



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DIOGO MARCELO FURTADO

Manual ao Candidato a Transplante Hepático

CAMPINAS

2018

DIOGO MARCELO FURTADO

Manual ao Candidato a Transplante Hepático

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de concentração em Eficácia e Efetividade de Testes Diagnósticos e Protocolos de Tratamento em Saúde.

ORIENTADOR (A): Prof.^aDra. ELAINE CRISTINA DE ATAÍDE

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação defendida pelo aluno Diogo Marcelo Furtado, e orientado pela Prof.^aDra. Elaine Cristina de Ataíde.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F984m Furtado, Diogo Marcelo, 1986-
Manual ao candidato a transplante hepático / Diogo Marcelo Furtado. –
Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Elaine Cristina de Ataíde.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transplante de fígado. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3.
Assistência integral à saúde. I. Ataíde, Elaine Cristina de, 1978-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Manual for hepatic transplant candidates

Palavras-chave em inglês:

Liver transplantation

Patient care team

Comprehensive health care

Área de concentração: Eficácia e Efetividade de Testes Diagnósticos e Protocolos de
Tratamento em Saúde

Titulação: Mestre em Ciências

Banca examinadora:

Elaine Cristina de Ataíde

Raquel Silveira Bello Stucchi

Maria Patelli Juliani Souza Lima

Data de defesa: 02-04-2018

Programa de Pós-Graduação: Ciência Aplicada à Qualificação Médica

**BANCA EXAMINADORA DA QUALIFICAÇÃO DE
MESTRADO EM CIÊNCIA APLICADA À QUALIFICAÇÃO
MÉDICA**

DIOGO MARCELO FURTADO

ORIENTADORA: PROF.^a DRA. ELAINE CRISTINA DE ATAÍDE

MEMBROS:

- 1. PROF.^a. DRA. ELAINE CRISTINA DE ATAÍDE**
- 2. PROFA. DRA. RAQUEL SILVEIRA BELLO STUCCHI**
- 3. PROFA. DRA. MARIA PATELLI JULIANI SOUZA LIMA**

Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Ciência Aplicada à Qualificação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 02/04/2018

Agradecimentos

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, meu irmão e minha querida esposa, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que me conduziu à janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À minha orientadora Prof.^aDra. Elaine Cristina de Ataíde pelo suporte, encorajamento e apoio na confecção deste trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

O transplante hepático é um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna. Poucos interferem com tantas funções do organismo, sendo que seu sucesso depende de uma completa infraestrutura hospitalar e de uma equipe multiprofissional (médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as), assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas) altamente capacitada no procedimento e no acompanhamento de pacientes gravemente debilitados e imunodeprimidos pela doença de base e também pelo seu tratamento imunossupressor no período pós-transplante.

Transplantar não é, evidentemente, apenas operar. É um conjunto complexo de medidas, associadas a conhecimento teóricos, técnicas inovadoras e tecnológicas, aliadas ao cuidado biopsicossocial do paciente e de sua família.

Nem todo profissional médico tem formação ou está acostumado a lidar com esses pacientes altamente complexos, logo há a necessidade em se desenvolver um plano de orientações sobre condutas no seguimento dos mesmos para que se tenha uma uniformidade na qualidade e eficácia do atendimento integral.

A compreensão dos cuidados ao paciente candidato a transplante e aquele que já foi submetido ao transplante é uma das maiores determinantes para o sucesso do tratamento. Esses pacientes devem ser considerados críticos, mesmo após o procedimento, considerando a imunossupressão a qual serão submetidos após o transplante, para que

qualquer alteração seja valorizada, identificada e tratada o mais precocemente possível. E essa detecção precoce, bem como a prevenção dos eventos primários e secundários, devem ser de conhecimento não só da equipe assistente, mas também da família a qual se torna a base do cuidado ao mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante Hepático; Equipe multidisciplinar; Assistência

Abstract

Liver transplantation is one of the most complex procedures of modern surgery. No other interferes with so many functions of the body, and its success depends on a complete hospital infrastructure and a multidisciplinary team (physicians, nurses, psychologists, social assistants, physiotherapists and nutritionists) trained in the procedure and in the follow-up of severely debilitated and immunosuppressed patients due to the transplant disease and by their immunosuppressive treatment in the post-transplant follow-up period.

Transplantation is not, of course, a surgery. It is a complex set of measures, associated with theoretical knowledge, innovative techniques and technological, allied to the biopsychosocial care of the patient and his family.

Not every medical professional has training or is accustomed to dealing with these highly complex patients, so there is a need to develop a plan of guidelines for conducting follow-up of these patients to have a uniformity in the quality and effectiveness of integral care.

Understanding care for the transplant patient and those who have already undergone transplantation is one of the major determinants of treatment success. These patients should be considered critical even after the procedure considering the immunosuppression to be submitted after transplantation, so that any alteration is valued, identified and treated as early as possible. In addition, this early detection as well as the prevention of primary and secondary events should be known not only to

the assisting staff but also to the family that becomes the basis of patient care.

KEY WORDS: Hepatic Transplantation; Multidisciplinary Team; Assistance

Lista de Abreviações

UNICAMP –Universidade Estadual de Campinas

ABTO –Associação Brasileira de Transplantadores de Órgãos

MELD - *Model for End-Stage Liver Disease*

PELD -*Pediatric end-stage liver disease*

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

Bireme -Biblioteca Regional de Medicina

Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

HC-FMUSP –Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RNI – Razão Normalizada Internacional

HIV –*Human Immunodeficiency Virus*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

UER – Unidade de Emergência Referenciada

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1.	Introdução.....	12
1.1	Transplante Hepático no Brasil.....	14
1.2	Perfil Epidemiológico Unicamp.....	16
2.	Objetivos.....	18
3.	Métodos.....	19
4.	Discussão.....	20
5.	Anexos.....	26
5.1	Caderneta e Quadro de Medicações.....	26
5.2	Manual de Cuidados Médicos e Gerais ao Candidato a Transplante Hepático.....	27
6.	Referências.....	64

1. Introdução

O transplante hepático é um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna. Nenhum outro interfere com tantas funções do organismo, sendo que seu sucesso depende de uma completa infraestrutura hospitalar e de uma equipe multiprofissional (médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as), assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas) altamente capacitada no procedimento e no acompanhamento de pacientes gravemente debilitados e imunodeprimidos pela doença de base, assim como, pelo seu tratamento imunossupressor no período de acompanhamento pós-transplante.

O transplante de fígado é uma modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal de um paciente com doença hepática avançada. É utilizado como recurso para pacientes portadores de lesão hepática irreversível, quando não há mais nenhuma forma de tratamento disponível¹. O objetivo do transplante hepático, atualmente, não é apenas o de possibilitar a sobrevivência de um paciente com enfermidade hepática avançada ao procedimento cirúrgico, mas sim, o de promover que o estado evolutivo do transplante possa possibilitar a reinserção desse mesmo paciente como indivíduo ativo na sociedade².

Estudos de Moore et al e Belle et al, mostraram que o transplante hepático prolonga a vida e, o mais importante, melhora a qualidade de vida dos pacientes em diferentes aspectos^{3,4}. Aberg et al, verificou que a incidência de complicações após o transplante e os déficits observados em alguns aspectos da vida desses pacientes não afetaram a qualidade

de vida global dessa mesma população⁵. Os resultados destes trabalhos evidenciaram a importância da adesão ao tratamento que aliada ao sucesso do procedimento cirúrgico altera a sobrevida do paciente, mostrando que todas as medidas tomadas para otimizar essa adesão são fundamentais para o sucesso terapêutico^{3,4,5}.

Transplantar não é, evidentemente, apenas o evento cirúrgico. É um conjunto complexo de medidas, associadas a conhecimento teórico, técnicas inovadoras e tecnológicas, aliadas ao cuidado biopsicossocial do paciente e de sua família⁶.

A compreensão dos cuidados ao paciente candidato a transplante e aqueles que já foram submetidos ao procedimento é uma das maiores determinantes para o sucesso do tratamento^{6,7}. Esses pacientes devem ser considerados críticos mesmo após o procedimento cirúrgico, considerando, principalmente, a imunossupressão a que serão submetidos por longa data. Assim, qualquer alteração deve ser valorizada, identificada e tratada o mais precoce possível. Essa detecção precoce, bem como a prevenção dos eventos primários e secundários devem ser de conhecimento não só da equipe assistente, mas também da família a qual se torna a base desse tratamento^{6,7,16}.

1.1. Transplante Hepático no Brasil

Com o aumento no número de transplantes realizados, somado aos bons resultados da modalidade terapêutica, houve um aumento no incentivo tanto por parte governamental, ao instituir políticas públicas direcionadas a esse tipo de tratamento assim como no incentivo de instituições de saúde em formarem equipes especializadas para atender a demanda crescente^{13,20}.

Todavia, o aumento no número de indicações do procedimento não foi acompanhado pelo número de doadores, logo, houve um aumento no tempo de espera para realização da cirurgia. No Brasil, segundo dados da ABTO (Associação Brasileira de Transplantadores de Órgãos) em 2016, a taxa de doadores efetivos foi de 3,7 doadores por milhão de habitantes por ano, já em países desenvolvidos consegue-se obter de 20 a 40 doadores por milhão de habitantes por ano e até países próximos ao Brasil, como Argentina e Chile, alcançam uma taxa de 10 a 12 doadores por milhão de habitantes por ano, mostrando que a realidade brasileira está muito distante daquela considerada ideal²¹.

