



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

Carvalhêdo Fragoso, Luciana Vlândia; Gimeniz Galvão, Marli Teresinha; Afio Caetano,
Joselany

Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 1, julho, 2010, pp. 29-38

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239960004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy

Care for liver transplantation patients with reference to Roy's theory

Cuidado del paciente de trasplante hepático a la luz del referencial teórico de Roy

Luciana Vlória Carvalhêdo Fragoso*

Marli Teresinha Gimeniz Galvão**

Joselany Afio Caetano***

Resumo

O estudo objectivou descrever a sistematização da assistência de enfermagem a um portador de transplante hepático, segundo a teoria de adaptação de Roy, no modo fisiológico. O estudo de caso foi realizado num hospital universitário da Fortaleza/CE, de Outubro a Dezembro de 2008. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, observação e exame físico. A avaliação dos comportamentos e estímulos possibilitou a elaboração dos seguintes diagnósticos de enfermagem: padrão respiratório ineficaz, nutrição desequilibrada – menor do que as necessidades corporais, constipação, mobilidade física prejudicada, déficit no auto cuidado para banho/higiene, volume de líquido deficiente, protecção ineficaz, risco de infecção, integridade da pele prejudicada, memória prejudicada, padrão de sexualidade ineficaz. As principais intervenções de enfermagem para os diagnósticos levantados são: administração de analgésicos, monitorização hídrica e nutricional, cuidados com lesão, protecção contra infecção, controle hídrico, educação para saúde e escutar activamente. O processo de enfermagem de Roy proporcionou a identificação de estímulos que desencadearam respostas positivas ou negativas, cabendo ao enfermeiro actuar como mediador, visando a melhoria da assistência prestada ao paciente submetido a transplante hepático.

Palavras-chave: teoria de enfermagem; transplante de fígado; teoria de adaptação de Roy; diagnóstico de enfermagem.

Abstract

The aim of the study was to describe the systemization of nursing care for a liver transplantation patient, in line with the physiological mode of Roy's adaptation theory. The case study was performed at a university hospital in Fortaleza/CE, Brazil, from October to December 2008. Semi-structured interviews, observation and physical examination were used. After assessing behaviors and stimuli, the following nursing diagnoses could be elaborated: ineffective breathing pattern, imbalanced nutrition – less than body requirements, constipation, impaired physical mobility, self-care deficit for bathing/hygiene, deficient fluid volume, ineffective protection, risk for infection, impaired skin integrity, impaired memory, ineffective sexuality pattern. The main nursing interventions for the identified diagnoses are: administration of analgesics, hydration and nutritional monitoring, injury care, protection against infection, hydration control, health education and active listening. Roy's nursing process permitted the identification of stimuli that gave rise to positive or negative responses, in which the nurse should act as a mediator, with a view to improving care delivery to liver transplantation patients.

Keywords: nursing theory; liver transplantation; Roy adaptation theory; nursing diagnoses.

* Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Ceará.

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do departamento de Enfermagem da UFC.

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFC [joselany@ufc.br]

Resumen

Se ha pretendido en este estudio describir la sistematización de los cuidados de enfermería a un paciente de trasplante hepático de acuerdo con la teoría de adaptación de Roy, en el modo fisiológico. El estudio de caso se llevó a cabo en un hospital universitario de Fortaleza/CE, de octubre a diciembre de 2008. Se utilizaron la entrevista semiestructurada, la observación y el examen físico. La evaluación de los comportamientos y los estímulos permitió la elaboración de los siguientes diagnósticos de enfermería: patrón respiratorio ineficaz, nutrición desequilibrada - inferior a las capacidades corporales, estreñimiento, movilidad física comprometida, déficit en el autocuidado para el baño/higiene, volumen de líquido insuficiente, falta de protección, riesgo de infección, la integridad de la piel perjudicada, memoria deteriorada, patrón de sexualidad ineficaz. Las intervenciones principales de enfermería teniendo en cuenta los diagnósticos planteados son administración de analgésicos, monitorización hídrica y nutricional, precauciones con la lesión, protección contra las infecciones, control hídrico, educación para la salud y escucha activa. El proceso de enfermería de Roy permitió la identificación de los estímulos que desencadenaron respuestas positivas o negativas, debiendo el enfermo actuar como mediador, para mejorar la atención prestada al paciente sometido a trasplante hepático.

Palabras clave: teoría de enfermería; trasplante de hígado; teoría de adaptación de Roy; diagnóstico de enfermería.

Recebido para publicação em: 08.09.09

Aceite para publicação em: 30.03.10

Introdução

Desde 1983, os transplantes passaram a ser considerados opção terapêutica e curativa para muitas doenças antes consideradas terminais, havendo então uma expansão dessa actividade em todo o mundo (Duarte *et al.*, 2004; Starzl, 2005). Actualmente, em centros de referência e excelência de vários países, realizam-se com sucesso transplantes de órgãos e tecidos, tais como: rim, fígado, pâncreas e ilhotas pancreáticas, intestinos, coração, pulmão, medula óssea, córnea, ossos, tecidos musculo esquelético e cutâneo.

