vinculado a manutenção ou a exclusão do paciente na lista, de acordo com a evolução da doença e a indicação do procedimento como medida terapêutica.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I

1. Distribuição

A distribuição de fígados de doadores cadáveres para transplante dar-se-á conforme os critérios estabelecidos abaixo.

1.1. Quanto à Compatibilidade/Identidade ABO

Deverá ser observada a Identidade ABO entre doador e receptor, com exceção dos casos de receptores do grupo B com MELD igual ou superior a 30, que concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo O.

1.2. Quanto à compatibilidade anatômica e por faixa etária

Os pacientes em lista, menores de 18 anos, terão preferência na alocação de fígado quando o doador for menor de 18 anos ou pesar menos de 40kg.

1.3. Priorizações

Critérios de Urgência:

- a) insuficiência hepática aguda grave - segundo os critérios do Kings College ou Clichy (Anexo II);
- b) não-funcionamento primário do enxerto notificado à CNCDO em até 7 dias, após a data do transplante. Essa classificação poderá ser prorrogada por mais 7 dias. Caso não ocorra o transplante dentro desses prazos, o paciente perde a condição de urgência e permanece com o último valor de MELD, observando-se a periodicidade do exame;
- c) trombose de artéria hepática notificada à CNCDO em até sete dias, após a data do transplante. Essa classificação poderá ser prorrogada por mais sete dias. Caso não ocorra o transplante dentro desses prazos, o paciente perde a condição de urgência e assume um MELD 40;
- d) pacientes anepáticos por trauma; e
- e) pacientes anepáticos por não funcionamento primário do enxerto.

1.4. Classificação de gravidade clínica

Serão classificados de acordo com os critérios de gravidade MELD/PELD (Fórmulas - Anexo II) priorizando-se o de maior pontuação e considerando o tempo em lista, conforme o seguinte algoritmo:

a) Para candidatas a receptor com idade igual ou superior a 12 anos - MELD;
 - Pontuação a ser considerada = (cálculo do MELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera (data atual - data de inscrição em lista, em dias));

b) Para candidatas a receptor com idade menor de 12 anos -PELD; e

Pontuação a ser considerada = (cálculo do PELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera data atual - data de inscrição em lista, em dias).

O valor do PELD será multiplicado por três para efeito de harmonização com os valores MELD, pois a lista é única, tanto para crianças quanto para adultos. Este valor de PELD se chamará "PELD ajustado".

2. Adulto e Adolescente (idade igual ou maior que 12 anos)

2.1. Ficha de inscrição

A ficha de inscrição do adulto, para inscrição em lista de espera pela CNCDO, deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

- a) nome completo;
- b) data de nascimento;
- c) peso;
- d) altura;
- e) endereço completo;
- f) telefones para contato;
- g) equipe transplantadora;
- h) hospital;
- i) diagnóstico;
- j) informação referente à realização ou não de diálise, e a quantidade de vezes por semana;
- l) valor de creatinina sérica, com data do exame;
- m) valor do RNI, com data do exame;
- n) valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e
- o) valor de sódio sérico, com data do exame.

Obs.: O valor de MELD mínimo aceito para inscrição em lista será seis.

2.2. Situações especiais:

- a) Tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado, e sem doença extra-hepática detectável;
- b) Hepatocarcinoma maior ou igual a dois cm, dentro dos critérios de Milão (Anexo II), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona (Anexo II) e sem indicação de ressecção;
- c) Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I e II;
- d) Síndrome hepatopulmonar - PaO 2 menor que 60mm/Hg em ar ambiente;

e) Hemangioma gigante irressecável com síndrome compartimental, adenomatose múltipla, hemangiomatose ou doença policística;

f) Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática;

g) Adenomatose múltipla irressecável com presença de complicações; e

h) Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária;

i) Para as situações abaixo, o valor mínimo do MELD será de 20:

2.2.1. Caso o paciente, com os diagnósticos descritos acima, não seja transplantado em 3 meses, sua pontuação passa automaticamente para MELD 24; e em 6 meses, para MELD 29.

2.2.2. Indicações não previstas nesta portaria deverão ser encaminhadas à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes e apreciadas pela Câmara Técnica Nacional para Transplantes Hepáticos, que deverá emitir parecer conclusivo a CNCDO de origem do doente, em no máximo uma semana.

2.2.3. Para que a CNCDO inscreva os pacientes em lista com os diagnósticos abaixo citados é necessário que sejam encaminhados, juntamente com a ficha de inscrição, exames complementares comprobatórios do diagnóstico e do estadiamento da doença:

a) Hepatocarcinoma;

b) Hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental;

c) Carcinoma fibrolamelar não ressecável; e

d) Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária.

2.2.4. O laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado de pacientes transplantados com neoplasia, deverá ser encaminhado, no prazo de até 30 dias, à CNCDO.

3. Crianças (pacientes menores de 12 anos)

3.1. Ficha de inscrição

A ficha de inscrição da criança, para inscrição em lista de espera pela CNCDO, deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

a) nome completo;

b) data de nascimento;

c) peso;

d) altura;

e) endereço completo;

f) telefones para contato;

g) equipe transplantadora;

- h) hospital;
- i) diagnóstico;
- j) valor de albumina, com data do exame;
- l) valor de RNI, com data do exame;
- m) valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e
- n) valor do sódio sérico, com data do exame.

Obs.: Não há pontuação mínima de PELD para inscrição de pacientes menores de 12 anos, porém, para efeito de cálculo, todos os valores menores de PELD = 1 serão equiparados ao valor 1,0.

3.2. Situações especiais

Para as situações abaixo, o valor mínimo de PELD ajustado será 30:

- a) Tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado e sem doença extra-hepática detectável;
- b) Hepatocarcinoma maior ou igual a 2cm, dentro dos critérios de Milão (Anexo II), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona (Anexo II) e sem indicação de ressecção;
- c) Hepatoblastoma;
- d) Síndrome hepatopulmonar - PaO₂ menor que 60mm/Hg em ar ambiente;
- e) Hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental;
- f) Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática; e
- g) Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da uréia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo I, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, Defeito de oxidação de ácidos graxos, doença do xarope de bordo na urina.

3.2.1. Caso o paciente com os diagnósticos acima descritos não seja transplantado em 30 dias, sua pontuação passa automaticamente para PELD ajustado 35.

3.2.2. Indicações não previstas nesta Portaria neste regulamento técnico deverão ser encaminhadas à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes e apreciadas pela Câmara Técnica Nacional para Transplantes Hepáticos, que deverá emitir parecer conclusivo a CNCDO de origem do doente, em no máximo uma semana.

3.2.3. Para que a CNCDO inscreva os pacientes em lista com os diagnósticos abaixo citados é necessário que sejam encaminhados, juntamente com a ficha de inscrição, exames complementares comprobatórios do diagnóstico e do estadiamento da doença.

- a) Hepatocarcinoma;
- b) Hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental;
- c) Carcinoma fibrolamelar não ressecável; e

d) Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária.

3.2.4. O laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado de pacientes transplantados com neoplasia, deverá ser encaminhado, no prazo de até 30 dias, a CNCDO.

4. Renovação dos exames

Os exames para cálculo do MELD/PELD terão validade definida e devem ser renovados, no mínimo, na frequência abaixo:

- a) MELD até 10 - validade de doze meses, exame colhido nos últimos 30 dias;
- b) MELD de 11 a 18 - validade de três meses, exame colhido nos últimos 14 dias;
- c) MELD de 19 a 24 - validade de um mês, exame colhido nos últimos sete dias;
- d) MELD maior que 25 - validade de sete dias, exame colhido nas últimas 48 horas;
- e) PELD até 3 - validade de doze meses, exame colhido nos últimos 30 dias;
- f) PELD superior a 3 até 6 validade de três meses, exame colhido nos últimos 14 dias;
- g) PELD superior a 6 até 8 - validade de um mês, exame colhido nos últimos 7 dias; e
- h) PELD superior a 8 - validade de sete dias, exame colhido nas últimas 48 horas.

4.1. É de responsabilidade da equipe médica de transplante à qual o paciente está vinculado o envio sistemático do resultado dos exames necessários para atender o disposto no artigo 2º, na periodicidade determinada pelo item anterior deste Anexo.

4.2. Caso os exames não sejam renovados no período definido, o paciente receberá a menor pontuação desde sua inscrição, até que sejam enviados os novos exames. Caso o paciente não tenha uma pontuação menor, este receberá o valor de MELD 6 ou PELD 3, até que sejam enviados os novos exames.

ANEXO II

Fórmula do MELD

MELD = $0,957 \times \text{Log e (creatinina mg/dl)}$

+ $0,378 \times \text{Log e (bilirrubina mg/dl)}$

+ $1,120 \times \text{Log e (INR)}$

+ 0,643

x 10 e arredondar para valor inteiro

- Caso os valores de laboratório sejam menores que 1, arredondar para 1,0.

- A creatinina poderá ter valor máximo de 4,0, caso seja maior que 4,0 considerar 4,0.

Caso a resposta seja sim para a questão da diálise (realiza diálise mais de duas vezes por semana?), o valor da creatinina automaticamente se torna 4,0.

Fórmula do PELD

PELD = $0,480 \times \text{Log e (bilirrubina mg/dl)}$

- + 1,857 x Log e (INR)
- 0,687 x Log e (albumina mg/dl)
- + 0,436 se o paciente tiver até 24 meses de vida
- + 0,667 se o paciente tiver déficit de crescimento menor 2
- x 10
- Caso os valores de laboratório sejam menores que 1, arredondar para 1,0.
- Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no gênero, peso e altura.
- Ajustamento do PELD para harmonização com o MELD: multiplicar por 3 e arredondar para valor inteiro.

Critério do Kings College Hospital

- a. Indivíduos que ingeriram acetaminofen:
 - pH do sangue arterial menor de 7,3 (independente do grau de encefalopatia).
 - TPT maior que 100 segundos ou INR >6,5 e concentração de creatinina sérica >3,4 mg/dl em pacientes com encefalopatia III ou IV.
- b. Sem ingestão de acetaminofen:
 - TPT maior que 100 segundos ou INR >6,5 (independente do grau de encefalopatia).
 - Ou três das seguintes variáveis:
 - Idade menor de 10 ou maior de 40 anos.
 - Causas: hepatite A ou B, halotano, hepatite de outro tipo, reações farmacológicas idiossincrásicas.
 - Duração da icterícia maior que 7 dias antes do início da encefalopatia.
 - TPT maior que 50 segundos, INR >3,5.
 - Concentração sérica de bilirrubina >17,5 mg/dL.

Critério de Clichy

- Se existe encefalopatia, independente do grau.
- Ou se Fator V:
 - Inferior a 30% em maiores de 30 anos
 - Inferior a 20% em menores de 30 anos

Critério de Milão

- Paciente cirrótico com:
 - Nódulo único de até 5 cm de diâmetro, ou
 - Até três nódulos de até três centímetros de diâmetro cada.
- Ausência de trombose neoplásica do sistema porta.

Crítério de Barcelona

- Tumor único menor de 5 cm.
- Até três nódulos, menores de 3 cm.
- Sem comprometimento vascular.
- Child B o C.

Para pacientes não cirróticos ou Child A compensados, pode-se considerar a ressecção local.

ANEXO B – Resolução CFM 1480/97 Morte encefálica



RESOLUÇÃO CFM nº 1.480/97

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO que a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial; CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros,

RESOLVE:

Art. 1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica", anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas

c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas

d) acima de 2 anos - 6 horas

Art. 6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,

b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,

c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";

b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c".

Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;

c) de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;

d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º. O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º. Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clinico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.346/91.

Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

WALDIR PAIVA MESQUITA

Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 21.08.97 Página 18.227

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM nº 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____
 PAI: _____
 MÃE: _____
 IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE
 NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma aperceptivo ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Pupilas fixas e arreativas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo córneo-palpebral ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexos oculocefálicos ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de respostas às provas calóricas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo de tosse ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Apnéia ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante).

1 - PRIMEIRO EXAME 2 - SEGUNDO EXAME

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____ NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____ CRM: _____ FONE: _____
 END.: _____ END.: _____
 ASSINATURA: _____ ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral 2. Cintilografia Radioisotópica 3. Doppler Transcraniano 4. Monitorização da pressão intra-craniana 5. Tomografia computadorizada com xenônio 6. Tomografia por emissão de foton único 7. EEG 8. Tomografia por emissão de positrons 9. Extração Cerebral de oxigênio 10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinhal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinhal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apneia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.

4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).

ANEXO C – Resolução COFEN 292/2004

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem - <http://www.cofen.gov.br>

1. RESOLUÇÃO COFEN-292/2004

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de suas atribuições a que alude a Lei nº 5.905/73 e a Lei 7.498/86, e tendo em vista deliberação do Plenário em sua reunião ordinária Nº 318, realizada em 02/05/2004;

CONSIDERANDO a Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 197 e 199;

CONSIDERANDO a Lei 9.434/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos tecidos e parte do corpo humano para fins de transplantes e tratamentos;

CONSIDERANDO o Decreto nº 2.268/97, que regulamenta a Lei dos Transplantes e cria o Sistema Nacional de Transplantes;

CONSIDERANDO a Lei nº 10.211/2001, que altera a Lei 9.434/97;

CONSIDERANDO a Lei 7.498/86 e Decreto nº 9.4406/87, respectivamente no artigo 11, inciso I, alíneas “i”, “j”, “l”, e “m” e artigo 8º, inciso I, alíneas “g” e “h”, inciso II, alíneas “m”, “n”, “o”, “p” e “q”;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução do COFEN Nº 240/2000;

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.489/87, que estabelece o diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 200/97, que dispõe sobre a atuação dos Profissionais de Enfermagem em Transplantes;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, que estabelece o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS Nº 901, de 16 de agosto de 2000, que cria a Central Nacional de Captação de Órgãos (CNNCDO);

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 91, de 23 de janeiro de 2001, que estabelece o Funcionamento da Central Nacional de Captação de Órgãos (CNNCDO);

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS Nº 92, de 23 de janeiro de 2001, que trata da Busca Ativa e Captação de Órgãos;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 1686, de 20 de setembro de 2002, que trata de Bancos de Tecidos músculo esqueléticos;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 828, de 29 de junho de 2003, que trata de Bancos de Tecidos Oculares Humanos;

CONSIDERANDO que a Assistência de Enfermagem prestada ao doador de órgãos e tecidos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para Transplantes;

CONSIDERANDO que processo de doação de órgãos e tecidos para transplante se inicia no hospital que notificou a morte encefálica;

CONSIDERANDO que o doador poderá ser transferido para outro hospital, com recursos técnicos e humanos necessários à confirmação de morte encefálica e retirada de Órgãos;

CONSIDERANDO a necessidade de permanência do doador em Unidade de Terapia Intensiva, até a retirada dos Órgãos;

RESOLVE:

CAPÍTULO I

Do Doador Cadáver

Artigo 1º Ao Enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os Procedimentos de Enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos, através dos seguintes procedimentos:

- a) Notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNNCDO a existência de potencial doador.
- b) Entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio de autorização da doação de Órgãos e Tecidos, por escrito;
- c) Garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo o consenso familiar;
- d) Durante a entrevista com a família e representante legal, fornecer as informações sobre o processo de captação que inclui: o esclarecimento sobre o diagnóstico da morte encefálica; o anonimato da identidade do doador para a família do receptor e deste para a família do doador; os exames a serem realizados; a manutenção do corpo do doador em UTI; a transferência e procedimento cirúrgico para a retirada; auxílio funeral e a interrupção em qualquer fase deste processo por motivo de parada cardíaca; exames sorológicos positivos ou desistência familiar da doação;
- e) Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos;
- f) Documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como do receptor;
- g) Transcrever e enviar as informações sobre o processo de doação atualizada para a CNNCDO;
- h) Receber e coordenar as equipes de retirada de órgãos, zelando pelo cumprimento da legislação vigente;
- i) Cumprir e fazer cumprir acordo firmado no termo da doação;
- j) Executar e/ou supervisionar o acondicionamento do órgão até a
- k) Exigir documento de identificação da pessoa responsável pelo transporte do órgão/tecido, autorizado pela CNNCDO;
- l) Fazer cumprir a Legislação que normatiza a atuação do Enfermeiro e Técnico em sala operatória;
- m) Considerar a mesa auxiliar para perfusão de órgãos como campo operatório;
- n) Acompanhar e/ou supervisionar a entrega do corpo à família;

Artigo 2º Realizar a enucleação do globo ocular, desde que tecnicamente habilitado pela Associação Panamericana de Banco de Olhos – APABO.

Artigo 3º Planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos/tecidos para fins de transplantes, dentre as quais se destacam:

- a) Desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplante;
- b) Promover e difundir medidas educativas quanto ao processo de doação e transplante de órgãos/tecidos, junto à comunidade;
- c) Participar e organizar programas de conscientização dos Profissionais da Área da Saúde quanto à importância da doação e obrigatoriedade de notificação de pessoas, com diagnóstico de morte encefálica;
- d) Proporcionar condições para o aprimoramento e capacitação dos Profissionais de Enfermagem envolvidos com o processo de doação, através de cursos e estágios em instituições afins;
- e) Favorecer a assistência interdisciplinar no processo de doação/transplante de órgãos e tecidos;

CAPÍTULO II

Do Receptor

Artigo 4º Ao Enfermeiro incumbe aplicar a SAE em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar), dentre os quais se destacam:

- a) Identificar os Diagnósticos de Enfermagem de risco, reais e bem estar do receptor (NANDA 2002/2003);
- b) Fazer intervenção de Enfermagem, tratamento e/ou prevenção, evitando complicações e/ou minimizando os riscos que possam interferir no transplante;
- c) Integrar receptor e família no contexto hospitalar;
- d) Realizar visita domiciliar, com o objetivo de implementar a SAE;
- e) Encaminhar receptor(a) e cuidador(a) para imunização profilática, de acordo com protocolo específico para cada tipo de transplante;
- f) Orientar receptor e família quanto aos trâmites legais do transplante, realizar Consulta de Enfermagem periodicamente, dando continuidade a SAE;
- g) Orientar receptor e família quanto aos trâmites legais do Cadastro Técnico Único, tempo de permanência, riscos e benefícios do transplante;
- h) Solicitar ao receptor ou responsável legal o consentimento expresso após orientação e leitura da autorização, informando quanto à excepcionalidade e os riscos do procedimento, conforme insculpido no artigo 10, da Lei 9.434/97;
- i) Fazer ou atualizar o Histórico de Enfermagem ao admitir o receptor, para a realização do transplante;
- j) Identificar os Diagnósticos de Enfermagem reais, potenciais e de bem estar;
- k) Prescrever intervenções de enfermagem para os diagnósticos reais, potenciais e de bem estar;
- l) Prescrever os cuidados de enfermagem pré-operatórios;

- m) Efetuar registro da solicitação do profissional responsável pela avaliação do doador ou órgão, que informe ao receptor ou responsável legal as condições do doador que possam aumentar os riscos do procedimento e/ou que possam diminuir a curva de sobrevivência do receptor;
- n) Manter a família informada quanto ao procedimento cirúrgico;
- o) Arquivar o termo de morte encefálica, doação e informações do doador, no prontuário do receptor;
- p) Cumprir e fazer cumprir as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- q) Planejar, organizar, coordenar e executar a Assistência de Enfermagem durante o período de internação pós-transplante, estimulando o auto-cuidado;
- r) Elaborar plano de alta;
- s) Colaborar com a equipe multiprofissional no trabalho de reabilitação do receptor, proporcionando o seu retorno às suas atividades cotidianas;
- t) Planejar e implementar programas que visem a socialização e participação do transplantado no mercado de trabalho;
- u) Fazer acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar, de acordo com as necessidades do receptor;

Artigo 5º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Artigo 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 07 de junho de 2004.