A conscientização da população em relação à doação de órgãos ainda é prejudicada pelo medo e falta de informações²¹. Para um aumento no número de doadores, vários paradigmas devem ser superados principalmente aspectos culturais, étnicos, religiosos e contra-indicação médica.

A prolongada espera por um órgão propicia o aparecimento de complicações, tornando muitos pacientes que estariam aptos a realizar o transplante em inaptos, resultando em alta taxa de mortalidade em lista

de espera¹³.

Estudos e dados atuais evidenciam que a taxa de mortalidade em lista de espera para transplante hepático fica em torno de 20-30%. Assim há necessidade crescente em desenvolver medidas sócio-políticas para aumento no número de doadores, tomando como base a abordagem biopsicossocial do doador e da sua família, já que é observado altas taxas de recusa de doação por parte das famílias dos potenciais doadores ¹³.

Em 1997, foi criada a lista de espera de transplantes no Brasil a qual tinha como critério de prioridade a ordem cronológica de inscrição²⁰, não levando em consideração a gravidade da doença. Isto acarretou em aumento rápido e progressivo da taxa de mortalidade, culminando na criação da portaria nº1160, em 17 de julho de 2006²⁰, que modificou os critérios de distribuição de órgãos para os pacientes candidatos ao transplante hepático adultos (> 12 anos) e crianças (< 12 anos), decretando como prioridade o critério de gravidade do estado clínico dos pacientes, através da utilização do escore MELD/PELD (*Model for End-Stage Liver Disease / Pediatric End-Stage Liver Disease*) e individualização dos casos com situações clínicas especiais as quais necessitam de uma intervenção mais precoce e mantendo como critério de distribuição a compatibilidade ABO, anatômica e por faixa etária²⁰

1.2. Perfil Epidemiológico Hospital de Clínicas Unicamp

No Hospital de Clínicas –UNICAMP, o serviço de Transplante Hepático teve início de suas atividades em setembro de 1991, e assim vem se firmando como um dos maiores centros transplantadores do país. Até a novembro de 2017, foram realizados 856 transplantes hepáticos, com média anual de 55 transplantes¹⁰.

O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em nosso serviço é com média salarial de menos de três salários mínimos, com escolaridade média de 10% de analfabetismo funcional, 40% de ensino fundamental incompleto, 15% de ensino fundamental completo, 25% com ensino médio e somente 10% com ensino superior. A idade média é de 52,8 anos, ou seja, uma população adulta e em idade produtiva afastada de suas atividades laborais em 35% dos casos, devido às comorbidades ou a descompensação da doença hepática¹⁵.

Na prática clínica diária no seguimento dos pacientes do ambulatório de transplante hepático com este tipo de perfil epidemiológico observamos que as maiores dificuldades são: compreensão acerca dos medicamentos seja pela quantidade excessiva de comprimidos, horários estabelecidos para administração e nomes das medicações; realização dos exames de rotina nos prazos estabelecidos, adesão às orientações dietéticas, cuidados com ferida operatória e controle das comorbidades associadas.

Perante a análise do perfil epidemiológico dos nossos pacientes em

relação à adesão dos mesmos ao seguimento ambulatorial pré e pós-transplante, identificamos a necessidade em desenvolver formas para melhorar o atendimento integral oferecido ao paciente candidato ao transplante hepático.

Portanto, buscamos confeccionar um manual onde paciente e familiares participem de forma ativa de todas as etapas que envolvam o transplante hepático, desde as consultas pré-transplante até o seguimento pós-transplante, buscando a otimização do atendimento integral e, conseqüentemente, proporcionar a manutenção de uma boa qualidade de vida após o transplante hepático.

2. Objetivos

A iniciativa de elaborar esse manual, tem como objetivo :

- Guiar os profissionais para uma assistência padronizada e ao mesmo tempo integrada aos pacientes candidatos à transplante hepático e aos pacientes transplantados;
- Orientar o paciente e sua família acerca dos cuidados específicos pré e pós-operatórios;
- Criar fluxogramas que orientem o paciente e sua família sobre todos os processos envolvidos desde a indicação do transplante até a sua realização;
- Criar fluxogramas de cuidados médicos e gerais a fim de otimizar uso e adesão a medicamentos, assim como no cuidado em saúde geral e na prevenção de doenças oportunistas que podem acometê-los ao longo da vida devido a imunossupressão.

3. Materiais e Métodos

Foi desenvolvido um manual informativo para pacientes candidatos à Transplante Hepático. Para isso, foi desenvolvido uma revisão sistemática com levantamento de estudos que abrangessem os diversos temas e os aspectos da confecção desse tipo de objeto de informação e educação. A busca desse perfil de estudos foi feita em bancos de dados: PUBMED, Scielo, BIREME e LILACS.

Após consolidadas todas as informações relevantes que deveriam estar presentes nesse manual, foi confeccionado o material gráfico com a ajuda do Setor de Recursos Audiovisuais - UNICAMP, com finalidade na produção de material que seja facilmente reproduzível, com baixo custo e de fácil compreensão por parte dos pacientes e familiares, para que possam ser distribuídos a todos pacientes que são atendidos no serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas –UNICAMP.

4. Discussão

O primeiro Transplante Hepático realizado no Brasil ocorreu no ano de 1968, no Hospital das Clínicas de São Paulo - HC-FMUSP, mas por problemas políticos e financeiros o programa foi interrompido, retornando suas atividades somente em 1984⁸.

Desde então, o transplante hepático vem se consolidando como principal método terapêutico na doença hepática terminal apresentando resultados cada vez mais satisfatórios aliada a descoberta de novos medicamentos imunossupressores, métodos mais eficazes para a preservação dos órgãos, aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, indicação precoce do procedimento e melhor assistência no pós-operatório^{8,9}.

O Transplante Hepático é o método terapêutico de escolha para pacientes portadores de doenças hepáticas terminais sejam crônicas ou agudas, aumentando a sobrevida em até 80% em cinco anos após o procedimento. Tem como objetivo prolongar e proporcionar qualidade de vida satisfatória assim como recuperar a capacidade de trabalho reintegrando socialmente o indivíduo^{11,13}.

São exemplos de causas de hepatopatias que podem evoluir com indicação de transplante hepático: doenças hepatocelulares crônicas (hepatites B, C e álcool); doenças colestáticas (Cirrose Biliar Primária e Secundária); doenças metabólicas e congênitas (Hemocromatose, Doença de Wilson, Deficiência de Alfa I Antitripsina, Glicogenólise e etc.); Insuficiência Hepática Fulminante, e tumores primários do fígado bem

como alguns tumores secundários (neuroendócrinos e carcinóides)^{11,14,17}.

Todavia, é necessário que se identifiquem contraindicações absolutas ou relativas ao procedimento, e a existência de fatores que sabidamente possam piorar o prognóstico a médio e longo prazo, evitando-se submeter o paciente a um procedimento que possa trazer mais malefícios do que benefícios¹¹.

Tem se notado cada vez mais publicações evidenciando a íntima relação entre uma indicação assertiva do transplante hepático em pacientes que ainda não passaram por períodos de incapacitação antes da cirurgia com uma recuperação mais rápida e efetiva nas atividades laborativas e sociais. Assim, do ponto de vista socioeconômico é melhor recomendar o transplante mais cedo para o paciente com doença hepática progressiva, usufruindo de bom status clínico perante a todo processo intervencionista que será submetido, aumentando as chances de sucesso no procedimento¹⁷.

É extremamente importante que o paciente esteja ciente da indicação para o transplante hepático afim de facilitar a compreensão acerca da história natural (evolução, progressão e complicações) da sua doença hepática, facilitando a aceitação às medidas restritivas do tratamento e a compreensão da importância do tratamento para manutenção da sua saúde e qualidade de vida.

A adesão ao seguimento ambulatorial está diretamente relacionada ao tipo de informação e ao grau de compreensão da doença pelo paciente candidato a transplante hepático ^{23,25}. A maioria dos pacientes preferem que a informação seja repassada de forma escrita, associada a

orientação verbal do conteúdo por parte dos membros da equipe multiprofissional que o acompanha. Esse panorama corrobora com os trabalhos que indicam que a informação escrita oferecida de forma exclusiva, não é suficiente para atender as demandas de informações requeridas pelo paciente e seus familiares²³.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define o conceito de adesão de forma abrangente englobando as diversas perspectivas que vão desde o uso correto das medicações prescritas até medidas de prevenção ao consumo do álcool e tabaco, passando por prática de atividade física, reeducação alimentar e mudanças no estilo de vida. Além disso, inclui a análise da participação do paciente e da equipe multiprofissional como sujeitos ativos no processo do tratamento²⁸.

Recentemente, os maiores centros transplantadores do mundo estão investindo em programas educativos relacionados ao transplante por meio de tecnologia de informação através da disponibilidade de conteúdo audiovisual utilizando softwares, multimídia e websites, pois estudos mostraram que esse tipo de disponibilidade de informação é 20% mais eficaz em relação aos tipos convencionais (verbal e escrita) e têm a vantagem de atingir uma grande quantidade de pessoas em curto espaço de tempo⁷.

No Brasil, esse tipo de estratégia ainda é pouco desenvolvida devido às características do SUS (Sistema Único de Saúde) em relação à disponibilidade de recursos e principalmente ao perfil epidemiológico dos pacientes, visto que uma grande parcela da população atendida não tem acesso adequado a esse tipo de informação^{22,23,25}.

Malik et al, critica essa tendência na utilização excessiva e/ou exclusiva de recursos tecnológicos com a finalidade de ensino e aprendizagem na área da saúde, afirmando que a “tecnologia está invadindo o lugar do homem nas instituições, acarretando a falta de contato pessoal. Na área da saúde, isso deve ser diferente, afinal o profissional deve privilegiar o que viu, ouviu, palpou e o que o paciente descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente e humanizado”²³.

Vários estudos apresentam programas educativos relacionados ao transplante que utilizam manuais de orientação e discussão dos mesmos. Esses estudos demonstram 80% dos pacientes satisfeitos com programas educativos cujo material contém informações disponíveis para consulta nos momentos de dúvidas. Os objetivos dos manuais são: sedimentar as orientações aos familiares e pacientes, ser de fácil acesso e compreensão, atender as necessidades específicas da situação e ser instrumento de universalização da informação sendo útil a todos independentemente da condição socioeconômica e nível de escolaridade^{22,25}.

O processo de ensino-aprendizagem é considerado como um meio pelo qual o paciente pode adquirir conhecimentos, habilidades e ser encorajado a participar do seu tratamento, tomando decisões e assumindo responsabilidades. Alguns trabalhos da literatura mostram os benefícios do ensino pré-operatório do paciente, tais como aumento da satisfação, menor incidência de complicações e retorno mais rápido às suas atividades diárias e laborativas^{26,27}.

A possibilidade de retorno a atividade laborativa após a doença e,

portanto, o retorno a uma vida social e especialmente profissional é um dos elementos importantes que influenciam positivamente o processo de recuperação clínica e na qualidade de vida. Saab, et al descobriram que o emprego após o transplante hepático é um fator que condiciona o retorno dos pacientes a uma vida normal e a um ambiente social favorável. Como conclusão, observaram a falta de deficiência e/ou incapacidade, o emprego e a boa condição física antes do transplante hepático estão fortemente associados ao retorno ao emprego após o transplante²⁷.

O ensino do paciente é uma ferramenta utilizada para garantir sua independência e a detecção precoce de complicações⁷.

Educação, apoio assistencial e flexibilidade no atendimento têm um efeito sinérgico e benéfico sobre os pacientes e seus familiares durante todo o processo que envolve o transplante hepático. Frequentemente, pacientes e familiares abordam profissionais da saúde com solicitações de informações ou em busca de apoio psicológico. A criação de uma estratégia de atendimento voltada para a acessibilidade à informação e educação possibilitaria uma melhora e otimização na qualidade da assistência pela adaptação do conhecimento gerado às necessidades singulares dos pacientes e seus familiares^{7,9}.

Em artigo abordando o funcionamento de famílias de pacientes crônicos, Felício, et al apontam a importância de a equipe de saúde atentar também à família que pode apresentar vulnerabilidade emocional, mas ao mesmo tempo representa uma aliada na promoção da adesão²³.

O material para ensino e aprendizagem em relação às etapas que envolvem o transplante hepático, deve incluir as principais funções do

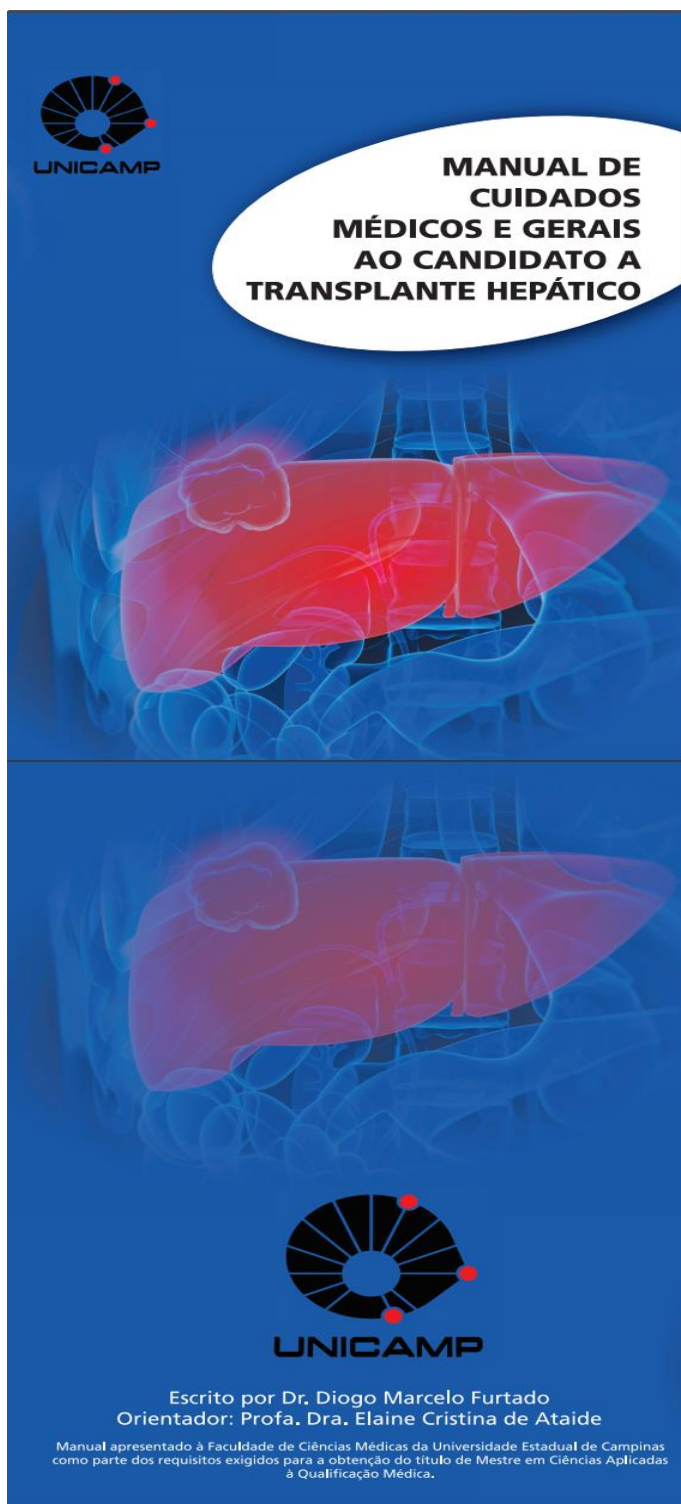
fígado, as complicações da doença hepática, o preparo pré-operatório, orientações dietéticas, considerações sobre o doador cadáver, o funcionamento da lista de espera, a convocação para o transplante, o procedimento anestésico, os cuidados pós-operatórios imediatos e tardios, o uso de medicamentos, os sinais e sintomas das principais complicações, orientação da dieta, mudança para estilo de vida saudável e necessidade de seguimento de rotina vitalício.⁶

Destaca-se que o paciente e sua família devem compreender as razões da obediência contínua, necessária ao esquema terapêutico, com ênfase especial em relação aos métodos de administração, base lógica e efeitos colaterais dos agentes imunossupressores prescritos⁶.

A distribuição do material informativo deve ser condicionada à encontros entre o binômio paciente-família e a equipe multiprofissional, para que sejam discutidos todos os tópicos contidos no material com o objetivo de sanar as dúvidas e também uma forma de que a equipe multiprofissional venha a ter feedback do impacto dessa ação interativa no seguimento ambulatorial.

Como perspectivas futuras, nessa linha de pesquisa de suma importância, após a conclusão do manual, segundo as normas e objetivos já especificados anteriormente, iremos empregar uma pesquisa de satisfação com pacientes transplantados comparando-os em dois grupos, com e sem essa fonte informação, a fim de definir seu melhor formato, adequando-o a nossa realidade populacional que é dispare à literatura já publicada e inédita no país.

6.2 Manual de cuidados médicos e gerais ao candidato a Transplante Hepático



Manual ao Candidato a Transplante Hepático

O Fígado

O fígado é o maior órgão sólido da cavidade abdominal, localizado à direita no abdome superior, conhecido como hipocôndrio direito. As funções do fígado são complexas e inúmeras incluindo:

- Participa no processamento de digestão dos alimentos para formar os nutrientes que são absorvidos pelo corpo
- Produz a bile, responsável pela digestão das gorduras dos alimentos
- Armazena ferro, vitaminas e fontes de energia (gorduras, açúcares e proteínas)
- Produz elementos do sangue, enzimas e outras proteínas
- Auxilia no processo de resistência do organismo às infecções
- Participa da coagulação do sangue
- Remove e transforma drogas, medicamentos, álcool e outras substâncias nocivas ou não ao corpo.