Gilberto Linhares Teixeira – Presidente COREN-RJ Nº 2.380

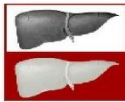
Carmem de Almeida da Silva – Primeira-Secretária COREN SP Nº 2254

ANEXO D –Manual de Orientação do Transplante.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Hospital Universitário

Orientações ao Paciente Candidato ao Transplante de Fígado



Este documento visa esclarecer o paciente e a família sobre diversos aspectos que o transplante de fígado. Estas informações são gerais e cada caso será avaliado individualmente pela equipe.

Segunda versão

Florianópolis, SC – 2012

**EQUIPE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UFSC**

Atendimento médico-ambulatorial: contato pelo telefone 3721-9180

- Esther Buzaglo Dantas Correa, Médica Gastroenterologista (CRM 4879)
- Fernanda Günther Ramos, Médica Gastroenterologista (CRM 10715)

Atendimento médico-cirúrgico: contato pelo telefone 3721-9171/9169

- Mauro Igreja, Médico Cirurgião (CRM 9239)
- Gilberto Kremer, Médico Cirurgião (CRM 6391)
- Fernando Miranda, Médico Cirurgião (CRM 14138)

Atendimento de Enfermagem: contato pelo telefone 3721-9180/9129

- Marisa da Silva Martins, Enfermeira (COREN 147909)

Atendimento de Nutrição: contato pelo telefone 3721-9879

- * Alessandra Erdmann, Nutricionista (CRN 0826)

Atendimento de Psicologia: contato pelo telefone 3721-9159

- Letícia Gabarra, Psicóloga (CRP04192)

Atendimento de Serviço Social: contato pelos telefones 3721-9126/9127

- Andreia Burlin, Assistente Social (CRESS 4231)
- Tayana Neves de Oliveira, Assistente Social (CRESS 1929)

Atendimento de Fisioterapia: contato pelo telefone 3721-8073/9193

- Carolina Luana de Mello, Fisioterapeuta (CREFITO 119426)
- Juliana El-Hage M. B. Gulini, Fisioterapeuta (CREFITO 28456)

Atendimento do Banco de Sangue: contato pelo telefone 3721-

- Neuza Libra, Enfermeira (COREN)

- Daiana de Mattia, Enfermeira (COREN)

Núcleo de Transplante Hepático – HU/UFSC

Auxiliar administrativo: Marciano Bogoni

Telefones: (48) 37218180 / 37219133

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU/UFSC

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis/SC

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTE
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC**

Joel de Andrade, Médico (CRM 5166)

Gilberto Kremer, Médico (CRM 6391)

Esther Buzaglo Dantas Correa, Médica (CRM 4879)

Adnairdes Cabral de Sena, Enfermeira (COREN 39264)

Paulo Peixoto Portella, Técnico em Assuntos Educacionais

Nicéia Mara A. de Souza, Farmacêutica-Bioquímica (CRF 1070)

EQUIPE DE APOIO TÉCNICA

Neide da Silva Knih, Enfermeira (COREN 75126)

Tânia Bilíbio, Assistente Social (CRESS 4297)

EQUIPE DE APOIO TÉCNICO

Marcia Elisa Binder Neis, Enfermeira (COREN 26723)

Fabíola Santos Ardigo, Enfermeira (COREN 088166)

Elisa Borges Kuze, Enfermeira (COREN 94608)

Gilson Bitencourt Vieira, Enfermeiro (COREN 69832)

Taise Costa Ribeiro Klein, Enfermeira (COREN 60436)

Juliana Balbinot Reis Girondi, Enfermeira (COREN 087214)

Nayala Lírio Gomes Gazola, Fisioterapeuta (CREFITO 29313)

Sumário

Sumário.....	4
Sumário.....	4
INTRODUÇÃO.....	6
O Fígado.....	6
Doenças do Fígado	6
Quando é necessário um Transplante de Fígado.....	6
O processo da doação de órgãos.....	7
Quais são as maneiras de aumentar o número de doações?.....	7
Da declaração da morte até a retirada dos órgãos e a entrega do corpo à família	7
O que é Morte Encefálica?.....	7
O Doador Falecido.....	8
O Receptor.....	8
Fila única à espera de um transplante.....	8
Existe indicação de se passar à frente na “Lista Única”?.....	9
Transplante de Fígado.....	9
O PRÉ-OPERATÓRIO – PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA.....	10
QUANDO FOR CHAMADO PARA O TRANSPLANTE.....	10
Internação.....	10
O PÓS-TRANSPLANTE.....	11
Normas para visitas na UTI.....	11
COMPLICAÇÕES.....	12
A ALTA HOSPITALAR.....	12
Acompanhamento dos exames clínicos e laboratoriais:.....	12
Cuidados com a incisão cirúrgica	15
Seu cuidado com a ferida cirúrgica reduzirá a chance de ocorrer infecções:.....	15
Outros cuidados:.....	15
Vacinas: Nenhuma vacina deverá ser tomada sem o consentimento de seu médico.	
15	
ATENÇÃO: Em caso de Emergência.....	16
REFERÊNCIAS.....	26

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO PARA A
REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO.....27

1 INTRODUÇÃO

O Fígado

O fígado é o maior órgão sólido do corpo humano, localizado no lado direito do abdome e pesa entre 1.200 e 1.500g. Ele é constituído por milhões de células, recebe o sangue venoso que vem em sua maior parte do trato gastrointestinal através de uma grande veia: a veia porta. O fígado é extremamente importante para manter o corpo saudável, ele produz e depura diversas substâncias. Entre suas funções, as mais importantes são:

- Receber os nutrientes e as substâncias absorvidas no intestino;
- Metabolizar diversos medicamentos;
- Neutralizar eventuais substâncias tóxicas que sejam ingeridas;
- Armazenar nutrientes e produzir substâncias importantes para o organismo, como a albumina, os fatores de coagulação e o colesterol;
- Ajudar a regular a concentração de glicose no sangue;
- Produzir a bile.

1.1. Doenças do Fígado

1.2. São várias as doenças que podem atingir o fígado. Os sintomas variam conforme a evolução e da doença gravidade do paciente, alguns dos mais comuns são: icterícia (o amarelão), ascite (retenção de líquido no abdome), fadiga (cansaço), sangramento gastrointestinal, fraqueza muscular, urina escura, náuseas e vômitos, fezes esbranquiçadas e confusão mental. Dependendo dos danos causados ao órgão pela doença de base, podem ocorrer alterações na absorção de vitaminas e nutrientes, acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e redução da produção de proteínas e outros fatores necessários para a coagulação sanguínea. Entre as principais doenças do fígado estão: as hepatites que podem ser virais (chamadas por letras: A,B,C,D,E), auto-imune, causada pelo álcool ou medicamentos e a cirrose. Outras doenças do fígado são: doenças metabólicas, genéticas e infiltrativas, colangite esclerosante, cirrose biliar primária, atresia das vias biliares e insuficiência hepática fulminante. Caso a alteração hepática seja muito grave, o transplante pode ser necessário. Outra frequente indicação de transplante de fígado são os tumores hepáticos (hepatocarcinoma), desde que preencham os critérios do Ministério da Saúde.

1.3. Quando é necessário um Transplante de Fígado?

Qualquer pessoa cuja vida está seriamente comprometida por uma doença hepática grave e irreversível pode ser candidato ao transplante hepático, depois de esgotadas todas as demais alternativas de tratamento clínico e cirúrgico. ***O transplante de fígado é claramente justificado em doenças hepáticas que apresentam grave comprometimento à saúde do paciente e redução da qualidade e expectativa de vida. Para indicar o transplante de fígado são seguidas normas do Ministério da Saúde.*** Entretanto, pessoas que sofrem de doenças sistêmicas que possam colocar a sua vida em risco, como: infecções, doenças cardiovasculares ou pulmonares pré-existentes, metástases de tumores malignos e hipotensão arterial resistente ao tratamento não podem realizar o transplante de fígado.

1.4.O processo da doação de órgãos

A notificação de potenciais doadores de órgãos e tecidos em estado de Morte Encefálica por todos os hospitais é obrigatória pela Lei. Mesmo assim a desproporção crescente do número de pacientes que necessitam de um transplante versus o número de doadores é um fato inquestionável. Dentre os fatores limitantes, está a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. Apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei, a falta de política de educação continuada aos profissionais da saúde referente ao processo de doação-transplante, além da recusa familiar, são entraves importantes à captação de órgãos. Após o diagnóstico de morte encefálica a família deve ser consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos, sendo que esta conversa pode ser realizada pelo próprio médico do paciente, pelo médico da UTI ou pelos membros da equipe de captação, que prestam todas as informações que a família necessitar. Para ser doador é muito simples, basta avisar sua família sobre seu desejo de ser doador.

A família não paga pelos procedimentos de manutenção do potencial doador, nem pela retirada dos órgãos. Existe cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) para isso.

1.5.Quais são as maneiras de aumentar o número de doações?

- Aumentar o número de notificações de morte encefálica, pois se trata de caso de notificação compulsória;
- Buscar junto à sociedade diminuir os índices de recusa familiar. Para isso as campanhas pela doação de órgãos são planejadas e acontecem todos os anos.

1.6.Da declaração da morte até a retirada dos órgãos e a entrega do corpo à família

O diagnóstico da morte encefálica leva por volta de 12 horas para ser feito e após esse período a família tem que decidir se doa ou não. Se a doação é autorizada, são feitos exames no doador para certificar se ele não é portador de nenhuma doença infecciosa que possa ser transmitida ao receptor. Em seguida são realizadas avaliações laboratoriais e clínicas para avaliar a função de cada órgão para que a equipe de transplantes decida qual órgão é viável ou não. A Central de Transplantes é informada sobre o doador, então é preenchido um documento e autorizada a cirurgia do doador, marcada após a chegada do documento à Central. Após este processo de avaliação a Central de Notificação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) precisa contatar as equipes transplantadoras, realizar a seleção do receptor para que possam confirmar se este está em condições de receber o órgão ou não. Os órgãos são retirados simultaneamente em uma cirurgia que demora de duas a três horas. Então, finalmente o corpo é entregue a família, no entanto se for morte violenta, obrigatoriamente, tem que ir para o Instituto Médico Legal (IML). O processo todo leva em média 36 horas.

1.7.O que é Morte Encefálica?

O conceito de Morte Encefálica (ME) compreende a parada completa e irreversível de todas as funções neurológicas intracranianas, considerando-se tanto os hemisférios cerebrais como o tronco encefálico. As principais causas de Morte Encefálica são: trauma de crânio por acidente de automóvel, moto, ferimento por arma de fogo, atropelamento, acidente vascular cerebral (AVC, derrame). Existem regras a serem seguidas no caso da morte encefálica

através de um protocolo. No Brasil, tal protocolo é especialmente rigoroso: são feitos dois exames clínicos, com um intervalo de seis horas, além de exames laboratoriais e a participação de médicos diferentes, inclusive o médico da família pode participar.

1.8.O Doador Falecido

O doador cadáver é sempre um indivíduo com morte encefálica. A necessidade de funcionamento imediato do fígado transplantado impõe um rigor particular na escolha do doador, quaisquer que sejam as condições de urgência do receptor. Para reduzir os riscos, é preciso avaliar cuidadosamente a história clínica do doador. São realizados exames laboratoriais e sorológicos do doador, além da avaliação visual e manual do fígado pelo cirurgião o que ajuda na tomada de decisão de se utilizar o órgão doado.

O doador é avaliado em diferentes etapas: exame físico, exames laboratoriais (análise bioquímica, hematológica, testes de função hepática e renal, sorologias para hepatite, sífilis, Chagas e HIV).

1.9.O Receptor

Escolher um receptor deve obedecer a critérios bem estabelecidos. O organismo do paciente deve comportar o fígado a ser recebido, inteiro ou reduzido, e o tipo sanguíneo ABO deve ser compatível.

1.10. Fila única à espera de um transplante

Quando a única alternativa de tratamento para quem sofre de insuficiência hepática é receber um novo órgão, começa outra etapa: a inscrição no sistema de fila única e a espera. Os dados clínicos inscritos nesse sistema formam o cadastro técnico referente a cada tipo de órgão, parte ou tecido a ser transplantado. A inscrição na lista de candidato ao transplante é feita pelo médico responsável da equipe de transplantes na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). A lista única para transplantes obedece a critérios cronológicos, **morfológicos, imunológicos e de gravidade. Os pacientes são escolhidos através de um programa informatizado do Sistema Nacional de Transplantes que indica os receptores mais adequados, segundo critérios previamente definidos.** Ninguém pode alterar a sequência da lista única. Cada inscrito pode acompanhar sua posição na lista junto à Central de Transplantes do Estado. A cada vez que surge um doador a Central de Captação de órgãos é informada e processa a seleção dos possíveis receptores para os vários órgãos. **Esta seleção leva em conta o tempo de espera para o transplante, o grupo sanguíneo, o peso e altura do doador e gravidade clínica.** Isto faz com que nem sempre o mais antigo (o que chegou primeiro na fila) fique em primeiro lugar. Outras vezes o receptor que foi selecionado em primeiro lugar pode não estar momentaneamente em condições de receber um transplante, em consequência de complicações clínicas ou por não ter sido localizado, não querer ser transplantado naquele momento, etc. Os critérios de distribuição de órgãos estão sempre sendo estudados com o objetivo de aperfeiçoar e oferecer melhores cuidados aos pacientes que aguardam em fila de espera. Assim estes critérios descritos podem sofrer algumas alterações e, por isso este manual está em constante atualização.

Portaria do MELD: Nº 1.160 de 29 de maio de 2006. (www.anvisa.gov.br/legis)

Pré-requisitos para ingressar na lista única:

- Estar com os exames atualizados;
- Avaliação clínica e de toda equipe interdisciplinar do Núcleo de Transplante Hepático;
- Estar há mais de seis meses sem ingerir bebida alcoólica;
- O esquema de vacinação deverá ser atualizado e o paciente não poderá apresentar lesões orais e dentárias. Para isso deve apresentar uma declaração do Dentista de que está em dia com a sua saúde bucal.

1.11. Existe indicação de se passar à frente na “Lista Única”?

Sim. Situações especiais, consideradas urgentes, como os casos de insuficiência hepática fulminante ou de re-transplante, têm prioridade na lista de espera. Os casos de insuficiência hepática aguda se manifestam em pessoas sem nenhuma doença anteriormente constatada no fígado, que evoluem rapidamente com perda da função hepática, necessitando de transplante em caráter de urgência. Eventualmente, os pacientes transplantados há menos de 30 dias, podem apresentar sinais de que o novo fígado não está funcionando ou quando ocorre a trombose da artéria do novo fígado, o tratamento de escolha é o re-transplante.

1.12. Transplante de Fígado

É uma cirurgia que consiste na retirada do fígado doente de um paciente portador de uma doença hepática crônica ou aguda para colocar, no mesmo lugar, um fígado doado pela família de alguém com morte encefálica, ou parte do fígado de um doador vivo, doado por um familiar. O procedimento consiste em três etapas:

- Retirada do fígado do receptor;
- Retirada do fígado do doador;
- Implante do fígado do doador no receptor.

A retirada do fígado do receptor é uma das partes mais delicadas da cirurgia. O fígado é responsável por determinados componentes da coagulação sanguínea, portanto pessoas com doenças hepáticas não coagulam bem o sangue, o que aumenta o risco de sangramentos, principalmente durante a cirurgia. A doença hepática causa “hipertensão portal”, devido ao excesso de sangue que “tenta ser filtrado” pelo fígado fazendo com que haja dilatação dos vasos sanguíneos intra-abdominais. Isso torna a técnica cirúrgica mais difícil.

ORIENTAÇÕES E CUIDADOS PRÉ-TRANSPLANTE ENFERMAGEM

Cuidados com a pele: deverá ter como rotina banho diário, após o banho utilizar hidratante na pele de preferência PRODERM é um produto com maior composição de água o que auxilia na hidratação da pele. Evitar fazer tricotomia com lâminas em especial para as mulheres poderá ocorrer lesão de pele, tornando assim, o paciente propenso a desenvolver lesão de pele.

Higiene oral: a escovação dentária deverá ser realizada sempre após cada alimentação, após a escovação deverá ser utilizado um antisséptico bucal como: flogoral, cepacol e outros.

Líquidos: é importante que o paciente adquira como rotina ingerir pelo menos dois litros de água por dia, em caso de restrição hídrica por outros problemas de saúde deverá seguir orientação médica.

Exercícios físicos: o exercício físico é fundamental para que o organismo esteja preparado para o transplante, assim, o paciente deverá seguir a orientação do médico e da fisioterapia.