Doenças do Fígado

O fígado é um órgão muito adaptável, tendo a capacidade de se regenerar quando sofre algum tipo de agressão, porém dependendo do

tempo e intensidade esse dano pode causar alterações irreversíveis, evoluindo para cirrose hepática.

Isso pode acontecer em função de excesso de álcool, drogas, câncer, infecções virais (Hepatite B e C) ou excesso de gordura acumulada no fígado. A cirrose é o estágio final da doença do fígado, pode resultar em complicações graves como sangramentos, infecções e a não eliminação de produtos tóxicos do organismo.

Quando a cirrose hepática se desenvolve com piora progressiva das funções do fígado a única opção de tratamento é o transplante.

Sinais e Sintomas das Doenças do Fígado

As doenças do fígado apresentam-se com grande variedade de sintomas, a depender do estágio da doença.

Os sintomas iniciais são inespecíficos: fraqueza, indisposição, falta de apetite, náuseas, vômitos, perda de peso, pele e olhos amarelados e dor abdominal. Quando o paciente desenvolve a cirrose hepática os sintomas são: pele e olhos muito amarelados (icterícia), aumento do volume abdominal (ascite – água na barriga), aumento das mamas (ginecomastia), queda dos pelos dos braços e pernas, coceira, confusão mental (encefalopatia), sangramentos (vômitos ou fezes), diminuição da libido, urina escurecida (colúria) entre outros.

Avaliação do MELD

O cálculo do MELD (do inglês: medida da doença final do fígado) revela a gravidade da doença hepática e é usado como critério de inclusão e posição na lista de espera de transplante de fígado. É realizado por um cálculo matemático através dos resultados dos exames de sangue: bilirrubinas totais, creatinina (função renal) e coagulograma (RNI). Esses exames devem ser feitos regularmente ao longo do seguimento ambulatorial pré-transplante hepático.

O MELD é um preditor de gravidade/mortalidade da doença hepática avançada, logo quanto maior seu valor maior a gravidade e mortalidade da doença, conseqüentemente esse valor reflete as condições clínicas do paciente, já que para ter valores altos de MELD os exames devem estar alterados evidenciando descompensação da doença. Sendo assim, aqueles pacientes com maior valor de MELD precisam ser transplantados mais rapidamente, logo ocupam os primeiros lugares na lista de espera para transplante.

Indicações de Transplante Hepático

O transplante de fígado é indicado para tratar a doença hepática em estágio terminal com risco de vida, não existindo nenhuma outra forma de tratamento disponível. As indicações gerais para o transplante de fígado incluem a cirrose hepática avançada irreversível, insuficiência hepática

aguda fulminante, doenças hepáticas metabólicas e alguns tumores do fígado (primários e secundários). Outros exemplos de distúrbios que são indicações para o transplante de fígado incluem a doença hepática hepatocelular como hepatite viral (Hepatite B e C), doença hepática induzida por medicamento e álcool, doença hepática autoimune e uma com crescente aumento a doença gordurosa do fígado.

Algumas situações especiais, consideradas urgentes, como os casos de insuficiência hepática aguda 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 carácter de urgência. Eventualmente, os pacientes transplantados há menos de 30 dias, podem apresentar sinais de que o novo fígado não está funcionando e o tratamento de escolha é o re-transplante.

Os critérios de exclusão para transplante de fígado são patologias irreversíveis em outros órgãos e existência de doenças que limitem a sobrevida após o transplante, como infecção por HIV não controlada ou câncer, etilismo com menos de 6 meses de sua interrupção, além de contraindicações psicossociais.

As contraindicações psicossociais incluem aqueles pacientes que não apresentam condições de compreender o uso da medicação necessária no pós-operatório, não ter cuidador para auxiliá-lo depois da cirurgia caso haja necessidade, não apresente condição a continuar fazendo acompanhamento pelo resto da vida em nosso hospital.

Processo de Doações de Órgãos

Para ocorrer a doação temos que constatar que um potencial doador teve o diagnóstico de morte encefálica. 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). São vários profissionais capacitados e instituições credenciadas junto à Secretária de Saúde/Ministério da Saúde que participam desse diagnóstico. Esse diagnóstico é bastante criterioso e no Brasil, é necessário a realização de dois exames feitos por médicos especialistas, com intervalo de tempo rigoroso, e um exame de imagem como um ultrassom para avaliar fluxo de sangue dentro do cérebro desses pacientes. São três médicos diferentes que participarão do diagnóstico de morte encefálica. Só assim, poderemos dizer se o cérebro do potencial doador parou de funcionar e que seus órgãos só funcionam com a ajuda de aparelhos e medicamentos. Com o diagnóstico de morte encefálica, somente familiares (esposa (o), pais, filhos) do falecido poderão autorizar a doação de órgãos e tecidos, após serem entrevistados por um profissional capacitado. O termo de doação de órgãos e tecidos de doador falecido é preenchido e assinado.

Para reduzir os riscos, é preciso avaliar cuidadosamente um potencial 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, ou não. 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).

Vale lembrar que qualquer intercorrência na retirada dos órgãos poderá suspender a cirurgia, independentemente da etapa do processo.

Funcionamento da Lista de espera para Transplante Hepático

Para ser submetido ao transplante você deve estar inscrito e ativo na lista de espera do órgão/tecido que necessite transplantar, chamado de cadastro técnico. A equipe do médico transplantador realiza seu cadastro, por isto mantenha seus dados e seus exames atualizados.

O cadastro técnico segue critérios e leis específicas de transplante. É controlado pelo Ministério da Saúde, onde é dividido em regionais, estaduais e municipais. Consulte sua posição no cadastro técnico, informando seus dados pelo site <http://snt.saude.gov.br/Links.aspx>.

Seguimento Ambulatorial pré-transplante

A partir do momento que você inicia acompanhamento no Ambulatório pré-transplante - Gastrocentro, as consultas se tornam regulares, com períodos variados a depender da sua necessidade, e sempre acompanhadas de exames laboratoriais e exames de imagem. Logo, é

muito importante que os exames sejam colhidos na data certa para não comprometer os objetivos das suas consultas e conseqüentemente o seu tratamento. Caso, você realize os exames fora da UNICAMP, é necessário que se faça uma cópia dos resultados dos exames laboratoriais e laudos de exames de imagem para serem anexados ao prontuário.

Avaliações com outras especialidades médicas serão agendadas no decorrer do tempo de espera em lista: dentista, hematologista, infectologista e anestesista.

Se a paciente for do sexo feminino, procurar ginecologista com quem já, habitualmente, realiza acompanhamento, para avaliação ginecológica. Solicite ao profissional que lhe escreva uma carta descrevendo que a avaliação ginecológica foi realizada e qual o parecer médico, ou seja, se do ponto de vista ginecológico não há contraindicações ao Transplante.

É indispensável a presença de acompanhante durante as suas consultas médicas.

Os exames necessários para o MELD são bilirrubina total, RNI (coagulograma), sódio sérico e creatinina, deverão ser realizados na mesma amostra coletada.

Fique atento para a caderneta de consultas. Nela contém a data da consulta, data da coleta de exames e o valor do MELD na consulta.

Comunicado de internação para o Transplante

Você e os seus familiares deverão sempre estar atualizados acerca da posição do paciente junto à lista de espera de transplante, através do site da Central de Transplantes. Quando estiver próximo às primeiras posições, deve ficar atento, pois a qualquer momento, a equipe de transplante pode entrar em contato, preferencialmente por contato telefônico para informar a possibilidade de transplante e as orientações sobre a internação para a realização do mesmo.

Esse é um momento muito aguardado por você e seus familiares, e a comunicação para internação sempre gera grande ansiedade, logo quando houver esse comunicado você e seus responsáveis devem procurar um transporte seguro e imediato para o Hospital de Clínicas da UNICAMP levando consigo artigos de higiene pessoal, trocas de roupas e documentos pessoais.

Se o comunicado ocorrer durante o período do dia em dias de semana (segunda à sexta-feira) até as 19h, você e seus familiares, ao chegarem ao Hospital de Clínicas da UNICAMP, devem se apresentar no Setor de Internações, localizado no 3º andar do Hospital, porém se o comunicado ocorrer após às 19h ou em dias de final de semana (sábado e domingo) ou feriados, você e seus familiares deverão se apresentar na recepção do Pronto Atendimento da Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas da UNICAMP para proceder a internação.

IMPORTANTE:

- Anote as orientações passadas pelo profissional que realizou o contato telefônico.
- Leve um acompanhante com você.
- A partir da ligação para o transplante, entre em jejum, ou seja, não coma mais nada, nem beba água.
- Leve todos seus documentos (carteira de identidade, CPF, cartão SUS), últimos exames realizados e suas medicações de uso contínuo.
- Verifique com seu médico quais medicamentos de rotina poderão ser ingeridos neste momento após convocação.
- Informe caso tenha apresentado qualquer intercorrência desde sua última consulta até o presente momento (febre, diarreia, vômitos ou outras interações).

ATENÇÃO: Podemos entrar em contato a qualquer momento (24h)!