Rotina diária: deverá estabelecer uma rotina diária como: café da manhã, banho, caminhada, lanche da manhã, atividade, almoço, repouso, etc. A rotina é importante para que o paciente vá se adaptando a nova realidade.

Cuidados domiciliares: os cuidados domiciliares são fundamentais para a recuperação do paciente no pós-transplante, assim, sugere-se que a família vá estabelecendo uma rotina junto ao paciente antes do transplante. É fundamental a higienização da casa, bem como a não permanência de animais domésticos no domicílio.

2. O PRÉ-OPERATÓRIO – PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA

A fase pré-operatória do paciente inclui uma cuidadosa avaliação do funcionamento de outros sistemas fisiológicos importantes como o cardiovascular, o neurológico, o respiratório e o renal, assim como do estado nutricional. Outras condições também são fundamentais na preparação para a cirurgia como a avaliação da estrutura familiar para o pós-operatório e o preparo e acompanhamento psicológico dos pacientes e seus familiares para a adequada compreensão e aceitação do procedimento, assim como de sua adesão ao programa de transplante que, uma vez iniciado, se estende por toda a sua vida. A seguir, serão apresentadas algumas orientações técnicas de diferentes profissionais envolvidos no preparo e acompanhamento do paciente em lista de espera para o transplante hepático.

3. QUANDO FOR CHAMADO PARA O TRANSPLANTE

3.1.

3.2. Internação

- 3.3. No momento da chamada para o transplante inicia-se o jejum absoluto. O contato será feito via telefone e o tempo médio para o comparecimento ao Hospital Universitário é de 4 a 6 horas. Quando chamado, sua entrada no HU/UFSC ocorrerá da seguinte forma: Via ambulatório de transplante hepático de 2ª a 6ª feira, das 07:00 às 19:00 horas; ou Via Emergência se for no período da noite, finais de semana e feriados. Traga consigo o documento de identidade, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência e todos os seus exames e **deverá estar acompanhado de pelo menos um familiar**. Após abrir seu prontuário, você passará por exames e será preparado para a cirurgia. Não esquecer de trazer seus objetos de higiene e uso pessoal. Obs: É importante saber que mesmo após a sua internação o transplante poderá ser cancelado, geralmente por problemas com o doador.

O preparo da cirurgia

Chegando ao hospital o paciente será encaminhado para realizar os exames pré-operatórios, que consistem de exames de laboratório, eletrocardiograma e RX. Assim, que realizados os exames o paciente é encaminhado a unidade de internação para ser realizado o preparo para a cirurgia que consiste das seguintes atividades:

- Tricotomia (raspagem dos pelos);
- Banho com clorexidina;

- Escovação dentária;
- Medicação pré-anestésica.

Durante todo o preparo o paciente poderá estar acompanhado de seus familiares. Após o preparo o paciente fica na unidade de internação aguardando a chamada para a cirurgia.

O tempo médio da cirurgia é de 5 à 7 horas, podendo estender-se dependendo de sua dificuldade. Durante esse período a família fica sendo acompanhada pela equipe do serviço de psicologia do hospital.

4. O PÓS-TRANSPLANTE

Após o termino da cirurgia o paciente é encaminhado imediatamente a Unidade Terapia Intensiva. O tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é de **três dias a duas semanas**, dependendo da evolução do quadro clínico do paciente. É na UTI que o receptor será constantemente monitorado (pressão arterial, balanço de líquidos, batimentos cardíacos, respiração, entre outros.) e assistido pela equipe médica.

Na UTI são realizados exames diários de sangue, raios X, ultra-som e outros quando necessário. Após o transplante o paciente estará com uma incisão cirúrgica abdominal, entubado por algumas horas, com punção venosa central e periférica, dreno abdominal e sonda vesical. Todos esses cateteres e sondas serão retirados com a maior brevidade possível conforme a evolução clínica. Medicação: na UTI o paciente terá medicação para dor de horário e se necessário.

4.1.

4.2. Normas para visitas na UTI

Horários de visitas:

- De segunda a sexta feira: das 11:00 às 11:30h; das 14:30 às 15:30h (boletim médico às 15:30h) e 20:30 às 21:00.
- Sábados, domingos e feriados: das 14:00 às 15:30h (boletim médico às 15:30h) e 20:30 às 21:00.

Observação: Poderá entrar somente um visitante por horário. Lembrando que as visitas deverão ser restritas para se prevenir infecção.

Alta da UTI: Após a estabilização do quadro clínico o paciente é transferido para um quarto em uma unidade de internação onde permanecerá sendo acompanhado pela equipe de transplante e da equipe do local e deverá permanecer com um familiar, de preferência aquele que recebeu todas as orientações.

Unidade de Internação: Após a alta da UTI o paciente ficará na unidade de internação cirúrgica em um quarto exclusivo para o paciente. Neste ambiente é indicado que fique um familiar junto ao paciente durante todo o período. A média de permanência pode ser de 15 dias ou mais dependendo da evolução clínica do paciente. Na unidade de internação a avaliação da equipe interdisciplinar e os exames continuam sendo realizados diariamente.

O papel do acompanhante: O acompanhante receberá a alimentação no quarto e sua permanência será junto ao paciente no quarto, o mesmo não poderá circular pelos corredores.

O papel do acompanhante será de auxiliar o paciente na alimentação, higiene oral e apoio emocional. Todos os outros cuidados deverão ser realizados pela equipe de saúde.

5. COMPLICAÇÕES

As complicações mais comuns são: sangramento, rejeição, infecção, hepatite no fígado novo e dificuldade de drenagem de bile. As menos comuns e mais graves: o não funcionamento do novo fígado e a trombose da artéria hepática, que podem necessitar urgente de novo transplante. Qualquer interrupção no tratamento imunossupressor, mesmo meses ou anos após o transplante, desencadeará uma rejeição aguda, com risco de vida.

Resumo das complicações que podem ocorrer nos transplantes hepáticos:

- O não-funcionamento primário do fígado implantado, que decorre de condições ligadas ao fígado do doador ou da conservação do enxerto. O retransplante é indicado como tratamento devido ao alto risco de mortalidade;
- Hemorragia pós-operatória, podendo necessitar de novas cirurgias;
- Trombose da artéria hepática;
- Complicações infecciosas e venosas;
- Complicações biliares podendo ter que ficar com drenos por um período prolongado de semanas a meses;
- Complicações cardiopulmonares (hipertensão arterial), hematológicas, renais, gastrintestinais, neuropsíquicas;
- Recidiva da doença de base sobre o fígado transplantado, como nas hepatites virais e tumores e aparecimento de câncer;
- Óbito.

6. A ALTA HOSPITALAR

7. Acompanhamento dos exames clínicos e laboratoriais:

- Nos primeiros dias – Semanalmente.
- De 30 a 90 dias – Quinzenalmente.
- De 90 dias em diante – Mensalmente ou de acordo com orientação médica.

Durante sua permanência na unidade de internação o paciente receberá orientações técnicas sobre os procedimentos após a alta hospitalar. Ao sair de alta o paciente recebe a carteira de Acompanhamento interdisciplinar e a planilha de controle dos dados de saúde. No primeiro mês, são necessários exames de sangue uma ou duas vezes por semana. No segundo mês, essa frequência passa a ser semanal e quinzenal. No terceiro mês em diante é mensal até completar um ano. A principal preocupação da equipe médica é com o funcionamento do fígado, rejeição e as possíveis infecções. Para isso, são feitos exames clínicos, testes de função hepática, ultra-sonografia abdominal, exames hematológicos, exames bacteriológicos, acompanhamento das concentrações sanguíneas dos imunossupressores (dependo do medicamento) e, quando preciso, biópsia hepática.

ATENDIMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

- Primeiro mês: Equipe médica semanal, enfermagem quinzenal e demais profissionais mensal e se necessário;
- Segundo mês: Equipe médica e enfermagem quinzenal e demais profissionais se necessário;
- Terceiro mês: Equipe médica quinzenal, enfermagem e demais profissionais mensal e se necessário;
- Quarto e quinto mês: Equipe médica mensal e demais profissionais se necessário;
- Sexto mês: Equipe médica mensal e demais profissionais mensal e se necessário;
- Um Ano: Equipe médica, enfermagem e demais profissionais mensal e se necessário;

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. Cuidados necessários para o restabelecimento da saúde, (paciente não pode ter contato com animais, locais fechados, locais para fumantes, locais sem higiene).
2. Acesso à medicação, locais de fornecimento em Florianópolis e no município de origem.
3. Acesso aos direitos sociais, previdenciários.

Em Casa Nos Primeiros Dias:

- Usar máscara em ambiente hospitalar (a exceção do seu quarto), em locais fechados, em aglomerados de pessoas e durante tratamento de rejeição aguda, não ficar em ambiente fechado com muitas pessoas juntas por um longo período;
- Após cada alimentação fazer higiene oral, incluindo a língua e o céu da boca e fazer gargarejo com anti-séptico;
- Restrição das visitas;
- Evitar contato pessoal com pessoas com doenças infecciosas;
- Não ter contato com animais após o transplante;
- Conservar casa sempre limpa e arejada, especialmente os banheiros;
- Não varrer a casa e deve-se passar pano úmido para não levantar poeira;
- Caso for usar o ventilador, limpar com pano úmido a cada dois dias;
- Caso for usar o ar condicionado, limpar o filtro uma vez por semana;
- As roupas de cama devem ser trocadas com maior frequência;
- Não há necessidade de esterilizar roupa de cama;
- Lavar as mãos com água e sabonete: antes e depois de usar o banheiro de comer, quando chegar em casa;
 - Verificar frequência Cardíaca e respiratória pelo menos 1 vez ao dia;
 - Verificar temperatura no período da manhã e tarde. Se temperatura permanecer por várias horas acima de 37,5°C. – **COMUNICAR O MÉDICO**;
 - Verificar a glicemia 3 x ao dia conforme orientação médica;
 - Anotar esses dados e levar na próxima consulta.

Medicações mais utilizadas:

O sucesso do transplante, bem como o bom funcionamento do fígado, depende do manuseio cuidadoso dos seus medicamentos. Tomar os medicamentos corretamente (dosagens e horários) é fundamental.

- Imunossuppressores;
- Antifúngicos;
- Anti-hipertensivos;
- Insulinas;
- Analgésicos;
- Corticóides.

Atenção quanto às medicações:

- Guarde todas as medicações à temperatura ambiente. Assegure-se de que a tampa esteja bem colocada. Conserve todas as medicações fora do alcance de crianças e animais domésticos;
- Ler cuidadosamente os nomes dos seus medicamentos;
- Nunca divida medicações com outras pessoas;
- Tome somente as medicações prescritas pelo seu médico. Só utilize medicamentos com a liberação do médico da Equipe de Transplante Hepático do HU/UFSC;
- Jamais tomar medicação que não tenha sido prescrita;
- Você não poderá ficar sem as medicações. Reponha-a principalmente antes de feriados prolongados;
- Nunca aumente ou diminua a dose de uma medicação sem instrução;
- É recomendável que você tenha sempre consigo a lista de medicações que toma, junto ao cartão de identificação;
- Não deixar de tomar nenhuma dose. Se esquecer, tomar logo que lembrar se ainda estiver no mesmo dia;
- Se errar a dose, anotar e comunicar o médico na próxima consulta;
- Não tomar a dose em dobro;
- Manter as medicações nas embalagens originais;
- Guardar a medicação de maneira ordenada, em local limpo, seco, protegido da luz, do calor e da umidade;
- Não guardar caixas vazias ou com prazo de validade vencido;
- Não trocar os medicamentos de caixa e não juntá-los com outros;
- Se houver vômitos, urticária, dor de cabeça, dor de estômago: **COMUNICAR MÉDICO IMEDIATAMENTE.**

Cartão de Identificação:

- Ter sempre consigo um cartão indicando sua condição de transplantado, as medicações que está tomando, nome e telefone dos médicos para contatá-los se necessário.

Observar sinais de rejeição:

- É importante que você saiba os sinais de rejeição, de forma a poder reconhecê-los se houver. A rejeição ao transplante apresenta uma boa resposta ao tratamento, desde que seja identificada precocemente.

Se você observar quaisquer dos seguintes sinais ligue imediatamente para o médico:

- Temperatura alta acima de 37.5° C;
- Icterícia (cor amarelada) na pele e na parte branca dos olhos(esclerótica);
- Fezes acoólicas (cor de massa de vidraceiro);
- Sensibilidade sobre a região do fígado;
- Sintomas de gripe (corpo dolorido, mal estar);
- Aumento dos níveis de bilirrubina ou enzimas hepáticas (Bilirrubina normal varia de 0,2 a 1.2).

Observar sinais de infecção

- As medicações que você toma para prevenir a rejeição também diminuem a imunidade e aumentam suas chances de adquirir infecção. Por isso é importante detectar sinais e sintomas de infecções precocemente. As infecções podem ser localizadas em uma área ou generalizadas pelo corpo todo.

7.1.

7.2.Cuidados com a incisão cirúrgica

7.3. Seu cuidado com a ferida cirúrgica reduzirá a chance de ocorrer infecções:

- Manter a ferida cirúrgica limpa e seca;
- Lavar diariamente com água corrente e sabonete, secando com toalha limpa;

Observar:

- Vermelhidão e dor local;
- Abaulamento (local inchado);
- Saída de algum tipo de líquido (secreção);
- Temperatura acima de 37.5° C;
- Falta de ar (dispnéia) é um sintoma importante deve ser comunicado imediatamente ao médico.
- **Comunicar seu médico e/ou Centro de Transplante em caso de alguns desses sinais.*

7.4.

7.5.Outros cuidados...

7.6.

7.7.**Vacinas:** Nenhuma vacina deverá ser tomada sem o consentimento de seu médico.

Retorno ao Trabalho:

- Gradativo, dependendo da condição do paciente.

Exposição ao Sol e Calor:

- Pegar sol no início da manhã e final da tarde;
- Usar chapéu e protetor solar fator 30.

Fumo, álcool e demais Drogas:

- Desaconselhado totalmente.

Atividade física:

- Evitar esforço abdominal;
- Deitar e levantar da cama lentamente, pelo lado contrário da cirurgia; flexionando os joelhos e inclinando o corpo, deixando as pernas caírem para fora da mesma.
- Exercícios lentos, com orientação do fisioterapeuta;
- Não fazer esportes de impacto e não levantar peso;
- Não fazer limpeza em casa, cortar grama, lavar carro e outras atividades que demandam esforço físico, em hipótese alguma;
- Atividade física somente com autorização médica;
- Não poderá dirigir após dois meses do transplante;
- O próprio paciente aprenderá a conhecer seus próprios limites.

Gravidez e atividade sexual:

Algumas alterações no ciclo menstrual da paciente transplantada são decorrentes da doença primária do fígado. No entanto após o transplante há uma tendência a se normalizar a vida sexual e o ciclo menstrual da paciente. Com relação à gravidez recomenda-se aguardar pelo menos um ano após a cirurgia, quando o quadro clínico estará estabilizado e a paciente mais familiarizada com sua nova situação.

7.8.ATENÇÃO, em caso de Emergência:

Procurar o pronto socorro do **Hospital universitário** e avisar a equipe responsável pelo transplante.

Obs: qualquer mudança de endereço ou telefone do paciente deverá ser notificada à equipe.

VIDA DEPOIS DO TRANSPLANTE E OS MEDICAMENTOS

Depois que um órgão é transplantado, os leucócitos do paciente identificam o novo órgão como “estranho” e começam rapidamente a se multiplicar e a atacar as células estranhas. Este é o mecanismo de defesa normal do corpo, que protege o organismo contra invasores, como bactérias, vírus e fungos, e é chamado de resposta imunológica. Os leucócitos e suas reações são em grande parte responsáveis pela rejeição de órgãos transplantados. Para prevenir a rejeição, os pacientes transplantados são medicados com imunossuppressores pelo

resto de suas vidas. São eles que irão suprimir a resposta imunológica permitindo que o corpo e o novo órgão transplantado funcionem de maneira eficaz durante muitos anos. Como o sistema imunológico responde de várias maneiras, frequentemente é preciso usar diferentes associações de medicamentos, há uma grande variedade de imunossupressores e cada um age de maneira diferente a fim de evitar que o corpo rejeite o novo órgão.

A maioria dos tratamentos com imunossupressores consiste em uma combinação, que será adequada a cada paciente. A rejeição aguda pode ocorrer a qualquer momento, sendo que o risco é maior nas primeiras semanas após o transplante. Complicações em longo prazo e efeitos colaterais associados aos imunossupressores mais tóxicos, como os inibidores da calcineurina e os corticosteroides, incluem elevação dos níveis de colesterol, pressão alta e insuficiência renal. As doenças cardiovasculares são a causa de morte mais comum de pacientes transplantados com órgãos em funcionamento. Também podem ocorrer: diabetes, crescimento excessivo de pelos em todo o corpo e o ganho de peso.

ORIENTAÇÕES DA FISIOTERAPIA

O fisioterapeuta é o profissional responsável pela avaliação fisioterapêutica pré-operatória, realizada no ambulatório, e por todo o acompanhamento pós-cirúrgico, da internação na UTI até a alta. É o profissional que auxiliará o paciente na recuperação das suas funções, através de exercícios respiratórios e motores.

Antes da cirurgia serão verificadas as condições respiratórias de cada paciente, podendo ser necessários exercícios respiratórios, a fim de obter melhores condições dos pulmões para a cirurgia. Os fumantes podem acumular mais secreção no pulmão (catarro), e a tosse funciona como um importante mecanismo de eliminação, evitando complicações pulmonares, como a pneumonia.

A incisão abdominal, que permite acesso ao fígado, é grande e muito próxima ao principal músculo da respiração, isto gera imediatamente após a cirurgia a diminuição dos volumes e das capacidades pulmonares em relação ao pré-operatório. O fisioterapeuta, através de exercícios, auxiliará para que a recuperação seja a mais breve possível. O procedimento cirúrgico é realizado com anestesia geral, onde o paciente recebe um tubo na boca, que conectado a aparelhos, permite a passagem do oxigênio para os pulmões. Assim que o paciente conseguir respirar espontaneamente, esse tubo será retirado, podendo demorar algumas horas ou mais. Esse tempo varia de acordo com a estabilização pós-cirurgia e os exames de laboratório.