Transplante Hepático

Uma vez internado no Hospital de Clínicas - UNICAMP, você irá passar por um rigoroso exame médico. Sua saúde será avaliada por meio de

exames, de suas queixas e pelas últimas consultas do seu seguimento ambulatorial. Você poderá ser ou não aprovado para o transplante. Quando aprovado para receber o órgão, o médico irá esclarecer todas as dúvidas que possam ter em relação ao procedimento cirúrgico, complicações e possíveis resultados. O transplante irá acontecer no horário que for determinado pela equipe transplantadora.

O transplante de fígado é uma cirurgia que visa substituir o órgão danificado pela doença e colocar outro em boas condições. A cirurgia tem a duração média de 8 a 18 horas e é importante que algum familiar permaneça no Hospital (Sala da Família ao lado do Centro Cirúrgico, localizado no 2º andar do Hospital de Clínicas – UNICAMP) para receber informações ao término da cirurgia. Como qualquer cirurgia, existe riscos que devem ser conversados com seu médico durante o seguimento ambulatorial pré-operatório.

Cuidados pós-transplante imediatos e permanentes

O paciente transplantado é encaminhado para a UTI, localizada no 3º andar do Hospital de Clínicas - UNICAMP. Na UTI não é permitido acompanhante, devendo ser respeitado o horário de visita que ocorrem duas vezes ao dia. Após alta da UTI, que varia de caso para caso em termos de tempo após a cirurgia, o paciente será encaminhado à enfermaria, podendo ter a presença de um acompanhante. O período de permanência na UTI ou enfermaria depende da necessidade de cada paciente, podendo variar para mais ou menos que a média de tempo de

internação esperado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- Você voltará a se alimentar em poucos dias de acordo com a liberação da equipe médica juntamente com a nutrição.
- Alimente-se somente com o que o serviço de nutrição lhe ofertar.
- A Equipe de Enfermagem e seu acompanhante lhe ajudará com a sua higiene pessoal.
- Quando liberado, realize caminhadas leves, mesmo que devagar.
- Faça os exercícios fisioterápicos como determinado pelo seu fisioterapeuta.
- É importante que comece precocemente a aprender os nomes, as dosagens e horários dos medicamentos. Eles ajudam a manter o seu órgão transplantado saudável.

Cuidados com a ferida operatória

- Limpe a ferida operatória com água corrente e sabonete neutro, seque com uma toalha limpa (de preferência, diferente da usada para secar o resto do corpo). Enquanto houver pontos a serem retirados, pede-se que cubra a incisão cirúrgica com gaze e pouco micropore para não irritar a pele ao redor.

- Observe se a ferida operatória apresenta sinais de vermelhidão, calor local e saída de secreção. Caso apresente febre (maior que 37,8°C) ou algum desses sinais, comunique sua equipe transplantadora, imediatamente.
- Não passe nenhum produto na ferida operatória que não seja orientado previamente pela equipe médica ou de enfermagem.
- Os pontos serão retirados pelos médicos ou enfermeiros da equipe durante as consultas após a alta hospitalar.
- Utilize cinta elástica abdominal, com fechamento por velcro, assim que for liberado pela equipe médica.

Cuidados Gerais

Alimentação: procure consumir alimentos saudáveis. Se possuir restrições alimentares ou dificuldade em elaborar uma dieta equilibrada, procure um nutricionista. Prefira comida caseira ao invés de comida de restaurante; evite refrigerantes e produtos industrializados (enlatados). É expressamente proibida a ingestão de quaisquer tipos de bebidas que contenham álcool. **Confira nos anexos, orientações elaboradas pela nossa equipe de nutrição, adaptadas para seu tratamento.**

Higiene: Limpe suas mãos com água e sabonete antes e depois das refeições; lave seus alimentos com água corrente e filtrada antes de consumi-los. Tome banho e troque suas roupas diariamente. Escove seus

dentês depois de TODAS as refeições. Visite seu dentista antes do transplante. Troque toda a roupa de cama semanalmente. Os animais de estimação devem estar vacinados e vermifugados, e evitar o contato direto dos mesmos com a ferida operat3ria, sempre que brincar com eles lave suas m3os.

Peso: procure sempre se manter no seu peso ideal. Registre sempre seu peso no seu di3rio, para o m3dico avaliar sua evolu33o, principalmente nos primeiros meses. Para evitar aumento do peso realize atividades f3sicas como 3 descrito logo abaixo.

Mobilidade: Evite lugares p3blicos fechados como metr3s, 3nibus, shoppings, cinemas, por no m3nimo, 30 dias ap3s o transplante ou at3 libera33o m3dica. Se n3o puder evitar, use m3scara cir3rgica simples, e mantenha as m3os limpas. Mas se voc3 estiver em lugares abertos e bem ventilados, sem aglomera33o de pessoas, voc3 pode dispensar o uso da m3scara j3 quando for de alta para a casa.

Vacina33o: Somente com autoriza33o m3dica. Tire suas d3vidas com a equipe m3dica.

Atividades e exerc3cios: Os exerc3cios s3o muito importantes para a recupera33o e manuten33o de suas condi33es de sa3de, reduzindo os efeitos colaterais dos imunossupressores no organismo, ajudando a manter o peso ideal. D3 prefer3ncia para atividades aer3bicas, como

andar a pé ou de bicicleta, caso queira fazer seus exercícios em academia, peça orientação de seu professor e ele solicitará orientação médica caso veja necessidade. E lembre-se a atividade física regular é de primordial importância para que você fique sempre saudável sem os efeitos colaterais das medicações

Exposição solar: Sua pele ficará ainda mais sensível aos efeitos da radiação solar, logo você terá mais chances de desenvolver tumores de pele devido a imunossupressão, por isso é fundamental que use chapéu, óculos e protetores solares.

Gravidez: é importante comunicar a equipe médica em relação ao desejo de gravidez. A decisão sobre a gravidez tem que ser bem discutida com seu (sua) esposo (a) para ter um planejamento adequado. É importante fazer uso de algum método contraceptivo. Há medicações que podem causar malformação no bebê, além de prejudicar o seu transplante.

Sexualidade: algumas alterações podem surgir após o transplante, como dor durante a relação sexual, diminuição do desejo sexual, disfunção erétil ou diminuição da lubrificação vaginal.

Medicações

Algumas medicações são prescritas com bastante frequência após o transplante, algumas serão utilizadas pelo resto de sua vida, como os imunossupressores, e outros só serão utilizados por um período específico após o transplante. No momento da alta TODAS as medicações serão anotadas em uma tabela com horários após uma reunião agendada com nossas enfermeiras.

Imunossupressores - Ciclosporina, Tacrolimus, Everolimus, Micofenolato, Corticóides - todos são imunossupressores, a escolha de qual foi prescrito para você dependerá de cada caso, mas deverão ser utilizados pelo resto da vida, e só suspensos ou modificados após orientação médica. Os horários de tomadas devem ser seguidos com rigor.

Importante: o Tacrolimus, Ciclosporina e o Everolimus, são dosados em seu sangue, portanto quando for colher esse sangue NÃO tomem o remédio antes de fazer o exame.

Importante: A Ciclosporina e o Tacrolimus devem ser tomados em jejum de 45 minutos antes a após seu uso.

Aciclovir: ele tem o intuito de prevenir algumas infecções virais e costuma ser prescrito por 6 semanas após o transplante.

Sulfametoxazol + Trimetoprima: ele é um antibiótico e tem o intuito

de prevenir algumas infecções pulmonares e costuma ser prescrito por 6 meses após o transplante.

Furosemida e Espironolactona: os dois são diuréticos e costumam ser prescritos até o organismo eliminar o excesso de líquido do corpo, costumam ser retirados em algumas semanas após o transplante.

Omeprazol: ele é um remédio para evitar úlceras e gastrites, costuma ser retirado também algumas semanas após o transplante.

Sintomáticos: Dipirona, Metoclopramida, Simeticona, são prescritos para uso apenas em caso de necessidade.

Importante: Outros medicamentos podem ser prescritos conforme necessidade de cada paciente. Os medicamentos devem ser tomados exatamente como orientados pela equipe de transplante.

Importante: Os imunossupressores são medicamentos de alto custo, fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde gratuitamente. Você será orientado sobre as regras de recebimento dos medicamentos, durante sua internação e também após a alta pela equipe de enfermagem do Ambulatório. Os primeiros meses são extremamente importantes. Você perceberá mudanças no seu corpo e é preciso informar a sua equipe médica e de enfermagem. Não se esqueça de relatar suas queixas e/ou dificuldades nas consultas ou por telefone.

Confira o quadro de medicações nos anexos.

Atenção aos horários de tomada de imunossupressores, e nos dias de coleta de exames, não tome Tacrolimus ou Ciclosporina antes da coleta, apenas depois de colher o sangue.

Complicações – Identificação precoce de sinais e sintomas

As complicações mais comuns são: sangramento, rejeição, infecção, hepatite no fígado novo, alguma dificuldade de drenagem de bile. As mais graves e menos comuns, são, no entanto: 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 poderá desencadear um quadro de rejeição, com risco de vida. Entre as complicações que podem ocorrer nos transplantes hepáticos, destacam-se:

- O não-funcionamento primário do fígado colocado, que decorre normalmente de condições ligadas ao fígado do doador. Um novo transplante em caráter de urgência é indicado como tratamento devido ao alto risco de mortalidade, trata-se de evento raro, cerca de 3 a 10% dos casos
- Hemorragia pós-operatória, podendo necessitar de novas cirurgias;

esse risco acontece principalmente até o novo fígado iniciar sua produção de fatores que ajudam a coagulação do sangue. E caso ocorra qualquer complicação seus familiares serão avisados.

- Trombose da artéria hepática; a artéria hepática promove a nutrição da parte do fígado que produz bile e caso ela sofra obstrução, o novo fígado irá entrar em falência provavelmente em alguns poucos meses, portanto, também será indicado um novo transplante nesse tipo de situação, mas todo esse processo caso ocorra será explicado passo por passo ao paciente e seus familiares. Essa complicação ocorre entre 4 a 10 %.
- Complicações infecciosas; nesse momento inicial o paciente ficará mais suscetível ao aparecimento de infecções principalmente pelo uso de medicações para que não ocorra rejeição do novo fígado. Antibióticos já são realizados para evitar essa complicação, mas mesmo assim algumas infecções fogem ao controle tornando-se mais perigosas. Para que elas sejam evitadas uma boa maneira, é assim que possível sair da cama, procurar caminhar nos corredores e realizar fisioterapias orientadas por nossos fisioterapeutas.
- Recidiva da doença de base sobre o fígado transplantado, como nas hepatites virais; para minimizar essa complicação, você será também acompanhado por uma equipe de infectologistas em conjunto com a equipe de cirurgiões que realizou sua cirurgia.

- Aparecimento de câncer. O uso contínuo das medicações que evitam a rejeição pode, ao longo dos anos, levar a aparecimento de tumores, portanto tenha sempre uma alimentação balanceada, evite contato com sol sem o uso de protetores solar, e qualquer sinal de emagrecimento sem causa, alteração de sua maneira de ir ao banheiro, dificuldade ao urinar, dificuldade em comer, avise a equipe médica.
- Óbito. Infelizmente apesar de todos os esforços, por ser uma cirurgia de grande complexidade, o óbito pode ocorrer, essa complicação tão temida ocorre de 5 a 15% dos pacientes.

No período pós- transplante hepático, você e seus familiares devem ficar atentos aos seguintes sinais e sintomas de alerta:

- Febre – temperatura > 37,8°C
- Náuseas e vômitos
- Dor ou distensão abdominal
- Icterícia – pele e olhos amarelos
- Melena – fezes negras e com odor fétido
- Acolia fecal – fezes brancas
- Colúria – urina escura

As complicações são contornáveis, desde que o tratamento seja feito corretamente.

Anotações Diárias: Muito importante fazer um registro diário de suas medicações (doses, horários), de qualquer sintoma diferente que possa sentir no decorrer do tratamento, valores de pressão arterial, controle de glicemia capilar e qualquer dúvida que possa surgir.

O quadro de medicações em anexo irá te auxiliar no uso das medicações.

Na presença de sinais e sintomas de alerta, procurar rapidamente a UER-UNICAMP!!!

Seguimento Ambulatorial pós-transplante

Comparecimento regular, pelo menos 2 vezes na semana, para coletar exames e consulta médica para avaliação clínica e checagem de exames e ajustadas as doses dos medicamentos.

A periodicidade das consultas vai ficando maior conforme aumenta o tempo após transplante, caso tudo transcorra bem: no primeiro mês você virá todas as semanas, no segundo e terceiro mês virá a cada 15 dias, e após o terceiro mês, virá a cada noventa dias, esse será o tempo máximo entre as consultas para checagem de exames e pegar as medicações fornecidas pela nossa farmácia de alto custo. Tudo visando o melhor acompanhamento ao longo dos anos.

A pontualidade na realização dos exames e nas consultas é imprescindível para o sucesso no tratamento!!!

Nutrição

A alimentação saudável e equilibrada é essencial na prevenção e controle de doenças. Ela deve conter alimentos capazes de fornecer quantidades adequadas de nutrientes (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras e água). Nosso organismo necessita de todos eles, porém como não são encontrados em um único alimento, devemos consumir uma alimentação balanceada e variada. Tanto a falta como o excesso de um ou mais nutrientes pode causar um desequilíbrio do organismo e problemas com a saúde.

Os alimentos são divididos em 3 grandes grupos:

1) Alimentos Construtores – constroem e reparam o nosso corpo e são importantes para o crescimento.

Nutrientes – Proteínas, Vitaminas A, D, E, K e complexo B, Minerais (cálcio, sódio, ferro, fósforo e iodo)

Alimentos – Carne bovina, peixe, frango, ovos, feijão, soja, leite e derivados e miúdos.

2) Alimentos Reguladores – regulam as funções do nosso organismo e participam na sua formação. Previnem doenças e fornecem fibras que são importantes para regular as funções intestinais.

Nutrientes – Minerais (cálcio, ferro, fósforo, vitaminas (A, B1, B2, Niacina, C e D)

Alimentos – Água, verduras, legumes e frutas

3) Alimentos Energéticos – fornecem energia para que possamos trabalhar, correr, andar e outras atividades.

Nutrientes – carboidratos e gorduras

Alimentos – arroz, milho, macarrão, bolacha, pão, açúcar, óleos, margarina e trigo

Para conseguir uma alimentação balanceada deve-se consumir em cada refeição, no mínimo um alimento de cada grupo. Segue exemplo de uma refeição (almoço ou jantar para uma dieta de 2000kcal/dia.

Dicas de Alimentação saudável

- Faça das refeições momentos agradáveis e tenha horário fixo para as mesmas. Prefira alimentos caseiros e evite os industrializados.
- Coma devagar, mastigando e saboreando os alimentos, essas ações ajudam na digestão e saciedade .
- Realize pelo menos 6 refeições ao dia – café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia.
- Consuma diariamente verduras e legumes, frutas e alimentos com fibras.
- Reduza o consumo de açúcares e gorduras.
- Reduza ao máximo o consumo de sal.

Recomendação: 5g/dia ou uma colher de chá/dia.

- Evite tomar líquidos durante as refeições.

- Importante manter diariamente uma boa ingestão de água – 8 a 10 copos de água / dia.
- Prefira o uso de óleos vegetais para o preparo dos alimentos. Evite uso de gorduras animais para o preparo.

Recomendação: 1 lata de óleo vegetal/mês para 4 pessoas.

- Evite frituras, prefira alimentos assados, grelhados e cozidos
- Evite abusos durante as refeições e pratique regularmente atividade física

Recomendação: atividade física 3 vezes por semana durante 30 minutos

Dicas de Compra e Conservação dos alimentos

Consumir sempre os alimentos da estação, assim é possível combinar maior qualidade e menor preço. Segue tabela para orientação:

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
ALHO	CEBOLINHA	CAQUI	JACA	ABACATE	BATATA-DOCE
BATATA	FIGO	MAÇÃ	PÊRA	BERINJELA	MANDIOCA
CHICÓRIA	GOIABA	PEPINO	CHUCHU	CARÁ	GENGIBRE
COCO	LIMÃO		MOYASHI	JILÓ	TANGERINA
MILHO	MOSTARDA			MARAGUJÁ	
NABO	PIMENTÃO				
TOMATE	QUIABO				
UVA					
JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ERVA-DOCE	ACELGA	ABÓBORA	ALCACHOFRA	ALMEIRÃO	ABACAXI
ERVILHA	MANDIOQUINHA	COUVE-FLOR	AGRIÃO	BETERRABA	AMEIXA
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
INHAME	MORANGO	ESCAROLA	ALFACE	MANGA	CEBOLA
LARANJA	RABANETE		CENOURA	NECTARINA	MELANCIA
			BRÓCOLIS	PÊSSEGO	
			ESPINAFRE	VAGEM	
			MAMÃO		
			REPOLHO		

- Verduras, legumes e frutas devem ser guardados nas gavetas da parte de baixo da geladeira após terem sido lavados em água corrente.
- Carnes devem ser colocadas na parte superior da geladeira. Caso estejam congeladas, descongelar dentro da geladeira ou do forno, mas **nunca** diretamente dentro da água ou fora da geladeira

Recomendação: Uma vez descongeladas, as carnes não podem ser congeladas novamente

- Leite e derivados também devem ser colocados na parte superior da geladeira.
- Produtos enlatados, após abertos, devem ser acondicionados em recipientes de vidro com tampa (as latas enferrujam danificando os produtos) e serem guardados na geladeira.
- Durante o verão os alimentos estragam com mais facilidade, portanto evitar que os alimentos refrigerados fiquem longos períodos expostos à temperatura ambiente.

Recomendação: Muito importante verificar e obedecer ao prazo de validade dos alimentos.

Dicas para evitar a Infecção Alimentar

- Todas as embalagens dos produtos de supermercado devem ser lavadas com água e sabão antes da abertura
- Nunca consumir quaisquer tipos de carnes cruas ou mal passadas (quibes crus, carne de sol, carpaccio, comida japonesa, bem como frutos do mar crus.
- Ovos não devem ser consumidos crus nem fazer parte de preparações caseiras de maionese, gemadas, claras em neve. A casca deve ser lavada com água e sabão antes do consumo.
- Somente consumir água tratada e filtrada. Caso não possua filtro, aquecer a água por cerca de 2 minutos após fervura e acrescentar

hipoclorito de sódio nas devidas proporções

Recomendação: O hipoclorito de sódio é fornecido pela rede básica de saúde pelos postos de saúde.