Pré-operatório:

Alguns exercícios que você pode realizar antes e depois da cirurgia.

1. Respiração diafragmática: puxe o ar pelo nariz lentamente e solte pela boca.



2. Respiração em tempos: puxe o ar pelo nariz como se fosse cheirar uma flor por três vezes seguidas e depois solte o ar pela boca.

3. EPAP subaquático: num frasco com água introduzir um canudo até o fundo do recipiente, soprar dentro do mesmo fazendo bolhas lentamente.



4. Flexão do cotovelo: com a palma da mão virada para cima segurando o peso, pode ser feito com garrafas com areia, puxe o ar pelo nariz enquanto dobra o cotovelo, solte o ar pela boca enquanto volta a esticar o braço. Alterne os braços.



5. Extensão joelho: sente numa cadeira mantendo a coluna reta, estique um joelho de cada vez.



6. Senta – Levanta: puxe o ar pelo nariz, quando começar a soltar o ar pela boca, levante-se devagar, e ainda soltando o ar pela boca volte a sentar-se novamente.



7. Tosse: sentado, coloque as mãos sobre o abdome, puxe o ar profundamente e em seguida realize uma tosse forte.

Realize os exercícios ao menos uma vez ao dia, cada um por 2 vezes de 10 repetições.

Pós-operatório:

Após a cirurgia, o fisioterapeuta receberá o paciente na UTI, intubado e conectado aos aparelhos. Em conjunto com a equipe médica, será decidido o melhor momento para a retirada do tubo, o quanto logo isso seja possível.

Na UTI, o paciente receberá atendimento de fisioterapia para a retirada de secreções acumuladas nos pulmões e reexpansão dos mesmos. A tosse será estimulada a cada sessão, sempre com o cuidado de apoiar o local cirúrgico com as mãos ou travesseiro. Também

iniciará exercícios para os braços e pernas, prevenindo complicações que a permanência no leito possa gerar.

No pós-operatório é muito importante que o paciente mantenha-se ativo, realizando os exercícios orientados, sempre respeitando as suas condições físicas e as orientações do fisioterapeuta e da equipe de enfermagem.

Assim que as condições clínicas permitirem, e após a retirada do tubo, o paciente será estimulado a sentar no leito, e posteriormente em uma poltrona. De acordo com as condições clínicas e a avaliação do fisioterapeuta, o paciente poderá iniciar com caminhadas leves ainda na UTI.

ORIENTAÇÃO DE NUTRIÇÃO

O transplante hepático é uma grande cirurgia que exige do paciente um gasto elevado de suas reservas corporais de energia e nutrientes, tanto no momento do procedimento cirúrgico como no pós-operatório. Por isso, no pré-operatório o paciente deve apresentar a melhor condição nutricional possível. O estado nutricional adequado vai favorecer a redução de complicações, recuperação mais rápida e menor tempo de internação.

Sendo assim, o atendimento ambulatorial realizado pela Nutricionista da Equipe de Transplante Hepático do HU/UFSC tem dois objetivos: a) avaliar o estado nutricional do paciente candidato a entrada em lista de espera; b) realizar Orientação Alimentar e Nutricional para promover a melhor condição nutricional do paciente nas fases de pré, trans e pós transplante.

A seguir, estão apresentadas orientações gerais de alimentação e nutrição que devem ser seguidas pelo paciente em lista de espera para o transplante hepático.

Principais cuidados com a alimentação no pré-operatório

- Fazer refeições variadas, incluindo alimentos de todos os grupos alimentares. A variedade de alimentos é importante para aproveitar melhor os diversos nutrientes necessários ao bom funcionamento do nosso corpo: carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, minerais e fibras. Porém, é necessário tomar cuidado com a quantidade a ser ingerida de alguns alimentos, pois eles podem piorar os sintomas da doença hepática. Estes alimentos serão destacados a seguir.
- Fazer de 5 a 6 refeições ao dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite), em horários regulares, em intervalos de no máximo 3 horas, evitando jejum prolongado ou excesso de alimentação em uma mesma refeição. Se necessário, fracionar ainda mais as refeições para evitar sensação de desconforto, muito comum em pacientes com ascite (água na barriga).
- Ingerir diariamente a quantidade de alimentos necessária para manter o seu peso adequado ou pelo menos próximo dele, nem muito magro e nem com excesso de peso. É importante diferenciar o excesso de peso (gordura corporal: sobrepeso e obesidade) de acúmulo de líquidos no corpo (edema e ascite). O edema e a ascite podem estar associados com deficiência nutricional.
- Comer devagar, mastigando bem os alimentos para facilitar a digestão e aproveitar melhor os nutrientes.
- Manter uma boa higiene oral para melhorar a percepção de sabor dos alimentos.
- Adequar a consistência dos alimentos a sua condição de mastigação e deglutição.

- Evitar comer em restaurantes que não possuem opções de alimentos saudáveis.

Alimentos que devem ser consumidos diariamente (por grupos alimentares):

Cereais, pães, tubérculos e raízes: arroz, milho trigo, aveia, centeio e cevada e seus derivados (pães, bolos, biscoitos), preferindo os integrais; batatas em geral, aipim (macaxeira), cará, inhame: **6 a 11 porções ao dia**. *1 Porção equivale a: 1 fatia de pão ou ½ xícara (chá) de cereais (tipo granola) ou ½ xícara (chá) de arroz ou ½ xícara (chá) de macarrão cozido.*

Hortalças (verduras e legumes) sempre que possível cruas: **3 a 5 porções ao dia**. *1 Porção equivale a: 1 xícara (chá) de folhas cruas ou ½ xícara (chá) de legumes.*

Frutas sempre que possível com casca e bagaço; sucos naturais: **2 a 4 porções ao dia**. *1 Porção equivale a: 1 fruta fresca ou ¼ xícara (chá) de suco (extraído da polpa).*

***Observação:** Os vegetais crus devem ser bem lavados em água corrente e deixados de molho por 15 minutos em uma solução preparada com 1 litro de água e 1 colher de sopa de hipoclorito (água sanitária). Após os 15 minutos, lavar novamente para retirar o resíduo do hipoclorito. Utilizar imediatamente ou guardar em recipiente fechado para o horário da refeição. Fazer este processo para todos os alimentos que serão ingeridos crus, inclusive aqueles usados no preparo de suco.

Leite e produtos lácteos, usar os desnatados ou com baixo teor de gordura: **2 a 3 porções ao dia**. *1 Porção equivale a: 1 copo de leite ou iogurte ou 2 fatias de queijo (prefira os queijos frescos).*

Carnes e ovos: usar carnes magras, sem pele e gordura aparente. Dar preferência as carnes brancas; Carnes vermelhas no máximo três vezes por semana; ovo preferencialmente cozido, mexido ou como omelete: **2 porções ao dia**. *1 Porção equivale a: 1 filé pequeno de carne bovina, peixe ou ave ou 1 ovo.*

Leguminosas, nozes e castanhas (feijões, lentilha, ervilha, grão-de-bico, tremoço, soja, fava): **1 porção ao dia**. *1 Porção equivale a: ½ xícara (chá) de feijão (ou substituto) ou ½ xícara de nozes ou castanhas.*

***Observação:** Se não conseguir comer duas porções de carne por dia pode substituir uma delas por mais uma porção de leguminosa.

Óleos e gorduras: utilizar os óleos com moderação no preparo dos alimentos e para temperar saladas (soja, milho, canola, algodão, oliva, etc): Usar o equivalente a **2 colheres de sopa de óleo por dia**. Usar com muita moderação manteiga ou margarina livre de gordura *trans* para passar no pão ou biscoitos: o equivalente a **2 pontas de faca por dia**.

Açúcar e doces: utilizar com moderação todos os alimentos deste grupo (açúcar refinado ou mascavo, mel, melado, geleias, xarope de milho, chocolates, achocolatados, balas, bolos, biscoitos doces, tortas, leite condensado, doce de frutas, sorvetes cremosos, etc). Muitos destes alimentos também são ricos em gorduras.

***Observação:** Os alimentos deste grupo serão ajustados de acordo com orientação do Nutricionista. Os diabéticos terão um controle mais rigoroso destes alimentos. A ingestão de alimentos diet e light só deve ser utilizada se recomendada pelo Nutricionista ou Médico.

Fibras: seguindo as recomendações de consumo de cereais integrais, hortalças e frutas, descritas anteriormente, estará ingerindo um bom aporte de fibras. As fibras são importantes para o bom funcionamento intestinal. Se apresentar constipação intestinal (intestino preguiçoso) será necessário aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras e ajustar a ingestão de líquidos.

Líquidos: **Se NÃO apresentar acúmulo de água na barriga (ascite)** procurar ingerir líquidos normalmente, em torno de 1,5 a 2 litros diários. Dê preferência à água mineral sem gás (ou água filtrada e fervida), aos sucos naturais e aos chás. Evitar o consumo de refrigerantes, chimarrão e água mineral com gás. A água de coco só deve ser utilizada se recomendada pelo Nutricionista ou Médico. Ingerir os líquidos nos intervalos das refeições para evitar sensação de saciedade e perda de apetite.

Sal: é a principal fonte de um mineral chamado “sódio”, que é necessário em pequenas quantidades para o nosso organismo.

Mas, em grandes quantidades pode causar diversos problemas: acúmulo de líquidos no corpo, aumento da pressão arterial, piora de doenças hepáticas, doença renal crônica, doenças cardíacas, entre outras. O “sódio” também é encontrado naturalmente nos alimentos (pouca quantidade), em alimentos industrializados com sal (grande quantidade), inclusive os de sabor adoçado, em fermentos, conservantes, água (principalmente a mineral com gás), alimentos *diet* e *light* e em alguns medicamentos.

Um alimento contém média ou alta quantidade de sódio quando apresenta acima de 120mg de sódio por 100g de produto. Leia os rótulos e embalagens de alimentos para evitar aqueles com maior teor de sódio.

Se no momento NÃO HOUVER recomendação de restrição de sal, utilizar até 5g de sal por dia (valor de consumo normal), sendo adicionado **no máximo 2g no preparo dos alimentos** e o restante sendo proveniente de alguns alimentos processados com sal (pães, biscoitos doces e salgados, queijo branco, requeijão). Evitar todos os alimentos industrializados que contêm quantidades elevadas de sal (VER LISTA ABAIXO).

***Observação:** 1g de sal equivale a 1 colher de cafezinho rasa de sal.



Outras orientações:

Se apresentar acúmulo de água na barriga (ascite):

Controlar a ingestão de líquidos até no máximo _____ ml/dia. Esta quantidade deve ser revisada com frequência por Nutricionista ou Médico. Considerar:

1. **Todos os tipos de bebidas:** água, água de coco, café, chá, leite, iogurte, sucos e vitaminas;
2. **Alimentos e preparações ricas em água:** sopa, caldos, etc;
3. **Alimentos que ficam líquidos à temperatura ambiente:** gelatina, gelo e sorvete.

Sugestões para controlar a sede e a quantidade dos líquidos ingeridos:

4. Usar copos e xícaras pequenos para tomar os líquidos;

5. Marcar num papel a quantidade ingerida, cuidando para não ultrapassar a recomendada;
6. Consumir as bebidas geladas, ao invés de mornas ou quentes;
7. Chupar 1 pedrinha de gelo feita com suco de limão;
8. Quando recomendado, estimular a produção de saliva com o uso de balas duras azedas e chicletes, ou chupando um pedaço de limão;
9. Enxaguar a boca, fazendo bochechos com água, mas sem engolir;
10. Escovar os dentes;
11. Ingerir os remédios junto com alimentos sólidos;
12. Evitar os alimentos salgados.

Se no momento HOUVER recomendação de restrição severa de sal:

utilizar no máximo 2g de sal por dia e não utilizar nenhum alimento industrializado com sal. Usar temperos naturais para melhorar o sabor dos alimentos: alho, cebola, cebolinha, salsa, louro, alecrim, manjeriço, manjerona, canela, mostarda, (folha seca), orégano, colorau, páprica, cominho, pimenta, cravo-da-índia, pimentão, curry, gengibre, salsinha, sálvia, hortelã e tomilho.

Alimentos ricos em sal e sódio e que não devem ser consumidos: pães, biscoitos, torradas, batata palha, salgadinhos tipo Chips, etc; enlatados em conserva (palmito, pepino, chucrute, milho, pickles, cogumelo, azeitonas, ervilha enlatada, tremoço em conserva, etc); queijos com sal (mussarela, prato, lanche, parmesão, provolone, requeijão, Polenguinho[□], etc); presunto, mortadela, bacon, paio, salsicha, lingüiça, salame, patês, ovos em conserva, sardinha enlatada, atum enlatado, aliche em conserva, carnes e peixes defumados, salgados ou curados (bacalhau, charque, carne de sol, etc); oleaginosas preparadas com sal (nozes, amêndoas, amendoim, amendoim japonês, pistache, avelãs, castanha de caju, castanha do Pará, castanha Portuguesa e pinhão); margarina, manteiga, maionese; temperos: sal de cozinha, sal marinho, glutamato monossódico (Ajinomoto[□]), temperos com sal (alho massa, temperos prontos, tabletes de caldos concentrados tipo Knorr[□], Maggi[□], etc); extrato e molho de tomate, catchup, mostarda, molho inglês, molho de soja (shoyu), sopas industrializadas, etc.

Se apresentar desorientação ou confusão mental percebida por familiares (Encefalopatia hepática):

Retirar da dieta: carnes vermelhas e reduzir a ingestão dos demais tipos de carne. Aumentar o consumo de leguminosas (feijão, lentilha, soja, grão de bico, etc.). Fazer contato com o Nutricionista da Equipe Interdisciplinar de Transplante para, se necessário, ajustar a dieta.

Alimentos ricos em gorduras não devem ser consumidos:

Frituras, banha, carne gorda, pele de frango e de peixe, torresmo, bacon, camarão, miúdos/visceras, salame, mortadela, copa, presunto com gordura, queijo amarelo, creme de leite, nata, chantilly, etc.

***Observação:** Muitos alimentos ricos em gorduras também são ricos em sal e sódio.

Podem surgir outras situações clínicas associadas à doença hepática com necessidade de ajuste da dieta. Cada situação será tratada conforme a necessidade.

Dieta durante a internação

Em geral, o paciente sai da cirurgia com uma sonda enteral para iniciar alimentação enteral precoce após as primeiras 12 horas de pós-operatório e, já no terceiro dia o paciente é capaz

de se alimentar por via oral, uma vez retirado o tubo oro-traqueal que o auxilia a respirar através de aparelhos. A dieta será inicialmente líquida e evoluirá conforme o estado clínico e a tolerância do paciente. A evolução da dieta seguirá a padronização do Serviço de Nutrição e Dietética do HU/UFSC.

Dieta após o transplante

No preparo para alta hospitalar você receberá a “Orientação Alimentar e Nutricional de Alta” com informações detalhadas sobre a sua dieta e cuidados com a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos. Teoricamente você levará uma vida muito próxima do normal. Assim, a sua dieta será normal, seguindo as orientações de uma alimentação saudável. *No entanto, nos primeiros três meses após o transplante deve ingerir apenas alimentos naturais cozidos, preparados para consumo imediato e líquidos pasteurizados como leite, iogurte e suco, que devem ser ingeridos imediatamente após a abertura da embalagem. Os produtos industrializados como biscoitos, pães devem estar com data de validade adequada e, depois de abertos, devem ser consumidos dentro do prazo recomendado pelo fabricante. É importante evitar produtos ricos em gorduras, sal, açúcar e corantes artificiais, além de alimentos de procedência duvidosa. A água deve ser mineral ou filtrada e fervida.*

Mantenha o peso adequado. Aumento excessivo de peso ou perda intensa de peso devem ser comunicados à Equipe. Outras situações como, por exemplo, hiperglicemia (quantidade aumentada de açúcar no sangue) e elevação do colesterol sérico podem ocorrer devido ao uso dos medicamentos. Nestes casos, será necessário manter um acompanhamento ambulatorial com o Nutricionista que fará o ajuste da dieta.

ORIENTAÇÕES DA PSICOLOGIA

A psicologia na saúde demonstra-se muito importante constituindo-se como uma das formas de se compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o ser humano pode manter-se saudável. O psicólogo atua na equipe interdisciplinar inicialmente através de consulta individual para avaliação, intervenção, acompanhamento e encaminhamentos caso necessário.

ORIENTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social é uma profissão que atua no campo das políticas sociais, entre elas a Assistência Social. Opõe-se ao assistencialismo através de uma prática que visa a expansão dos direitos e a emancipação da sociedade. (CRESS-SC)

Tem como objetivo atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do HU; desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários garantindo uma abordagem multidisciplinar; desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social; favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade e desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU.

O Serviço Social do HU e o Transplante Hepático:

O objetivo do trabalho do Serviço Social com os pacientes **hepatopatias** é articular junto aos demais profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, entre outros) e aos familiares, ações que possibilitem acesso ao tratamento (Transplante Hepático), garantindo o direito a saúde. Busca desenvolver estratégias junto à rede de apoio do usuário, para atender as demandas do paciente e de sua família.

O Serviço Social acompanhará todo o processo de tratamento, (pré, transplante e pós).

A Assistente Social atenderá o usuário e sua família, desde o ambulatório, onde será realizada avaliação social, que visa além de conhecer a realidade do paciente, possibilitar através de encaminhamentos e orientações necessários o ingresso e permanência na lista de Transplante Hepático. Durante internação, o Serviço Social acompanhará frequentemente identificando as demandas e fará os encaminhamentos e orientações necessárias.

Na alta hospitalar, o Serviço Social, quando necessário, realizará a contra referência, para providências de alta, (verificará transporte com o município de origem do paciente, solicitará acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde, Secretarias de saúde, entre outros), acompanhará esse momento visando o restabelecimento de saúde do usuário.

Desenvolverá ações educativas que contribuam para o enfrentamento deste momento de fragilidade.