- Hortaliças e frutas devem estar frescas e serem bem lavadas; os vegetais folhosos, folha a folha, e os legumes e frutas, um a um, retirando as partes estragadas antes do consumo. Devem passar por processo de desinfecção caseira, sendo deixados de “molho” em água clorada por no mínimo 15 minutos, serem enxaguados com água tratada corrente.
- Evitar o uso de utensílios culinários de madeira (tábuas, colheres e etc.).

Recomendações Gerais para Alimentação com pouco sal

- Prefira os alimentos naturais aos industrializados
- Usar o mínimo possível de sal no preparo – o ideal seria utilizar 2g/dia, ou seja, 2 colheres de chá/dia pelo menos até 3 a 6 meses após transplante
- Reduza gradualmente a quantidade de sal em suas refeições para que dê tempo de você se acostumar ao sabor.
- Modifique suas receitas utilizando ervas frescas e aromatizantes

Use sua criatividade!!!

Recomendações Nutricionais Gerais para pacientes transplantados

Após o transplante é necessário praticar hábitos alimentares, optando por uma nutrição adequada e saudável por toda a vida, controlando o seu peso. De modo geral, você deverá diminuir o consumo de óleos, colesterol, açúcares e sal, por outro lado, deve-se aumentar o consumo de alimentos ricos em fibra, cálcio e magnésio. Caso seja necessário, deverá haver um controle de potássio e ácido úrico.

- **Colesterol:** Mais de 40% dos transplantados de fígado tem um aumento dos níveis de colesterol e triglicérides no sangue, o que pode causar doenças cardíacas e renais. Outro problema é o aumento de peso devido à falta de atividade física e uso de alguns medicamentos, desenvolvendo assim, a obesidade. Uma alimentação baixa em gorduras pode ser a melhor forma de preveni-la.

ALIMENTOS COM GRANDE QUANTIDADE DE COLESTEROL QUE DEVEM SER EVITADOS

Carnes:

Bovina: cupim, costela, picanha, bisteca, miúdos.

Aves: coxa, miúdos, cortes com pele.

Suína: leitoa, pernil, costela, toucinho, torresmo.

Pescados: sardinha em conserva, bacalhau, cavala, arenque, cação, bagre, anchova.

Embutidos e frios: linguiça de porco, salame, presunto cru, aprensutado, mortadela, salsicha.

Leite e derivados: leite e iogurte integral, creme de leite, chantily, queijos (brie, cheddar, parmesão, roquefort, mozzarella, curados e frescos).

Os queijos mais ricos em gordura são identificados pela cor amarela e por serem cremosos.

Óleos e gorduras: todos os produtos de origem animal

Os óleos de origem de vegetal não têm colesterol, mas possuem altos teores de gorduras saturadas

Diversos: gema de ovo, caldo de carne em cubos, caldo de carne concentrado, carne seca, patê de fígado, rabada e rosbife.

Recomendações: Usar carnes com menor teor de colesterol como: coelho, pato, rã, vitela, carneiro e peru

- **Açúcares:** Após o transplante são utilizadas altas doses de corticóides que podem afetar a forma do organismo utilizar os açúcares, aumentando suas taxas no sangue. Caso esse aumento, a longo prazo, se torne um problema, é possível ser indicada dietas para diabéticos. Portanto, reduza ou elimine o consumo de doces e açúcares, como, por exemplo: açúcar refinado, cristal ou mascavo, xarope de milho, doces caseiros ou industrializados, chocolates, sorvetes, balas, biscoitos recheados, mel, geléia e refrigerantes.
- **Sal / Sódio:** As palavras sal e sódio normalmente são usados como se fossem a mesma coisa, mas, na verdade, o sal de cozinha é uma substância chamada cloreto de sódio. Uma colher de chá contém cerca de 2,3g de sódio, sendo que a quantidade diária necessária é de cerca de 0,5g. Os alimentos já contêm sódio naturalmente, mesmo que não tenham o sabor salgado, portanto, deve-se tomar muito cuidado no sal de cozinha que será adicionado às preparações.

Um consumo exagerado de sal pode causar pressão alta, piora das funções do coração/pulmão e osteoporose. O sal age no corpo humano como se fosse uma esponja retendo água nos tecidos, provocando os

edemas (inchaços) e ascite (barriga d'agua). O uso de corticóides e ciclosporinas também podem produzir retenção de água, portanto é importante reduzir o consumo de sal para poder evitar todas estas complicações. Alguns alimentos, além do sal de cozinha, são ricos em sódio, veja na próxima tabela quais são eles e quais são suas substituições:

ALIMENTOS	RECOMENDADOS	NÃO RECOMENDADOS
Carnes em geral e derivados	Carnes magras patinho, coxão mole e duro, alcatra, lagarto, músculo, maminha e etc.	Carnes processadas – hambúrguer, quibe, nuggets e almôndegas), carne seca, chouriço, extratos e caldo de carnes.
Aves	Frango, peru e chester sem pele.	Patês, extrato e caldo de galinha.
Pescados	Peixes frescos sem pele.	Peixes enlatados, defumados e bacalhau.
Leite e derivados	Leite e iogurte desnatado, queijo branco e ricota sem sal.	Leite e iogurte integral, queijos amarelos e curados (parmesão, mozzarella, prato e etc.), cremosos, manteiga com sal.
Frios e embutidos		Salame, linguiça, salsicha, mortadela, presunto, apresentado, copa etc.

Temperos e molhos	Alho, cebola, cheiro verde, açafrão, manjeriço, louro, alecrim, sálvia, orégano, gengibre, gergelim, páprica etc.	Temperos prontos, amaciantes de carne, glutamato de sódio, mostarda, catchup, molhos. prontos, maionese etc.
Conservas e enlatados		Picles, azeitona, aspargos, palmito, ervilha, milho, extrato e molho de tomate.
Diversos	Frutas, verduras e legumes.	Sopas desidratadas, sal marinho, salgadinhos industrializados, bolachas, pão de queijo, pizza e etc.
Bebidas	Água, sucos de naturais e chá de ervas.	Refrigerantes em geral, bebidas energéticas, sucos artificiais, bebidas alcoólicas e etc.

OBS: Alguns medicamentos podem ser fontes ocultas de sódio, como: sais efervescentes, laxantes e analgésicos.

- **Potássio:** É um elemento fundamental para o funcionamento dos músculos de todo nosso corpo, inclusive os do coração. Ele mantém o conteúdo de líquido nas células e auxilia na função nervosa. Os rins são os órgãos que eliminam o excesso desse elemento, portanto, se houver alguma insuficiência renal, isso não poderá ser feito, ocasionando em complicações na atividade muscular, como fraqueza ou câimbras. Em transplantados há muitas razões para trocas dos níveis de potássio:

Níveis altos de potássio:

- Diabetes

- Falência dos rins
- Diuréticos
- Transfusão de sangue
- Medicamentos: ciclosporina e Tacrolimus **Níveis baixos de potássio:**
- Vômitos prolongados
- Diarreia
- Uso prolongado de diuréticos
- Tratamento com insulina

PRINCIPAIS FONTES DE POTÁSSIO

Damasco, ameixa, uva, figo, melão, banana, mamão, laranja, pêssego, pêra, maracujá, abacate, abacaxi

Hortaliças, tomate, batata, abóbora, acelga, cenoura, couve, aipo, almeirão, beterraba, chuchu, escarola, rabanete, espinafre, mandioca

Diversos: café, feijão, soja, grão de bico, lentilha, massa de tomate, peixes, cereais integrais, cogumelos

- **Fibras:** Uma alimentação com alto conteúdo de fibras é muito importante para o nosso organismo. Elas mantêm o bom funcionamento dos intestinos, ajuda na eliminação do colesterol através das fezes e, conseqüentemente, diminuição dos níveis de colesterol sanguíneo. Pode ajudar na redução do açúcar do sangue, baixando os níveis de glicemia.

ALIMENTOS RICOS EM FIBRAS

Farelo de cereais, grãos integrais, leguminosas, sementes, frutas com casca e hortaliças.

- **Cálcio:** Este mineral é essencial para a construção e manutenção dos ossos e dentes. Se sua alimentação é pobre em cálcio, com o tempo você pode desenvolver uma doença chamada osteoporose. Somando-se ao baixo consumo de alimentos que contém cálcio, outros fatores podem dificultar sua absorção, como: fumo, álcool, sal e proteína em excesso, idade avançada, falta de atividade física e menopausa.