Orientações Pré-Transplante

- **O que é Tratamento Fora de Domicílio?**

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação. (Secretaria Estado de Saúde de Santa Catarina, 2004)

- **O que o programa permite e oferece?**

As despesas permitidas pelos TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (quando houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD; a responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intra estadual (dentro do estado) será atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS;

O pagamento das despesas de pacientes com TFD, será conforme a Tabela SIA/SUS, entretanto, o auxílio para despesas, somente será fornecido para pacientes atendidos na rede pública, conveniada ou contratada pelo SUS;

Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50 Km de distância e em regiões metropolitanas.(Secretaria Estado de Saúde de Santa Catarina,2004)

- **O que é necessário para obter o tratamento?**

Tratamento Fora de Domicílio:

a) Laudo Médico TFD (uma via);

b) Pedido TFD (uma via);

c) Exames Complementares (quando houver, anexar cópia). (Secretaria Estado de Saúde de Santa Catarina,2004)

- **Como fazer o cadastro no seu município para ter acesso ao TFD?**

O paciente deverá procurar a Secretaria de Saúde de seu município para fazer seu cadastro. Entretanto há municípios que não disponibilizam verba para o Tratamento Fora de Domicílio, neste caso a família precisará procurar o Ministério Público de seu Município para entrar com processo para receber a ajuda de custo.

Após alta hospitalar, o usuário e seu acompanhante necessitarão permanecer próximo ao HU, durante aproximadamente 60 dias. O usuário poderá contar com o TFD, para auxiliar em suas despesas e de seu acompanhante, tais como aluguel, alimentação, deslocamento para consultas até o HU.

Orientação Durante a Internação

É imprescindível a permanência de um acompanhante, durante todo o tratamento. O acompanhante deverá ser alguém da confiança do usuário, o mesmo deve ter disponibilidade para acompanhar todo tratamento. Neste período o acompanhante receberá orientações de cuidados para com o paciente, principalmente na administração da medicação, cuidados de higiene, preparação de alimentação, entre outros.

Após o transplante o usuário não poderá ter contato com animais, permanecer em casa com carpete, tapetes, muitas cortinas, umidade e sem condições de higiene; O paciente não poderá ficar em locais fechados com muitas pessoas, nem em locais com fumantes.

O processo de acesso à medicação, deve ser efetuado na Secretaria de Saúde do município de origem do paciente. Durante a internação, o médico preencherá o protocolo que deverá ser entregue na referida secretaria e assim acessar a medicação necessária para o pós-transplante.

Todos os pacientes terão internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), neste período, bem como após passarem para a Unidade de internação Cirúrgica, o Serviço Social, continuará a orientar o acompanhante nas demandas que surgirem, principalmente nos procedimentos quanto ao acesso da medicação.

8. REFERÊNCIAS

“Manual do Paciente Candidato ao Transplante de Fígado” do Hospital Meridional de Cariacica, Espírito Santo. Disponível em:

www.doencasdofigado.com.br/Manual%20do%20candidato%20a%20transplante%20de%20figado-%20ES.pdf. Acesso: em 30 maio 2011.

Grupo de Hepatologia e Transplante de fígado. **Manual do Paciente Candidato ao Transplante de Fígado. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo**, Disponível em:

<http://www.transplantedefigado.com.br/site/index.php>. Acesso: em 20 jan. 2012.

CRESS. Disponível em: <http://www.cressc.org.br/doc/servicosocial/folder001.pdf>. Acesso: em 09 de jun. 2011.

MORAES, A. C. et. al. **A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2º edição. Florianópolis: EMYO: CRESS, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio- TFD**, 2000.
9.

10. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO

Eu _____, _____ anos, RG, _____, tipo sanguíneo, _____, declaro, para os devidos fins e efeitos de direito, que em preparação realizada com a equipe de transplante de fígado do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, tomei conhecimento que sou portador (a) da doença _____ e preencho os critérios do Ministério da Saúde para o transplante de fígado. Fui informado (a) sobre as opções para o tratamento de minha doença, e escolhi submeter-me ao transplante hepático. Estou ciente de que o transplante irá contar da retirada do fígado doente e da sua substituição por outro, provindo de um doador cadáver, ou seja, alguém com morte encefálica. Fui informado (a) que as cirurgias podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para tentar impedir o seu aparecimento. Estou ciente de que complicações provenientes do órgão transplantado podem ocorrer, tais como: não funcionamento primário do fígado transplantado, obstrução das artérias e/ou veias, infecção dentre outras. Fui informado dos vários riscos envolvidos no procedimento, inclusive risco de óbito durante ou após o ato cirúrgico. Estou ciente ainda, que podem ocorrer complicações durante a cirurgia, como por exemplo, sangramentos, e que, para corrigi-las, pode haver a necessidade de transfusão sanguínea. Da mesma forma fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como alergias aos anestésicos dentre outras. Sou ainda informado que existe a possibilidade de rejeição do novo órgão e que deverei fazer uso de medicamentos para evitá-la pelo resto da vida, fato que aumenta o risco de contrair infecções. Do mesmo modo, caso seja portador de doenças virais e tumores malignos, pode haver a recidiva da doença no fígado transplantado. Tenho conhecimento que, durante a cirurgia ou no pós-operatório, possam aparecer novas situações que podem requerer procedimentos adicionais, como novas cirurgias, ou até mesmo um novo transplante de fígado e que poderão ser utilizados visando o restabelecimento de minha saúde. Estou informado (a) que este Termo não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas os mais frequentes. Sou sabedor (a) que apesar dos esforços da equipe, não existe garantia ou segurança absoluta no resultado desta cirurgia com relação à cura de minha doença. Foi-me dado tempo para refletir e a equipe esteve à disposição para esclarecer todas as dúvidas, minhas ou de meus familiares, antes que eu assinasse este consentimento.

Após as informações acima:

concordo em submeter-me ao _____

não concordo com o procedimento proposto.

Florianópolis, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente (ou do responsável): _____

RG: _____

Assinatura do médico: _____

CRM-SC: _____

Assinatura da Testemunha: _____

RG: _____

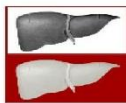
ANEXO E –Orientações para a alta hospitalar ao paciente de transplante de fígado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



ORIENTAÇÕES PARA A ALTA HOSPITALAR AO PACIENTE DE TRANSPLANTE DE FÍGADO



TELEFONE TRANSPLANTE: (48) 3721-8180

1. A ALTA HOSPITALAR

Durante sua permanência na unidade de internação o paciente receberá orientações técnicas sobre os procedimentos após a alta hospitalar.

Uma vez em casa, é preciso marcar consultas semanais com o seu médico e realizar exames periódicos. No primeiro mês, são necessários exames de sangue duas ou três vezes por semana. No segundo mês, essa frequência passa a ser semanal e quinzenal. No terceiro mês em diante é mensal até completar um ano. A principal preocupação da equipe médica é com o funcionamento do fígado, rejeição e as possíveis infecções. Para isso, são feitos exames clínicos, testes de função hepática, ultrassonografia abdominal, exames hematológicos, exames bacteriológicos, acompanhamento das concentrações sanguíneas dos imunossuppressores (dependo do medicamento) e, quando preciso, biópsia hepática.

Exames clínicos e laboratoriais:

Nos primeiros dias – Semanalmente.

De 30 a 90 dias – Quinzenalmente.

De 90 dias em diante – Mensalmente ou de acordo com orientação médica.

Orientação de Alta Hospitalar

Cuidados necessários para o restabelecimento da saúde, (paciente não pode ter contato com animais, locais fechados, locais para fumantes, locais sem higiene).

Acesso à medicação, locais de fornecimento em Florianópolis e no município de origem.

Acesso aos direitos sociais, previdenciários.

Em Casa Nos Primeiros Dias:

-Usar máscara todo o período;

-Após cada alimentação fazer higiene oral, incluindo a língua e o céu da boca e fazer gargarejo com antisséptico;

- Não ficar em ambiente fechado com muitas pessoas juntas por um longo período;
Restrição das visitas;

-Evitar contato pessoal com pessoas com doenças infecciosas;

-Não ter contato com animais após o transplante;

- Conservar casa sempre limpa e arejada, especialmente os banheiros;

- Não varrer a casa;

- Passar pano úmido para não levantar poeira;

- Caso for usar o ventilador, limpar com pano úmido a cada dois dias;
- Caso for usar o ar condicionado, limpar o filtro uma vez por semana;
- Não há necessidade de esterilizar roupa de cama;
- Lavar as mãos com água e sabonete: antes e depois de usar o banheiro de comer, quando chegar em casa;
- Verificar temperatura no período da manhã e tarde. Se temperatura permanecer por várias horas acima de 37,5°C. – **COMUNICAR O MÉDICO**;
- Verificar a glicemia 3 x ao dia conforme orientação médica;
- Anotar esses dados e levar na próxima consulta.

Medicamentos:

1) Medicções mais utilizadas:

1. Imunossupressão;
2. Antifúngicos;
3. Anti-hipertensivo;
4. Insulina;
5. Analgésicos;
6. Corticoides.

2) Atenção quanto às medicações:

- Guarde todas as medicações à temperatura ambiente. Assegure-se de que a tampa esteja bem colocada. Conserve todas as medicações fora do alcance de crianças e animais domésticos;
- Nunca divida medicações com outras pessoas;
- Tome somente as medicações prescritas pelo seu médico. Só utilize medicamentos com a liberação do médico da Equipe de Transplante Hepático do HU/UFSC.
- Você não poderá ficar sem as medicações. Reponha-a antes que fique com a reserva muito baixa, principalmente antes de feriados prolongados;
- Nunca aumente ou diminua a dose de uma medicação sem uma clara instrução para isto;
- É recomendável que você tenha sempre consigo a lista de medicações que toma.
- Não deixar de tomar nenhuma dose. Se esquecer, tomar logo que lembrar se ainda estiver no mesmo dia;
- Se errar a dose, anotar e comunicar o médico na próxima consulta;
- Não tomar a dose em dobro;
- Jamais tomar medicação que não tenha sido prescrita;
- Manter as medicações nas embalagens originais;
- Guardar a medicação de maneira ordenada, em local limpo, seco, protegido da luz,

- do calor e da umidade;
- Não guardar caixas vazias ou com prazo de validade vencido;
- Não trocar os medicamentos de caixa e não juntá-los com outros;
- Se houver vômitos, urticária, dor de cabeça, dor de estômago – **COMUNICAR MÉDICO IMEDIATAMENTE;**

Cartão de Identificação:

- Ter sempre consigo um cartão indicando sua condição de transplantado, as medicações que está tomando, nome e telefone dos médicos para contatá-los se necessário.

Observar sinais de rejeição

- É importante que você saiba os sinais de rejeição, de forma a poder reconhecê-los se houver.
- A rejeição ao transplante apresenta uma boa resposta ao tratamento, desde que seja identificada precocemente.

Se você observar quaisquer dos seguintes sinais ligue imediatamente para o médico:

- Temperatura alta acima de 37.5° C
- Icterícia (cor amarelada) na pele e na parte branca dos olhos(esclerótica)
- Fezes alcoólicas (cor de massa de vidraceiro)
- Sensibilidade sobre a região do fígado
- Sintomas de gripe (corpo dolorido, mal estar)
- Aumento dos níveis de bilirrubina ou enzimas hepáticas (Bilirrubina normal varia de 0,2 a 1.2)

Observa sinais de infecção

- As medicações que você toma para prevenir a rejeição também aumentam suas chances de adquirir infecção. Por isso é importante detectar sinais e sintomas de infecções precocemente. As infecções podem ser localizadas em uma área ou generalizadas pelo corpo todo.

Observar:

- Vermelhidão
- Abaulamento (local inchado)
- Dor
- Saída de algum tipo de líquido (secreção)
- Temperatura acima de 37.5° C
- Falta de ar (dispnéia) é um sintoma importante deve ser comunicado imediatamente ao médico.

2. A VIDA DEPOIS DO TRANSPLANTE

Depois que um órgão é transplantado, os leucócitos do paciente identificam o novo órgão como “estranho” e começam rapidamente a se multiplicar e a atacar as células estranhas. Este é o mecanismo de defesa normal do corpo, que protege o organismo contra invasores, como bactérias, vírus e fungos, e é chamado de resposta imunológica. Os leucócitos e suas reações são em grande parte responsáveis pela rejeição de órgãos transplantados. Para prevenir a rejeição, os pacientes transplantados são medicados com imunossuppressores pelo resto de suas vidas. São eles que irão suprimir a resposta imunológica permitindo que o corpo e o novo órgão transplantado funcionem de maneira eficaz durante muitos anos. Como o sistema imunológico responde de várias maneiras, freqüentemente é preciso usar diferentes associações de medicamentos. Há uma grande variedade de imunossuppressores e cada um age de maneira diferente a fim de evitar que o corpo rejeite o novo órgão. A maioria dos tratamentos com imunossuppressores consiste em uma combinação, que será adequada a cada paciente.

A rejeição aguda pode ocorrer a qualquer momento, sendo que o risco é maior nas primeiras semanas após o transplante. Complicações em longo prazo e efeitos colaterais associados aos imunossuppressores mais tóxicos, como os inibidores da calcineurina e os corticosteróides, incluem elevação dos níveis de colesterol, pressão alta e insuficiência renal. As doenças cardiovasculares são a causa de morte mais comum de pacientes transplantados com órgãos em funcionamento. Também podem ocorrer: diabetes, crescimento excessivo de pêlos em todo o corpo e o ganho de peso.

2.1. Qualidade de Vida e Sobrevida

No Brasil a sobrevivência após o primeiro ano de transplante hepático tem sido de 66% e 56,6% após 5 anos, ou seja, 65% em média dos pacientes transplantados estarão vivos após 1 ano de transplante, podendo levar uma vida normal. (Fonte:www.saude.sp.gov.br)

3. O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE SUAS MEDICAÇÕES?

Um fator primordial para o sucesso de seu transplante é tomar a medicação da forma como foi prescrita pelo seu médico. O sucesso do transplante, bem como o bom funcionamento de seu fígado, depende do manuseio cuidadoso dos seus medicamentos. Tomar os medicamentos corretamente (dosagens e horários) é fundamental.

- Ler cuidadosamente os nomes dos seus medicamentos;
- Tomar todas as suas medicações corretamente;
- Guardar suas medicações sempre em lugares secos, longe do calor e da luz direta;
- Guardar suas medicações nas embalagens originais e com rótulo mostrando o nome;
- Guardar as medicações longe do alcance das crianças;
- Comunicar seu médico sempre que tiver algum sintoma como náuseas, vômitos, diarreia, tremores, etc;
- Nunca parar de tomar alguma medicação por conta própria mesmo que você suspeite de efeitos colaterais. Comunique seu médico para que sejam feitos ajustes nas dosagens ou troca da medicação.

4. CUIDADOS APÓS O TRANSPLANTE

4.1. Cuidados com a incisão cirúrgica

4.2. Seu cuidado com a ferida cirúrgica reduzirá a chance de ocorrer infecções:

- Manter a ferida cirúrgica limpa e seca;
- Lavar diariamente com água corrente e sabonete, secando com toalha limpa;
- Observar qualquer sinal de vermelhidão, inchaço, saída de secreção.

**Comunicar seu médico e/ou Centro de Transplante em caso de alguns desses sinais.*

4.3. Cuidados com a higiene corporal

- Tomar banho diário é importante para prevenir infecções;
- Lavar as mãos antes das refeições e após utilizar o banheiro;
- Escovar os dentes e realizar higiene oral após cada refeição;
- As roupas de cama devem ser trocadas com frequência maior;
- Evitar o contato com animais ou mantê-los fora de sua casa.

4.4. Outros cuidados

Vacinas: Nenhuma vacina deverá ser tomada sem o consentimento de seu médico.

Retorno ao Trabalho

- Gradativo, dependendo da condição do paciente.

Exposição ao Sol e Calor:

- Pegar sol no início da manhã e final da tarde;
- Usar chapéu e protetor solar fator 30.

Fumo, álcool e demais Drogas:

- Desaconselhado totalmente.

Atividade física:

- Evitar esforço abdominal
- Deitar e levantar da cama lentamente, pelo lado contrário da cirurgia, flexionando os joelhos e inclinando o corpo, deixando as pernas caírem para fora da mesma.
- Exercícios lentos, com orientação do fisioterapeuta.
- Não fazer esportes de impacto;
- Não levantar peso;
- Não fazer limpeza em casa, cortar grama, lavar carro e outras atividades que demandam esforço físico, em hipótese alguma;
- Atividade física somente com autorização médica;
- Não poderá dirigir até dois meses do transplante;

- O próprio paciente aprenderá a conhecer seus próprios limites;

Gravidez e atividade sexual: Algumas alterações no ciclo menstrual da paciente transplantada são decorrentes da doença primária do fígado. No entanto após o transplante há uma tendência a se normalizar a vida sexual e o ciclo menstrual da paciente. Com relação à gravidez recomenda-se aguardar pelo menos um ano após a cirurgia, quando o quadro clínico estará estabilizado e a paciente mais familiarizada com sua nova situação.

4.5. Em caso de Emergência

Procurar o pronto socorro do *Hospital Universitário* e avisar a equipe responsável pelo transplante.

Obs.: qualquer mudança de endereço ou telefone do paciente deverá ser notificada à equipe.

ANEXO F – Manual de cuidados de enfermagem em pacientes candidatos a transplante hepático



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM**

**MANUAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CANDIDATOS A
TRANSPLANTE HEPÁTICO**



**Florianópolis
2012**

ORGANIZADORES**Primeira Versão**

Enf^ª Adnairdes Cabral de Sena (NGEC)

Enf^ª Elisa Borges Kuze (CC)

Enf^ª Fabiola Santos Ardigo (CCRI)

Enf^ª Gilson Bitencourt (CCIH)

Enf^ª Marcia Elisa Binder Neis (CE)

Enf^ª Taise Costa Ribeiro Klein (UTI)

Enf^ª Alex Backer (UTI)

Enf^ª Elaine A.G. Medeiros (UTI)

Enf^ª Scheila V. Nienkotter(AMB)

Enf^ª Juliana B. Reis Girondi(AMB)

Enf^ª Ilza S. B. Selhorst (AMB)

Téc. enf Adriana Cristina Miranda (UTI)

Acadêmicos de Enfermagem:

Tatiane Lazzaroto

Aline Daiane Colaço

Bruno Pereira Dal Paz

Bruna Helena de Jesus

Assessoria:

Enf^ª Neide da Silva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	0
.....	4
1. Fluxograma pré-transplante	0
.....	5
2. Consulta de Enfermagem	0
.....	6
3. Fluxograma na instituição quando o paciente é chamado para o transplante hepático	0
.....	9
4. Comunicação dos serviços de apoio	1
.....	0
5 Orientações para os pacientes e familiares na internação	1
.....	1
5.1 Cuidados admissionais	1
.....	1
5.2 Cuidados Físicos	1
.....	1
5.3 Cuidados espirituais/emocionais	1
.....	2
5.4 Check list pré-operatório	1
.....	2
6. Medidas para controle de infecção hospitalar	1
.....	4
6.1 Check list do quarto do paciente em pré e pós-operatório.....	1
.....	6
7. Cuidados de Enfermagem no Centro Cirúrgico	1
.....	7
7.1 Check list materiais- sala transplante hepático.....	1
.....	7
7.2 Check list medicamentos – sala transplante hepático	1
.....	8
7.3 Check list mesa principal – sala transplante hepático	1
.....	9
7.4 Check list” material de consumo – sala transplante hepático	2
.....	1
7.5 Check list back table – sala transplante hepático	2
.....	4
7.6 Check list fios – sala transplante hepático	2
.....	4
7.7 Check list volemia – sala transplante hepático.....	2
.....	5
8. Admissão do paciente transplantado hepático na UTI.....	2
.....	6
8.1 Preparo do box	2
.....	6
8.2 Papel do enfermeiro no POI de transplante hepático na UTI	2

	7
8.3 Rotinas de recebimento do paciente transplantado na UTI	2
	8
8.4 Orientações para o pós-mediano na unidade cirúrgica-check list no pós-operatório.	2
	9
9. Orientações para alta hospitalar pós- transplante hepático.....	3
	1
CONCLUSÃO.....	3
	8
REFERÊNCIAS	3
	9

INTRODUÇÃO

O transplante hepático é um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna. Nenhum outro interfere com tantas funções do organismo, seu sucesso depende de uma completa infra-estrutura hospitalar e de uma equipe multiprofissional altamente capacitada no procedimento e no acompanhamento de pacientes gravemente debilitados e imunodeprimidos pela doença causa do transplante (MIES,1988).

A primeira tentativa de transplante de fígado em humanos foi realizada em uma criança nos Estados Unidos (USA), em Denver, Colorado, por Thomas Starzl, em 1963. A segunda feita no mesmo ano, poucos meses depois, em um adulto (MIES, 1988).

A introdução da droga ciclosporina por R. Calne, modificou a perspectiva dos transplantes e possibilitou uma sobrevida muito maior. A partir daí, pouco a pouco, o transplante hepático, passou a ser um procedimento regular, quase rotineiro, nos grandes centros médicos.

Há, em relação aos transplantes, dois princípios básicos. O primeiro é de natureza social: ***sem doador não há transplante. O segundo é estritamente médico: o transplante não inicia nem termina na cirurgia.*** Transplantar não é, evidentemente, apenas operar. É um conjunto complexo de medidas, associado a conhecimentos teóricos, técnicas inovadoras e avançada tecnologia.

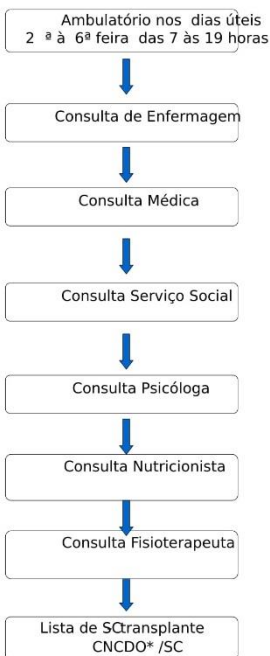
O transplante hepático pode ser realizado com órgãos de doador em morte encefálica ou de doador vivo. Os critérios usados para distribuição dos órgãos são por ordem: tipagem sanguínea, peso do doador e do receptor e o sistema MELD (*Model for End- Stage Liver Disease/* Modelo para Doença hepática terminal), que é um sistema de pontuação para avaliar a gravidade da doença hepática crônica.

No caso de doador vivo, um parente do paciente pode doar parte do seu fígado. Tanto a porção do fígado implantada no receptor quanto à porção remanescente no doador regeneram-se integralmente após algumas semanas.

A iniciativa de elaborar esse manual, de forma coletiva, que possa guiar os profissionais para uma assistência individualizada aos pacientes candidatos a transplantes hepáticos. Esse manual tem como objetivo instrumentalizar as equipes de enfermagem envolvidas no processo cirúrgico, e focar uma assistência perioperatoria holística ao paciente candidato ao transplante hepático.

1. FLUXOGRAMA PRÉ TRANSPLANTE

Avaliação Pré-transplante (fluxo do paciente para entrar na lista).



As consultas da Equipe multidisciplinar serão nas quintas-feiras no ambulatório Área A - consultório 5.

*CNDOS/SC- Central de Captação, Notificação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Roteiro para a Consulta de Enfermagem com pacientes em Pré-Transplante Hepático,
baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta adaptado o
roteiro utilizado no HU-UFSC

1- Identificação da paciente:			
Nome:			
Naturalidade e Procedência:			
Profissão/Ocupação:			
Situação familiar: mora sozinha, com família, com filha/os, com quantos membros da família na mesma casa:			
2- Percepção e/ou expectativas e motivo da consulta:			
Tem algo que esta te incomodando:			
Tem medos de alguma coisa:			
Normalmente você fala de seus problemas com alguém:			
Queixas, preocupações e hábitos:			
Sentimentos em relação ao transplante de fígado :			
Abertura para a paciente fazer perguntas:			
Presença de acompanhante na consulta:			
Observações:			
3- História de Saúde:			
Antecedentes pessoais de saúde e doença (quanto tempo esta diagnosticada):			
Antecedentes familiares:			
Antecedentes de internações:			
Antecedentes de infecções, nas internações:			
Tabagismo: cigarros /dia:		Quanto tempo:	
Etílico: tipo de bebida			
Quantidade:		Frequência:	
Outras drogas: quais:		Frequência:	
Imunizações, cartão de vacinas: possui sim () não () Orientação:			
História Atual: diagnóstico médico, repercussão da doença, para ele e para familiar:			
4- Problemas Relacionados com as Necessidades Humanas Básicas -NHB			
1. Necessidades Psicológicas			
4.1. Oxigenação			
R: mrm. Tosse () Expectoração () Caract.:			
Catéter de Oxigênio ()		Outros ()	
4.2. Hidratação			
Ingesta hídrica/dia:		Preferência:	
Fonte:			
Hábitos de ingestão de álcool: Tipo:		Quantidade: Última ingestão:	
4.3. Alimentação			
Anorexia () Disfagia () Pirose () Dificuldade para mastigação () Outros:			
Hábito alimentar:			
Quem prepara seu alimento:			
Onde você se alimenta na sua residência () Ambiente comercial ()			
4.4. Eliminações			
Vesical: Hábito:		Disúria () Hematúria () Polaciúria () Oligúria ()	
Anúria () Sonda vesical ()		Globo vesical () Côndon ()	
Retenção urinária: () Outros:		Intestinal: Hábito: Constipação ()	
() Enterorragia () Melena ()		Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia ()	

Fezes líquidas () Caract.: a) Dreno () Tipo: Local:
 Drenagens b) Gástrica: Náuseas () -Vômitos () Hematêmese () Caract.:
 SNG () SNE () Gastrostomia () Outros:
 c) Vaginal: leucorréia () Metrorragia ()

4.5. Sono e Repouso

Insônia () Agitação () Hábito: Uso de medicação : () Qual:

4.6. Atividade Física Prática Exercícios () Qual(is):

Astenia () Miastenia ()

Atividade Motora: Problemas para movimentar algum segmento do corpo () Qual(is):

Deambula () com auxílio () não deambula ()

Problemas na locomoção () Faz uso de cadeira de rodas () Muletas () Andador ()
 Outros:

4.7. Integridade Física

Amputação () Local: Deformidade () Local:

Próteses () Outras Cirurgias ()

4.8. Integridade Cutâneo - Mucosa

a) Pele: Hipocorada () Ictérica () Descamativa () Rush Cutâneo () Escabiose ()
 Lesões () Pruridos () Caract.:

b) Couro Cabeludo: Pediculose () Seborréia () Sujidades () Alopecia ()

Outros:

c) Olhos e Pálpebras: Icterícia () Hipocromia () Secreção Ocular () Hiperemia Ocular ()

d) Ouvidos: Cerume () Descamação ()

e) Boca: Língua saburrosa () Afta () Monilíase () Lesões:

f) Nariz : Epístaxe () Lesões: g) Dentes: Ausência () Cáries ()

h) Garganta: Placas () Edema () Hiperemia ()

i) Ânus: Hemorroidas () Fissura () j) Órgãos Genitais:

k) Abdome: Globoso () Distendido () Timpânico () Flácido () Doloroso à
 Palpação () Lesões:

l) MMII: Edema () Local : Lesões ()

Ausência de Pulsos ()

4.9. Cuidado Corporal

Condições de Higiene: Boas () Regulares () Péssimas () Necessita de Auxílio ()
 Necessita Tricotomia Facial ()

4.10. Regulações

a) Térmica: T °C.

b) Hormonal: Glicemia: mg/dl.

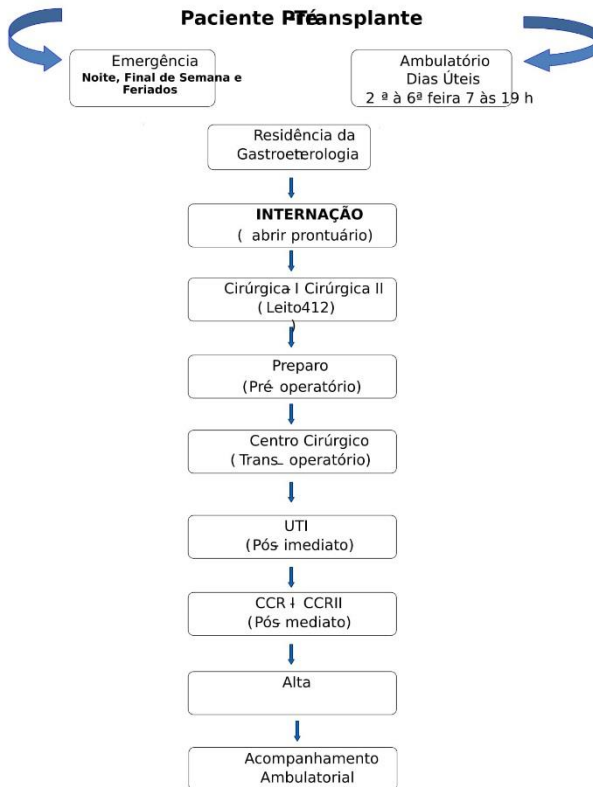
c) Neurológica: Desorientação () Confusão () Tontura () Cefaléia ()

Distúrbios Visuais ()	
Convulsões () Paresia () Parestesia () Hiperestesia () Plegia () Pupilas foto reagentes ()	
d) Hidrocletrolítica : Polidipsia () Edema () Local :	
e) Vascular: PA:	mmHg P: bpm. Precordialgia () Hemorragia () Hemotransfundido ()
f) Crescimento Celular: Quimioterapia () Radioterapia ()	
4.11. Percepção dos Órgãos dos Sentidos	
a) Visual: Acuidade Diminuída () Cegueira ()	b) Auditiva : Acuidade Diminuída () Surdez ()
c) Dolorosa:	
4.12. Terapêutica	
Rede Venosa:	Musculatura:
Alergia a medicamento () Qual (is):	
Terapêutica:	
Transfusão sanguínea:	
4.13. Sexualidade	
Menarca: anos. DUM: / / .	Está menstruada () Faz uso de anticoncepcional () Qual:
Práticas sexuais:	
Desconforto, dor ou sangramento durante ou após as relações sexuais:	
Parceira ou parceiro no momento () eventual () relacionamento estável()	
Relação sexual protegida sim () não ()	
Menopausa () Andropausa () Faz reposição hormonal ()	
4.14. Segurança Física	
Necessidade de Prevenção de Queda () Motivo:	
Necessidade de prevenção de infecção no pós-operatório ()	Motivo:
Necessidade de Prevenção de Fugas () Motivo:	
4.15. Meio Ambiente	
Orientado Quanto as Rotinas do Transplante de Fígado ()	
5.Necessidades Psicossociais e Espirituais	
Segurança Emocional:	
Amor, Afeto, Atenção:	
Auto-imagem, Aceitação, Auto-estima, Auto-realização:	
Liberdade, Participação, Comunicação:	
Criatividade:	
Gregária:	
Recreação, Lazer, Espaço:	
Religiosa, Ética:	
Educação para a Saúde: Necessidade de Encaminhamento e/ ou Orientações sobre sua Patologia ()	

--

ENFERMEIRA (O):	HORA:	DATA:
-----------------	-------	-------

3. FLUXOGRAMA NA INSTITUIÇÃO QUANDO O PACIENTE É CHAMADO PARA O TRANSPLANTE HEPÁTICO



4. COMUNICAR OS SERVIÇOS DE APOIO

BANCO DE SANGUE

LABORATÓRIO

FARMÁCIA

RADIOLOGIA

ANATOMO-PATOLÓGICO

SERVIÇO SOCIAL

NUTRIÇÃO

PSICOLOGIA

ALMOXARIFADO

FISIOTERAPIA

5. ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE E FAMILIARES NA INTERNAÇÃO

5.1 - CUIDADOS ADMISSIONAIS

Receber pacientes e familiares na unidade de internação cirúrgica (CCRI ou CCRII);
Encaminhar o paciente para leito e informar a rotina da unidade;
Montar prontuário com exames laboratoriais e radiológicos;
Fazer ou completar o histórico de enfermagem iniciado na consulta pré transplante;
Pedir para paciente e familiar assinarem termo de responsabilidade específico do Transplante Hepático e do HU;
Conferir medicações e solicitar para farmácia caso necessário;
Solicitar ao banco de sangue para colher amostra de sangue;
Conferir com o Centro cirúrgico (CC) o horário do transplante;
Avaliar se o paciente faz uso de medicação oral;
Conferir o jejum de quantas horas e comunicar o CC.

5.2 - CUIDADOS FÍSICOS

Observar as condições da pele do paciente. Caso exista lesão comunicar a equipe médica se julgar necessário;
Conferir a condição de saúde (gripe, tosse e febre);
Retirar próteses e adornos (joias, piercings, relógios, cordões etc);
Retirar maquiagem e esmalte das unhas;

Realizar fleet enema conforme prescrição médica;

Fazer tricotomia na área cirúrgica (usar tricotomizador elétrico) e degermação da área tricotomizada;

Encaminhar para o banho pré-operatório e supervisionar a fricção com clorexidine degermante 2% a 4% na área cirúrgica;

Orientar na higiene oral rigorosa (inclusive escovação da língua, céu da boca, e após fazer gargarejo com anti-séptico oral);

Providenciar roupa de cama limpa no retorno do banho e oferecer camisola de manga comprida;

Acomodar paciente no leito e deixar no aguardo do CC;

Verificar sinais vitais de 30' a 30' antes do transplante;

Administrar medicação pré-anestésica e pré-transplante (conforma avaliação medica);

Comunicar ao CC quando o paciente estiver pronto e ficar no aguardo;

Encaminhar o paciente em maca para o CC. Nos dias de semana, período (diurno), o maqueiro vai buscar o paciente na clínica e nos demais períodos a equipe da cirúrgica I e/ou Cirúrgica II, faz o transporte do mesmo.

5.3 - CUIDADOS ESPIRITUAIS/EMOCIONAIS

Ouvir as solicitações e dúvidas dos pacientes e familiares;

Oferecer ajuda espiritual, com encaminhamento para usar a capela da instituição, informando os horários de encontros religiosos;

Proporcionar ambiente calmo e acolhedor;

Fazer encaminhamentos aos serviços (psicologia e social) caso sejam necessários.

5.4 - CHECK LIST PRÉ OPERATÓRIO

Cuidados de Enfermagem pré-operatório (imediato)				
ITEM	Ações de Enfermagem	Sim	Não	Obs

01	Recebeu o paciente/familiar na unidade, encaminhou ao seu quarto e orientou as rotinas da unidade.			
02	No prontuário constam os exames de: (hemograma, TAP, TTPA, KPTT, creatinina, sódio, potássio, transaminase, bilirrubinas, fosfatase alcalina, transaminase, Gama GT, RX de tórax, ECG, parcial de urina, parasitológico de fezes			
03	Assinou Termos de responsabilidade específico do HU e do transplante			
04	Retirou esmaltes, joias e próteses			
05	Recebeu visita do anestesista (horário):			
06	Recebeu visita do Cardiologista e trazer parecer recente			
07	Verificou esvaziamento vesical			
08	Vestiu camisola aberta de manga comprida			
09	Verificou Peso: kg: Altura: cm:			
10	Verificou Sinais vitais antes do transplante de 30' em 30': PA: P: R: T:			
11	Avaliou condições de saúde do paciente (gripe, tosse, febre)			
12	Avaliou as condições de pele do paciente, se há alguma lesão, comunicou a equipe médica			
13	Conferiu jejum do paciente e avisar o centro cirúrgico e previsão do horário do transplante			
14	Conferiu medicações e solicitar para farmácia caso necessário			
15	Realizou fleet enema (conforme prescrição médica)			
16	Realizou tricotomia na área cirúrgica e a degermação da área tricotomizada com clorexidine degermante 4%			
17	Providenciou roupa de cama limpa ao retorno do banho			
18	Orientou o paciente na higiene oral rigorosa (inclusive escovação de língua, céu da boca, e após fazer gargarejo com antisséptico)			

19	Ministrou medicação pré-transplante (conforme prescrição médica)			
20	Comunicou ao CC que o paciente esta pronto			
Observações				
Data:				
Assinatura/carimbo				
Nome:				
Registro:				
Quarto/leito:				

6. MEDIDAS PARA CONTROLE DE INFEÇÃO HOSPITALAR

O TRABALHADOR DE SAÚDE DEVE:

Utilizar calçados fechados, manter cabelos amarrados, não utilizar anéis e adornos em geral. Realizar higienização rigorosa das mãos, antes e após entrar em contato com o paciente, com água e sabão líquido, retirando joias e relógios.