ALIMENTOS RICOS EM CÁLCIO

Leite em pó desnatado, iogurte desnatado, farinha de peixe, casca de ovo em pó, leite e derivados, peixes, cereais, sementes

- **Magnésio:** Este mineral encontra-se nos ossos, sangue e músculos e sua função é liberar energia durante a digestão dos alimentos. Contribui também para o relaxamento dos músculos para prevenção de cáries e manutenção do cálcio no esmalte dos dentes

Fatores que podem causar baixos níveis de magnésio:

- Diuréticos
- Ciclosporinas e Tacrolimus
- Vômitos e diarreia

ALIMENTOS RICOS EM MAGNÉSIO

Leite, cereais e vegetais que oferecem 2/3 do teor diário necessário:
 frutas, hortaliças e leguminosas: abacate, figo seco, uva passa, banana, cacau, tâmara, quiabo, beterraba, berinjela, batata, couve, espinafre, milho, leguminosas e derivados:
 cereais, gérmen de trigo, aveia, cevada, farinhas, arroz integral, nozes e sementes: nozes, amêndoa, amendoim, avelã, castanhas, pistache, semente de abóbora.
 Diversos: peixes, melado, produtos de soja, frutos do mar, chocolate.

- **Ácido Úrico:** No decorrer de sua recuperação, você pode apresentar sintomas de “gota”, com aumento de ácido úrico, sendo necessário também fazer uma dieta nesses casos. A dieta precisa principalmente ser baixa em gorduras e moderada em proteínas.

ALIMENTOS TOTALMENTE RESTRITOS

Patê de fígado, caldos e molhos de carne, coração, frutos do mar, peixes e embutido.

ALIMENTOS PARCIALMENTE RESTRITOS

Aves, carnes, leguminosas

Você deve cuidar de sua alimentação e dos eu estado nutricional, pois esta é uma tarefa tão importante quanto tomar seus medicamentos nos horários corretos e comparecer as consultas....

Direitos Sociais

- **Tratamento Fora do Domicílio:** Instituído através da portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), para garantir, tratamento médico aos pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS, portadores de doenças que exigem procedimentos de alta e média complexidade que não são tratáveis no município de origem. O benefício pode ser estendido ao acompanhante que deverá ser membro da família em pleno gozo da saúde, maior de 18 anos e menor de 60 anos.
- **Previdência Social:** é um seguro que o brasileiro paga para ter renda no momento que para de trabalhar. A renda transferida pela Previdência Social substitui a renda do trabalhador contribuinte quando ele perde a capacidade para o trabalho, seja por doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e reclusão. Você se torna um SEGURADO e terá direito aos benefícios oferecidos pela Previdência por meio do INSS a partir do momento que realiza suas contribuições para a Instituição.
- **Portaria 2998 de 23 de agosto de 2001:** direito a pacientes portadores de doenças específicas, inclusive hepatopatias graves, de isentar a exigência de carência para concessão de auxílio-doença ou aposentadoria aos segurados.

- **Portaria de regulamenta o Transplante:** Resolução SS-SP de 13/08/2010: Estrutura organizacional e operacional do Sistema de Transplantes do Estado.

Informações – Telefones do Ambulatório de Transplante Hepático

- Enfª Luciana / Simey – 07:00hs às 15:30hs (19) 3521-8582
- Assist. Social Cristina – 07:00hs às 13:00hs (19) 3521-8579
- Psicóloga Isabel – 07:00hs às 13:10hs (19) 3521-8581
- Fisioterapeuta Áurea – 08:30hs às 14:30hs (19) 3521-8581
- Recepção Deusa – 08:30hs às 17:30hs (19) 3521-8578
- Enfermaria de Gastrocirurgia (19) 3521-7405

5. Referências

1. Massarollo MCKB, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de Transplante de Fígado de um hospital público. Rev. Latino - Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 66-72, agosto 2000.
2. Soriano A. Evaluacion de riesgo quirúrgico: contraindicaciones generales. In: Lopéz EV, Penardo CB, Pérez FP. (Eds.). Curso de actualizacion em transplante hepático. Madrid: Fujisawa, 1998. p. 115-26.
3. Moore KA, McL Jones R, Burrows GD. Quality of life and cognitive function of liver transplant patients: A prospective study. Liver Transpl 2000; 6: 633-42.
4. Belle SU, Porayko MK, Hoofnagle JH, Lake JR, Zetterman RK. Changes in quality of life after liver transplantation among adults. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney diseases (NIDDK) Liver Transplantation Database (LTD). Liver Transpl Surg 1997; 3:93 - 104.
5. Aberg F, Rissanem AM, Sintonen H, Roine RP, Hockerstedt K, Isoniemi H. Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. Liver Transpl 2009; 15(1): 64-72.
6. Sasso KD, Galvão CM, Castro-e-Silva Jr O, França AVC. Transplante de Fígado: Resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. Rev Latino - Am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13 (4): 481-8.
7. Cerezo MCM, Simón CS, Muñoz MP, Romanillos MTA, AgustíIT, Canales PB. Estudio del proceso educativo en el paciente con trasplante hepático. Enf. intensiva 2001; 12 (2): 58-65.
8. Pacheco L. Transplante de Fígado no Brasil. Rev. Col. Bras. Cir. 2016; 43 (4): 223-224.

9. Pereira WA, Galazzi JF, Lima AS, Andrade MAC. Transplante de Fígado. In: Pereira WA, organizador. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 2ªed. Rio de Janeiro(RJ): Medsi; 2000. p.203-37.
10. Hospital de Clínicas –HC - UNICAMP (Homepage na internet). Notícia veiculada no dia 26/09/2016. HC comemora 25 anos de transplantes hepáticos. Acesso dia 12/06/2017. Disponível em: <https://www.hc.unicamp.br/node/1027>.
11. Leonardi LS, Boin IFSI, Leonardi MI. Indicações e resultados do transplante hepático em adultos. Arq. Gastroenterol 1998; 35 (3): 198-206.
12. Younossi ZM, McCormick PriceLL, Boparai N, Farquhar L, Henderson JM. Impact of liver transplantation on health-related quality of life. Liver Transplantation 2000 Nov; 6 (6): 779-783.
13. Boin IFSF, Leonardi MI, Pinto AO, Leme RSR, Udo EY, Leonardi SL. Mortalidade em lista de espera para candidatos a transplante de fígado comparando-se a classificação de CHILD e o escore de MELD no período de um ano. J Brás Transpl 2003; 6: 217-220.
14. (Brasil) Portaria nº1160 de 29 de maio de 2006. Brasília (DF); Publicado no Diário Oficial da União; 31 de maio de 2006.
15. Udo EY, Boin IFSF, Biella S, Leonardi SL. Perfil socioeconômico dos receptores de fígado: Correlação com aderência ao programa de transplante Hepático. J Brás Transpl 2001 maio-ago; 4 (2): 35-39.
16. Ohler L. Educating patients and families about solid organ transplantation. Prog. Transplant 2000; 10 (3): 138-140.
17. Mies S. Transplante de Fígado. Artigo de Revisão. Unidade de Fígado - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo, São Paulo, SP.Rev. Assoc. Med. Bras.vol.44 n.2 São Paulo Apr/Jun1998.

18. Lazzaretti CT, Parolin MB, Matias JEF, Coelho JCU. Qualidade de vida em adultos após transplante hepático. J Bras Transpl 2004; 7 (3): 146-148.
19. Parolin MB, Coelho JCU, Costa PB, Pimentel SK, Santos-Neto LE, Vayego AS. Retorno ao trabalho de paciente adultos submetidos à transplante de Fígado. Arq Gastroenterol julho-setembro 2001; 38 (3): 172-175.
20. (BRASIL). Portal Ministério da Saúde (Homepage na internet). Legislação sobre o sistema nacional de transplante[periódico online] 2008. Acesso dia 10/06/2017. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.
21. EBC. Agência Brasil (Homepage na internet). Notícia veiculada no dia 23/08/2016. Cresce taxa de doadores efetivos de órgãos mais ainda está longe do ideal. Acesso dia 10/06/2017. Disponível em : <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/cresce-taxa-de-doadores-efetivos-de-orgaos-mas-ainda-esta-longo-do-ideal>.
22. Marandola PG, Matos SS, De Mattia AL, Rocha AM, Silva JS, Resende MKB. Consulta de enfermagem ao paciente em pré-transplante de fígado: Elaboração de um protocolo. RECOM 28, jun. 2011.
23. Felício HCC. Family members, Transplantation Candidates, and Patients who underwent liver transplantation information about the procedure. Transplantation Proceedings, 48, 2323 –2327 (2016).
24. Dindzans VJ, Schade RR, Gavalier JS. Liver transplantation: A primer for practicing gastroenterologists, Part I. Dig Dis Sci 1989; 34 (1): 2-8.
25. Nobrega RT, Lucena MM. Para além do transplante hepático: Explorando

a adesão ao tratamento. *Estud. Pesqui. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.965-982, dez. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18084281201100030014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 jun. 2017.

26. Dąbrowska-Bendera M, Michałowicz B, Pączek L. Assessment of the Quality of Life in Patients After Liver Transplantation as an Important Part of Treatment Results. *Transplantation Proceedings*, 48, 1697 e 1702 (2016).
27. Huda A, Newcomer R, Harrington C, Keefe EB, Esquivela CO. Employment After Liver Transplantation: A Review. *Transplantation Proceedings*, 47, 233 e 239 (2015).
28. OMS - Organização Mundial da Saúde (Homepage na internet). Adherence to long-term therapies- evidence for action, 2003. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.