Justificativa: Evitar contaminação cruzada.

Utilizar avental ao entrar em contato com o paciente durante procedimentos.

Ex: Banho no leito, mudança de decúbito, curativos, etc.

Justificativa: Proteção, cuidado pessoal.

Utilizar cloroexidina 4 % para o banho do paciente.

Justificativa: Precaução da proliferação de microorganismos

Realizar assepsia com cloroexidina alcoólica 0,5 % na punção de cateter venoso central; Trocar o curativo após 24 h e aplicar filme transparente se não houver secreção. Realizar a troca num intervalo de 5 a 7 dias se cobertura de filme transparente estiver intacta, caso tenha umidade interna, fazer curativo com cobertura de gase e observar a cada dois dias.

Justificativa: Assepsia correta para evitar contaminação do sítio de punção, evitar infecções.

Não deixar caixas de luvas nos quarto do paciente.

Justificativa: Desperdício de material, que pode ser inutilizado após a alta do paciente. Não deixar materiais de assistência no quarto, levar para os procedimentos, apenas o necessário a ser utilizado.

Justificativa: Contaminação de materiais, desperdícios, pois o material poderão ser contaminados e inutilizados.

Levar embalagens plásticas para o quarto, para desprezar os resíduos proveniente de procedimentos e desprezá-los na lixeira com saco preto.

Justificativa: Para desprezar os materiais provenientes de procedimentos, e destiná-los seguramente ao recipiente de resíduos.

Ao final de cada turno fazer assepsia nos móveis e equipamentos (ex: Bombas de infusão) com álcool líquido a 70 %.

Justificativa: Para manter a assepsia necessária a um paciente com imunidade debilitada.

6.1 “CHEK-LIST” DO QUARTO DO PACIENTE PRÉ E PÓS TRANSPANTE HEPÁTICO

Equipamentos/utensílios	SIM	NÃO	AS S
O hall de entrada possui lavatório e saboneteira com cloro-hexidina degermante 2% a 4 %			
Possui suporte com papel toalha			
Possui dispensador de álcool gel			
Possui lixeira com tampa e pedal para abrir			
Possui dois suportes de metal para acondicionar aventais, na entrada do quarto.			
Possui esfigmomanômetro com cobertura de nylon e estetoscópio exclusivo para esse paciente.			
Possui duas bombas de infusão contínua em totais condições de funcionamento (deverá permanecer ligada na rede elétrica quando não estiver sendo utilizada no paciente).			
Possui cortinas tipo biombo de material passível de higienização.			
Possui termômetro digital			
Possui duas lixeiras de 15 litros com pedal: uma no quarto do paciente e outra no banheiro			

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

7.1 CHECK LIST MATERIAIS – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

Sala 1

MATERIAL / EQUIPAMENTOS	Ass
02 Aspiradores (sendo um no vácuo do anesthesiologista)	
Monitor Cardíaco	
PAM	
PVC	
Sondagem Vesical	
Carro de Anestesia	
Cautério	
Foco Auxiliar	
03 Bombas de Infusão	
01 Bomba de Seringa	
Recuperador de Células	
Fios Cirúrgicos	
Gelo	
Soros Aquecidos	
02 Mesas Cirúrgicas grandes – 01 p/ instrumentais + 01 p/ back table	
Material Subclávia	
02 Mantas Térmicas	
01 Mesa Auxiliar	
01 Mesa LAP	
02 Mesas Mayo	
Balde para compressas	

7.2 CHECK LIST MEDICAMENTOS – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	Ass
Adrenalina AP	10	
Água 10 ml	8	
Aramin	6	
Atropina 0,5 mg	10	
Decadron	2	
Dipirona	2	
Seloken	1	
Dormonid 15mg	2	
Dormonid 5mg	2	
Dormonid 50mg	2	
Efedrina	5	
Efortil	5	
Epitezan	1	
Hypnomidate	2	
Fastfen / Sufenta 5 ml	2	
Lasix	4	
Nilperidol	2	
Plasil	2	
Quelecin	1	
Asfast / Rapifen 5 ml	1	
Antak	2	
Vaselina sól. Tb	1	
Xylocaina geléia	2	
Buscopan Composto	1	
Água 20ml	8	
Cloreto de Potássio 19,1%	5	

Fentanil 5 ml amp	12	
Forane	1	
Cloreto de Cálcio 10%	15	
Levophed	5	
Liquemine	4	
Nipride	1	
Revivan	10	
Solu-medrol 500 mg	4	
Transamin	10	
Ipsilon	1	
Unasyn 3g	3	
Xylocaina 1% sem vaso	1	
Xylocaina 2% sem vaso	1	
Benjoin	2	
Xylocaina spray	1	

7.3 CHECK LIST MESA PRINCIPAL – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

QUANTIDADE	INSTRUMENTAL	OK
2	Mixer longo	
2	Mixer médio	
2	Mixer pequeno	
6	Longuete (?)	
5	Kelly	
4	Kocher reto	
6	Mosquito com reparo vascular	
6	Mosquito sem reparo	
2	Baby cock 16	
2	Durval	

2	Porta agulha P, M, G	
2	Tesouras Médias Metzenbaun (reta e curva)	
2	Tesouras Longas Metzenbaun (reta e curva)	
1	Tesoura Potz	
12	Backaus	
2 pares	Farabeuf P, M, G	
3	Buldog	
4	Satinski angulados	
2	Clamps angulados médios	
2	Clamps pequenos 45 graus	
1	Espátula Maleável 3 e 4	
1	Lâmina 11,20	
1	Solução Fisiológica 500 ml + 01 ml Heparina	
1	Ponta Cautério Longa	
4	Bolinhas	
1	Seringa 20 ml	
1	Abocath 18 e 20	
1	Sonda Nasogástrica 18	
1	Equipo simples	
2	Pontas de aspirador grosso	
1	Ponta de aspirador pequena	
1	Ponta de aspirador média	
1	Dreno de sucção 6,4	
20 pacotes	Compressas adulto	
20 pacotes	Compressas infantil	
2	Mersilene 2,0 e 3,0	
5	Prolene 3,0	
4	Prolene 4,0	

2	Prolene 5,0	
3	Prolene 7,0	
2	PDS 6	
PARA FECHAMENTO		
3	PDS 1	
1	Vicryl 1	
8	Nylon 2.0	
4	Policot 2.0 com agulha grande ou algodão	

7.4 CHECK LIST MATERIAL DE CONSUMO – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

MATERIAL	QUANTIDADE	Ass
Abocath 14	4	
Abocath 16	4	
Abocath 18	4	
Abocath 20	2	
Agulha 13 x 4,5	15	
Agulha 30 x 7	15	
Agulha 25 x 8	15	
Agulha 40 x 12	15	
Catéter para oxigênio tipo óculos	1	
Eletrodo	10	
Equipo bomba branca	3	
Equipo com borracha	4	
Equipo Microgotas	2	
Equipo Simples	6	

Polifix 2 vias	2	
Lâmina 11	2	
Lâmina 15	2	
Lâmina 20	2	
Seringa de Insulina	2	
Seringa 3 ml	5	
Seringa 5 ml	15	
Seringa 10 ml	10	
Seringa 20 ml	10	
Seringa 60 ml (luer lock)	2	
Seringa 60 PC	1	
Sonda aspiração 14	2	
Sonda nasogástrica 8 a 22	2 de cada	
Sonda uretral 8 a 18	1 de cada	
Torneirinha	15	
Tubo extensor 120 cm	5	
Tubo perfusor 120 cm	5	
Vessel Loop	5	
Esparadrapo	2	
IV Fix	5	
Micropore 25x10 e 50x10	2 de cada	
Filtro Bacteriano	1	
Atadura ortopédica 20 cm	8	
Atadura Crepon 20 cm	8	
Coletor sistema fechado	1	
Coletor sistema aberto	1	
Dreno suctor 6.4	1	
Luvas estéreis 6,5 / 7,0 / 7,5 / 8,0 / 8,5	10 de cada	
Sonda endotraqueal sem cuff 5,0 /	01 de cada	

5,5		
Sonda Foley 14	1	
Sonda Foley 16	1	
Sonda Foley 18	1	
Sonda endotraqueal com cuff 7,0 / 7,5 / 8,0 / 8,5/ 9,0	1 de cada	
Introdutor para catéter Swang Gawz	1	
Manta térmica	2	
Placa de cautério	1	
Transdutor de pressão	2	
Caneta de cautério	1	
Kit auto hemotransusão	1	
Gelfoan	2	
Catéter triplo lúmen	1	
Catéter duplo lúmen	1	
Latex 204 / 205	1 de cada	
Gaze (13 fios)	10	
Bolinhas n 4 (boneca)	1 pacote	
Liga clip 200	6	
Seringa 20 ml BD	1	
Dreno de Blake	1	
Caneta para cautério	1	
Sensor de Bins	1	
Cânula de guedel 2 / 3 / 4 / 5	1 de cada	
Fio guia para intubação	1	
Conjunto de traquéias	1	

7.5 CHECK LIST BACK TABLE – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

QUANTIDADE	INSTRUMENTAL	Ass
E		

1	Foco Auxiliar	
1	Mesa de órgão	
1	Mersilene 3,0	
2	Prolene 5,0	
2	Mixer Baby	
4	Mosquitos	
2	Kelly	
1	Tesoura Metzenbaun	
1	Tesoura Potz	
1	Porta agulha tamanho 18	
1	Martelo	
1	Abocath 14	
1	Seringa 20cc	
1	Bacia	
1	Solução de Custodiol	

7.6 CHECK LIST FIOS – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

FIOS	CÓDIGO	QUANTIDADE	ASS
Mersilene (Poliester) 3.0	73	4	
Mersilene (Poliester) zero	75	4	
Mersilene (Poliester) 2.0	74	4	
Mononylon 2.0	1215	10	
Mononylon 3.0	1171	2	
Prolene 6.0	8706	5	
Prolene 3.0	8822	8	
Prolene 4.0	9521	8	
Prolene 5.0	9556	8	

Prolene 7.0	8702	4	
Vicryl 3.0		6	
Algodão zero		4	
Linha zero		4	
PDS 5.0	303	4	
PDS 1	123	4	
Vicryl 1	353	2	
Polycot 2.0	424	8	
Fita cardíaca		1	

7.7 CHECK LIST VOLEMIA – SALA TRANSPLANTE HEPÁTICO

SOROS	QUANTIDADE	OK
Volumen 6%	2	
Solução Manitol 250ml	1	
Soro Fisiológico 250ml	4	
Sol. Ringer 500ml	4	
Soro Fisiológico 1000ml	4	
Bicarbonato de sódio	2	
Soro sistema aberto 500ml	4	
Soro Fisiológico 1000ml	06 aquecidos	
Soro Fisiológico 500ml	02 aquecidos	
Soro Fisiológico 500ml frasco	10	
Albumina	1	

8. ADMISSÃO DO PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO NA UTI

8.1 PREPARO DO BOX

- 1 Confirmar a realização do transplante com a equipe cirúrgica;

2 Fazer a identificação do leito do paciente; 3 Arrumar o leito com:

- 01 cobertor com colchão piramidal
- 02 lençóis
- 01 lençol móvel
- 01 cobertor
- 01 colcha
- 01 travesseiro pequeno

4 Montar e testar o respirador;**5 Preparar o monitor com módulos de pressão invasiva e capnografia, cabos de eletrocardiograma, pressão arterial média, pressão venosa central, oximetria e termômetro;****6 Instalar no mínimo 03 Bombas de Infusão no suporte fixo;****7 Arrumar cabeceira do leito com:**

- 01 frasco de aspiração a vácuo
- 01 intermediário para aspiração
- 01 umidificador de oxigênio
- 01 intermediário de O₂
- 01 reanimador manual

8 Arrumar prateleira auxiliar com no mínimo

- 01 almotolia com álcool a 70% (para higienização dos equipamentos)
- 01 frasco de clorohexidina degermante a 0,12%
- 01 frasco de hidratante corporal
- 05 pacotes de gaze
- 05 sondas de aspiração
- 05 luvas para procedimentos
- 01 frasco de água destilada
- 05 seringas de 20 ml
- 12 eletrodos

9 Instalar dômus de pressão invasiva e bolsa pressurizadora no suporte de soro móvel**10 Preparar prancheta com:**

- Folha de controle intensivo
- Folha de controle de glicemia
- Folha de rodízio para medicação subcutânea
- Folha de indicadores

11 Deixar carro de emergência preparado e com fácil acesso

8.2 PAPEL DO ENFERMEIRO NO POI DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NA UTI

1. Receber o plantão do enfermeiro do Centro Cirúrgico;
2. Transferir o paciente para a UTI no sistema interno;
3. Montar e testar o respirador (ou fisioterapeuta);
4. Confirmar linha axilar média, nivelar a cama e colocar marcações;
5. Zerar pressão arterial média e pressão venosa central;
6. Chamar laboratório e Raio-X para realização dos exames;
7. Verificar a pressão do cuff (ou fisioterapeuta);
8. Realizar o exame físico, evolução e prescrição de enfermagem;
9. Supervisionar o técnico de enfermagem que acompanha esse paciente;
10. Entrar em contato com a equipe médica, comunicando intercorrências do paciente;
11. Realizar o aprazamento da prescrição médica;
12. Realizar os curativos, se necessário, ou supervisionar o funcionário que irá realizar;
13. Acompanhar a realização de exames;
14. Acompanhar volume urinário, permeabilidade da sonda vesical de demora, drenagens.
15. Observar sangramentos;
16. Recepcionar e orientar os familiares quanto às rotinas da UTI (entregar folder de visitas)

8.3 ROTINAS DE RECEBIMENTO DO PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO NA UTI

- 1 Instalar ventilação mecânica;
- 2 Conectar cabos de pressão invasiva e capnografia, cabos de eletrocardiograma, pressão arterial média, pressão venosa central, oximetria e termômetro;
- 3 Zerar as pressões invasivas;
- 4 Separar todas as vias, identificando cada uma;
- 5 Verificar glicemia capilar de chegada;
- 6 Desprezar a diurese (antes de despinçar a sonda) e anotar débito;
- 7 Registrar sinais vitais de 15/15 minutos nas primeiras 2 horas; de 30/30 minutos da 2ª a 4ª hora; de 1/1 horas da 4ª a 12ª hora.

Após 12h segue-se a rotina da UTI

- 1 Manter jejum e sonda nasogástrica em sifonagem até segunda ordem;
- 2 Trocar o cadarço do tubo endotraqueal;

- 3 Verificar a pressão do cuff (deixar entre 25 e 30 mmHg);
- 4 Manter paciente aquecido (evitar hipotermia);
- 5 Manter cabeceira elevada;

Manter vias de acesso permeáveis com SF 0,9% até iniciar a prescrição médica;

Rotular adequadamente as soluções e medicações;

Preencher corretamente a folha de controle intensivo conforme rotina instituída.

8.4. CHECK LIST NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO

SE Q.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Horários
01	Preparar paciente e familiares para exames diagnósticos invasivos	Atenção
02	Preparar paciente e familiares para uma possível re-intervenção cirúrgica	Atenção
03	Orientar paciente e familiares sobre os sintomas de rejeição pós-transplante	Atenção
04	Oferecer apoio psicológico ao paciente e à família	Atenção
05	Instruir paciente e familiares a cerca dos cuidados domiciliares e esquema medicamentoso	T N M
06	Realizar exame físico detalhado	Atenção
07	Estimular e/ou auxiliar a higiene oral	T N M
08	Auxiliar no banho por aspersão	M
09	Realizar controle de SSVV e monitoração da Saturação de O ₂ 4x ao dia	16 22 06 10
10	Observar e registrar queixas de desconforto respiratório (dispnéia, taquipnéia)	T N M
11	Observar e registrar alterações do estado neurológico, atentando para os sinais de confusão, agitação psicomotora, alterações de humor e do padrão de sono (troca do dia pela noite)	T N M
12	Observar e registrar sinais e sintomas de choque hipovolêmico (taquicardia, ↑ FR, ↓ PA, palidez cutânea, sudorese, pele pegajosa)	T N M
13	Administrar volumes líquidos (cristalóides e colóides) COM	CPM
14	Observar e registrar sinais e sintomas de hiperglicemia atentando à presença de sede, hálito cetônico, ↑ FR e desorientação	17 21 07 11
15	Realizar controle glicêmico 4x ao dia e SN	17 21 07 11
16	Inspecionar FO avaliando bordas, aquecimento e presença de dores localizadas	T N M

17	Observar e registrar queixas de dor e desconforto	T N M
18	Observar e registrar queixas de náuseas e vômitos	T N M
19	Verificar e registrar débito do dreno abdominal avaliando aspecto, cor, quantidade e odor	18 06 12
20	Lavar o dreno abdominal com 2 ml de SF 0,9%	16 22 06 10
21	Realizar curativo em FO e inserção do(s) dreno(s) com SF 0,9%	10 e SN
22	Acompanhar, realizar e registrar balanço hídrico (SN)	16 22 06 10
23	Realizar controle de débito urinário	16 22 06 10
24	Avaliar e registrar parâmetros nutricionais (peso, condição muscular, aceitação da dieta)	Atenção
25	Avaliar e registrar turgor cutâneo	Atenção
26	Avaliar e registrar a presença e o grau de edema e ascite atentando para MMSS, MMII e região abdominal	T N M
27	Verificar e registrar perímetro abdominal	M
28	Observar e registrar características cutâneo-mucosas atentando à coloração (icterícia), presença de prurido corporal e hematomas	T N M
29	Realizar mudança de decúbito	SN
30	Avaliar áreas de pressão, implementando medidas de prevenção de úlceras	Atenção
31	Avaliar e registrar eliminações intestinais	T N M
32	Promover/ estimular a deambulação(usar máscara) nos corredores	T N M
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		Nome: _____ Idade: _____ Registro: _____ Quarto: _____ Leito: _____ _____
Data:...../...../.....		
Assinatura/carimbo		

9. ORIENTAÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

O profissional responsável por estas orientações é o enfermeiro(a), sendo que a alta hospitalar ocorre geralmente após duas semanas da cirurgia. E que estas orientações iniciam na primeira consulta de enfermagem no ambulatório.

1-Cuidados com a incisão cirúrgica:

Tomar banho normalmente e após secar com a toalha limpa, iniciando primeiro pelos pontos. Não há necessidade de cobrir os pontos, caso estiver drenando alguma secreção colocar gaze estéril e micropore;

Retirada dos pontos de 21 a 25 dias após a cirurgia conforme a orientação médica.

2-Exames clínicos e laboratoriais:

Nos primeiros dias – Semanalmente.

De 30 a 90 dias – Quinzenalmente.

De 90 dias em diante – Mensalmente ou de acordo com orientação médica.

3-Em Casa Nos Primeiros Dias: Usar máscara todo o período;

Após cada alimentação fazer higiene oral, incluindo a língua e o céu da boca e fazer gargarejo com antisséptico;

Não ficar em ambiente fechado com muitas pessoas juntas por um longo período;

Restrição das visitas;

Evitar contato pessoal com pessoas com doenças infecciosas;

Não ter contato com animais nos primeiros seis meses após o transplante;

Conservar casa sempre limpa e arejada, especialmente os banheiros;

Não varrer a casa;

Passar pano úmido para não levantar poeira;

Caso for usar o ventilador, limpar com pano úmido a cada dois dias;

Caso for usar o ar condicionado, limpar o filtro uma vez por semana;

Não há necessidade de esterilizar roupa de cama;

Lavar as mãos com água e sabonete: antes e depois de usar o banheiro de comer, quando chegar em casa ou tiver contato com animais;

Os animais não devem permanecer soltos no interior da casa e os locais de deposição de fezes e urina devem ser higienizados diariamente;

Ingerir somente água filtrada, mineral ou água fervida no mínimo dois litros de água por dia;

Verificar frequência Cardíaca e respiratória pelo menos 1 vez ao dia;

Verificar temperatura no período da manhã e tarde. Se temperatura permanecer por várias horas acima de 37,5°C. – **COMUNICAR O MÉDICO**;

Verificar a glicemia 3 x ao dia conforme orientação médica; Anotar esses dados e levar na próxima consulta.

4-Dieta e Peso:

Verificar Peso – 3 vezes por semana pela manhã.

Se apresentar aumento superior a um quilo por dia – **COMUNICAR AO MÉDICO**.

Manter peso constante.

➤ Evitar:

Açúcar (Imunossupressor pode aumentar Glicose).

Sal (retém líquidos).

Alimentos crus (contaminação).

Carnes, peixes, embutidos, mariscos, ovos.

Gorduras (tendência medicamentos aumentar o colesterol).

Proteínas em excesso.

Enlatados.

Conservas.

➤ **Preferir:**

Frutas

Verduras

cereais (integrais) – Trigo, Aveia, Arroz

Carnes Brancas

➤ **Cuidados:**

Lavar frutas e verduras com 20 gotas de hipoclorito em 2 litros de água, deixando de molho por 10 minutos nesta mistura.

Não ingerir estes alimentos fora de casa.

Lavar bem os alimentos antes de cozinhá-los.

Maionese – só industrializada.

Não reaquecer os alimentos. Cozinhar a comida pouco antes de ingerir

Bebidas abertas – consumir em até 4 horas em temperatura ambiente e em 24 horas em geladeira.

5-Medicamentos:

Medicações mais utilizadas:

Imunossupressão

Antifúngicos

Anti-hipertensivo

Insulina Analgésico

Corticoides.

Atenção quanto às medicações:

Guarde todas as medicações à temperatura ambiente. Assegure-se de que a tampa esteja bem colocada. Conserve todas as medicações fora do alcance de crianças e animais domésticos;

Nunca divida medicações com outras pessoas;

Tome somente as medicações prescritas pelo seu médico. Se você sentir necessidade de tomar algo mais, verifique com seu médico a real necessidade, bem como as dosagens;

Se você necessitar de qualquer outro atendimento médico, avise que está tomando corticoide.

A seguir, peça a este para entrar em contato com um médico;

Seja cuidadoso para não ficar sem medicação. Reponha-a antes que fique com a reserva muito baixa, principalmente antes de feriados prolongados;

Nunca aumente ou diminua a dose de uma medicação sem uma clara instrução para isto;

É recomendável que você tenha sempre consigo a lista de medicações que toma.

Medicamento certo;

Dose certa;

Horário Certo;

Não deixar de tomar nenhuma dose. Se esquecer, tomar logo que lembrar se ainda estiver no mesmo dia;

Se errar a dose, anotar e comunicar o médico na próxima consulta;

Não tomar a dose em dobro;

Jamais tomar medicação que não tenha sido prescrita;

Manter as medicações nas embalagens originais;

Aprender o nome dos medicamentos e saber para que eles servem;

Ter sempre, pelo menos 1 caixa de reserva de cada medicamento;

Guardar a medicação de maneira ordenada, em local limpo, seco, protegido da luz, do calor e da umidade;

Não guardar caixas vazias ou com prazo de validade vencido;

Não trocar os medicamentos de caixa e não juntá-los com outros;

Se houver vômitos, urticária, dor de cabeça, dor de estômago – **COMUNICAR MÉDICO IMEDIATAMENTE;**

6-Cartão de Identificação:

Ter sempre consigo um cartão indicando sua condição de transplantado, as medicações que está tomando, nome e telefone dos médicos para contatá-los se necessário.

7-Retorno ao Trabalho

Gradativo, dependendo da condição do paciente.

8- Vacinações

A pessoa transplantada não deve ser vacinada contra **sarampo, caxumba, rubéola, catapora, febre amarela, ou mesmo receber a vacina SABIN (contra paralisia infantil);**

Não deixar de tomar nenhuma dose. Se esquecer, tomar logo que lembrar se ainda estiver no mesmo dia;

Uso oral contra poliomielite (SABIN- vacina contra paralisia infantil). Para vacinar essas pessoas contra paralisia infantil, entre em contato com o seu médico para a devida orientação e vacinação com vacinas especiais;

Mesmo que o paciente tenha sido vacinado anteriormente contra o sarampo, as pessoas transplantadas podem adquirir a doença, pois a sua defesa está enfraquecida. Se o paciente transplantado tiver contato com alguém com sarampo, entre em contato com os médicos. O paciente deverá receber, o mais cedo possível, medicação para inativar o vírus do sarampo. Os indivíduos que têm contato íntimo com o paciente podem receber a vacina sem problema;

9- Atividade Sexual:

Após oito semanas do transplante ou quando o médico liberar. Gestação é desaconselhada no primeiro ano de transplante. Ver com médico método anticoncepcional.

10-Dentista:

Se houver necessidade e tiver que receber antibiótico, comunicar ao médico antes.

11-Exposição ao Sol e Calor

Pegar sol no início da manhã e final da tarde;

Usar chapéu e protetor solar fator 30.

12-Fumo, álcool e demais Drogas:

Desaconselhado totalmente.

13-Atividade física:

Evitar esforço abdominal

Deitar e levantar da cama lentamente, pelo lado contrário da cirurgia, flexionando os joelhos e inclinando o corpo, deixando as pernas caírem para fora da mesma.

Exercícios lentos, com orientação do fisioterapeuta.

Não fazer esportes de impacto;

Não levantar peso;

Não fazer limpeza em casa, cortar grama, lavar carro e outras atividades que demandam esforço físico, em hipótese alguma;

Atividade física somente com autorização médica;

Não poderá dirigir após dois meses do transplante;

O próprio paciente aprenderá a conhecer seus próprios limites;

14-Observar sinais de rejeição

É importante que você saiba os sinais de rejeição, de forma a poder reconhecê-los se houver.

A rejeição ao transplante apresenta uma boa resposta ao tratamento, mas este deve ser iniciado precocemente.

Se você observar quaisquer dos seguintes sinais ligue imediatamente para o médico:

Temperatura alta acima de 37.5° C

Icterícia (cor amarelada) na pele e na parte branca dos olhos (esclerótica)

Fezes alcoólicas (cor de massa de vidraceiro)

Sensibilidade sobre a região do fígado

Sintomas de gripe (corpo dolorido, mal estar)

Aumento dos níveis de bilirrubina ou enzimas hepáticas (Bilirrubina normal varia de 0,2 a 1,2)

15 -Observar sinais de infecção

As medicações que você toma para prevenir a rejeição também aumentam suas chances de adquirir infecção. Por isso é importante detectar sinais e sintomas de infecções precocemente. As infecções podem ser localizadas em uma área ou generalizadas pelo corpo todo.

Observar:

Vermelhidão

Abaulamento (local inchado)

Dor

Saída de algum tipo de líquido(secreção)

Temperatura acima de 37.5° C

Falta de ar (dispnéia) é um sintoma importante deve ser comunicado imediatamente ao médico.

CONCLUSÃO

O transplante hepático é um procedimento que envolve vários serviços e profissionais de diversas categorias, com interdependências entre eles. Assim, o torna desafiante e envolvente.

O paciente para entrar em lista de espera e ao chegar realizar o transplante, atravessa um processo de questionamentos e avaliações clínicas, físicas, comportamentais e culturais. Precisa do envolvimento dos familiares, de um doador, que seja compatível com ele e que a família concorde em doar os órgãos. Enfrenta o fantasma do risco de rejeição, toma medicamentos para o resto da vida. Tem controles médicos frequentes, vários exames, uma rotina de vida alterada em função da manutenção da sua saúde. Enfrenta uma cirurgia que requer tempo cirúrgico grande, um pós-operatório complexo e, muitas vezes o sucesso não é positivo.

E mesmo assim, todos os profissionais da saúde envolvidos nesse processo acreditam que pode dar certo, se empenham por um bem maior, se doam independente do dia, horário ou de quantas horas seguidas precisarão trabalhar.

Acreditar sempre faz valer a pena.

REFERÊNCIAS

MENDONÇA, R.S. et al. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 4321-4355, 2007.

NETO, A. P. et al. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n.1, p. 107-110, 2008.

MIES, S. Transplante de fígado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.44, n.2, p.127134, 1998.

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.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

SANTOS, J. HENCKMEIER, L. BENEDET, S. A. **O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico**. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(3): 184-187.

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

ANEXO G – Portaria 1752/2005 MS – CIDOTH

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

A [Portaria 1.752/2005](#) determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

As CIHDOTT deverão ser constituídas por ato formal da direção de cada hospital e vinculadas diretamente à diretoria médica da instituição, sendo composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dentre os quais um designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Este coordenador deverá ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes, com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela respectiva CNCDO.

O segundo artigo da Portaria atribui às Comissões a responsabilidade de organizar a instituição hospitalar para que seja possível:

I - detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;

II - viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

III - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

IV - articular-se com a Central de Transplante do estado respectivo para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

V - responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;

VI - articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; e

VII - capacitar, em conjunto com a CNCDO e O Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos.

- **Tipos de CIHDOTT**

A criação das CIHDOTTs será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

- CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e
- CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos acima e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional.

ANEXO H – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Pesquisador: Juliana Balbinot Reis Girondi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61511416.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.960.236

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente de projeto de mestrado profissional orientado pela Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante pertencente ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado Proposta de um programa de ações educativas para equipe de enfermagem no intraoperatório de transplante hepático. O presente estudo problematiza a importância de estabelecer cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem. Todos os integrantes da equipe de enfermagem que participam no transplante hepático do CC/HU/UFSC serão convidados individualmente pessoalmente pela autora. A coleta de dados se dará por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas que constará de dados de identificação, idade, sexo, categoria profissional, tempo de atuação na equipe de transplante e três perguntas para identificar os conhecimentos sobre o serviço de transplante hepático. A análise das entrevistas constituirá um plano a ser apresentado para os participantes, os quais receberão um convite para um encontro coletivo. Neste encontro será realizada uma discussão para o diagnóstico das prioridades de temas; para a identificação de estratégias de educação e elaboração de um programa de educação permanente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.960.236

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Definir as estratégias que compõem um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem.

Objetivo Secundário

Propor um programa de educação permanente sobre os cuidados e rotinas do período intraoperatório em transplante hepático para os profissionais de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os autores apontam que o participante poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar sendo questionado sobre cuidados que você desenvolve no seu local de trabalho, cuja atividade específica será em momentos do transplante hepático, porém, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los. Caso o desconforto do participante persista os autores deixam claro que ele poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo.

Benefícios:

A pesquisa colabora para o aprimoramento e conhecimento sobre o período intraoperatório em transplante hepático, uma construção coletiva de um programa educacional em enfermagem, viabilizando futuras ações e cuidados em relação aos cuidados com o paciente submetido ao transplante hepático.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

A pendência foi solucionada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.960.236

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_805852.pdf	13/02/2017 16:39:54		Aceito
Outros	RESPOSTAS.docx	13/02/2017 16:39:13	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2016 16:08:23	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.pdf	28/10/2016 18:24:58	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.PDF	18/10/2016 08:19:54	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	elisacep01102016.doc	18/10/2016 08:03:34	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO I – Instrução Normativa 01/MPENF/2017 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Instrução Normativa 01/MPENF/2017

Florianópolis, 21 de junho de 2017.

Dispõe sobre o procedimento para solicitação de prorrogação de prazo para defesa da dissertação do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina – MPENF/UFSC.

A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Modalidade Curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina – MPENF/UFSC, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do MPENF/UFSC, em reunião realizada em 21/06/2017.

RESOLVE:

Fixar os procedimentos a serem seguidos para solicitação de prorrogação de prazo para defesa da dissertação, estabelecendo-se o que segue:

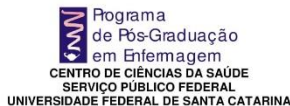
- 1) O discente deverá entregar à Secretaria Acadêmica do MPENF, no prazo máximo de 02 (dois) meses antes do término de conclusão do curso, os seguintes documentos:
 - 2) formulário de solicitação de prorrogação de prazo para defesa, contendo a justificativa, o prazo de prorrogação solicitado e parecer do orientador;
 - 3) cronograma das atividades a serem desenvolvidas;
 - 4) CD contendo as etapas da dissertação concluídas e as que serão finalizadas.

OBS.: A documentação deverá ser entregue na Secretaria Acadêmica do MPENF com antecedência mínima de 15 dias da data da reunião do Colegiado Delegado do programa, conforme cronograma.

- 5) O(A) Coordenador(a) Didático-Pedagógico do Programa analisará os documentos entregues, emitindo parecer sobre a possibilidade de prorrogação de prazo;
- 6) Somente será concedida a prorrogação do prazo solicitada após apreciação do parecer emitido pelo(a) Coordenador(a) Didático-Pedagógico pelo Colegiado Delegado do Programa.
- 7) Os casos especiais serão discutidos no Colegiado delegado do Programa.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem– Modalidade Mestrado Profissional/UFSC em 21/06/2017.

Original firmado na Secretaria do MPENF



QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior, inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

§ 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

§ 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

§ 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

§ 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 17/08/2016

ANEXO J - Participação em eventos relacionados ao Transplante Hepático



SERVICÓ PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE: (48) 3721-9690 - E-MAIL: ccp.ddp@contato.ufsc.br
<http://capacitacao.ufsc.br>

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LICENÇA-CAPACITAÇÃO

SERVIDORES DOCENTES E TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS
(Lei nº 8.112/90 e Decreto nº 5.707/06)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:

CPF:

SGAPE:

Matrícula UFSC:

Unidade de Lotação:

Cargo:

Telefone / Ramal UFSC:

E-mail Institucional:

Telefone Residencial:

E-mail Pessoal:

Telefone Celular:

ATIVIDADE(S) A SER(EM) REALIZADA(S)

Caracterização do Evento:

(conforme especificação do Inciso III, do Artigo 2º, do Decreto nº 5.707/2006):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Curso presencial ou à distância | <input type="checkbox"/> Intercâmbio |
| <input type="checkbox"/> Aprendizagem em serviço | <input type="checkbox"/> Estágio |
| <input type="checkbox"/> Grupo formal de estudo | <input type="checkbox"/> Seminários, congressos e similares |
| <input type="checkbox"/> Finalização de dissertação de mestrado e tese de doutorado | |

Data de Início:

 / /

Data de Término:

 / /

Número de dias necessários para a realização da Licença Capacitação

pretendida: dias

Observação:

Quando houver necessidade de deslocamento, incluir os dias de trânsito no cômputo total da licença requerida.

NATUREZA DO AFASTAMENTO

Preencher os campos abaixo quando a Licença Capacitação proposta incluir ação(ões) a ser(em) realizada(s) parcial ou integralmente no exterior

Período de realização do evento/atividade no exterior:

Data de Início: / / Data de Término: / /

Período do afastamento com trânsito incluso:

Data de Início: / / Data de Término: / /

Em relação ao ônus:

- Com ônus limitado:** quando implicar direito à apenas a remuneração do cargo efetivo.
- Com ônus UFSC:** quando implicar recurso do orçamento da UFSC, como: pagamento de taxa de inscrição, diárias, passagens, etc.

Diárias - Quantas?

Ordenador(a) de Despesas

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela liberação de recursos para as **diárias**

Passagens

Ordenador(a) de Despesas

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela liberação de recursos para as **passagens**

Taxa de Inscrição

Ordenador(a) de Despesas

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela liberação de recursos para a **taxa de inscrição**

- Com ônus para outro órgão** - anexar comprovante de concessão do auxílio:

CAPES **CNPq** **CAPES/PRO AP** **FINEP** **CAPES/PROEX**

Outros:

MANIFESTAÇÃO DO INTERESSADO

Especificar os objetivos da(s) atividade(s) de capacitação proposta(s), bem como, as contribuições para o desempenho das atribuições do seu cargo e das atividades desenvolvidas no ambiente organizacional em que está lotado.

Observação:

A manifestação requerida acima é **obrigatória** e, caso necessário, pode ser redigida a parte e anexada ao processo.

Data: ___ / ___ / ____ Assinatura: _____

ser redigida a parte e anexada ao processo.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

ANEXO K - Implantação e Avaliação do *Check list* de cirurgia segura para o Transplante Hepático.

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)				
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶	Antes da incisão	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶	Antes de o paciente sair da sala de operações
ENTRADA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none"> ALERGIA CONHECIDA? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	PAUSA CIRÚRGICA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROSESIS E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS, OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFISSIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA 	SAÍDA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE: <ul style="list-style-type: none"> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTE <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Assinatura</p>		

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.