O Registo Brasileiro de Transplantes (RBT, 2006) mostrou que, até Dezembro de 2006, somente nos cinco estados brasileiros com a maior lista de espera do país, existiam 27364 pacientes aguardando um transplante de coração, de fígado ou de rim. E desses, 6414 (23,4%) esperavam por um fígado.

O transplante de fígado é uma modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal de um paciente com doença hepática. É utilizado como recurso para os pacientes portadores de lesão hepática irreversível, quando mais nenhuma outra forma de tratamento se encontra disponível.

É importante entender também que a existência de uma doença de base crónica de longa duração, o estado nutricional comprometido pela deficiência da função metabólica do fígado, a síndrome hepatorenal, as alterações cardiovasculares e respiratórias, a icterícia e o prurido generalizado, a ascite intratável e o risco aumentado para infecções são condições peculiares nesses casos. Para receber então um enxerto hepático, o paciente é submetido a uma intervenção cirúrgica de grande porte que demanda, em geral, um pós-operatório imediato em terapia intensiva. Como parte do tratamento pós-transplante, o paciente usa imunossuppressores para prevenir a rejeição do novo órgão, o que, consequentemente, o expõe a um risco maior de adquirir infecções graves. Na fase de convalescença, além da reabilitação física do trauma anestésico-cirúrgico, o paciente vivencia o medo e o receio da saída do hospital, por ter de reassumir o auto cuidado, passar pelo processo de readaptação familiar e à vida sociolaborativa pós-transplante. Consequentemente, este é um paciente de complexa demanda assistencial multiprofissional e, em particular, de enfermagem (Duarte *et al.*, 2004). Esses pacientes, de forma geral, apresentam uma gama complexa de

características e complicações, envolvendo aspectos desde os relativos à esfera biológica, até problemas psicológicos, sociais e económicos.

Nesse sentido, são pacientes que tendem a ficar mais sensíveis e vulneráveis aos estímulos provocados pela situação de pós-transplantados, muitas vezes interferindo na promoção de uma resposta eficaz diante desses estímulos, o que contribui de forma negativa para a sua adaptação. Então, cabe ao enfermeiro planejar a assistência integral a esses pacientes, de forma ordenada e científica, utilizando o Processo de Enfermagem, com base no Modelo de Adaptação de Roy, pois o transplante hepático gera estímulos exigindo do portador uma resposta, que poderá ser tanto adaptativa como ineficaz.

A escolha por estudar a sistematização da assistência de enfermagem em paciente submetido a transplante hepático deu-se por alguns motivos. Em primeiro lugar, devido à nossa afinidade com essa especialidade em enfermagem cirúrgica, desde a graduação. Posteriormente, a experiência desenvolvida ao longo de anos em cuidar dos pacientes adultos de cirurgia geral. Também pelo facto de trabalharmos num hospital referência, no nordeste, em transplante hepático. Dessa forma, o objectivo deste estudo foi descrever a sistematização da assistência de enfermagem a um portador de transplante hepático, com base no referencial teórico de Roy.

A partir deste estudo é possível delimitar o perfil das necessidades desse grupo de pacientes e, dessa forma, facilitar o direccionamento global das intervenções de enfermagem.

Referencial Teórico

O modelo de Adaptação de Sister Callista Roy apresenta quatro conceitos essenciais: a pessoa receptora do cuidado, o ambiente, a saúde e a meta de enfermagem.

A pessoa é o receptor do cuidado de enfermagem e pode tratar-se de um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. Roy entende a pessoa como um sistema que troca informações com o seu meio constantemente, o que provoca mudanças internas e externas no mesmo. Mas há a necessidade, diante dessas transformações, de se adaptar continuamente a fim de manter a sua

integridade. Ou seja, a pessoa é um sistema aberto denominado de “sistema de adaptação” (Roy, 1991).

O ambiente é o mundo interno e aquele ao redor da pessoa. Os sistemas humanos interagem com as mudanças ambientais, de onde resultam respostas adaptativas a esse ambiente. A saúde depende da adaptação da pessoa a um ambiente que está constantemente em mudança, levando-a a precisar ser uma pessoa integrada, com habilidade de alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle (Roy, 1991).

A meta de enfermagem é promover respostas eficazes nos quatro modos adaptativos e as nossas actividades devem promover reacções adaptativas nas situações de saúde e doença. O enfermeiro deve saber manejar os estímulos focais, contextuais e residuais do seu cliente. A assistência de enfermagem vai estar centrada na condição da pessoa, nos estímulos focais, contextuais, residuais e na promoção da reacção adaptativa. Os estímulos focais dizem respeito ao problema central causador de mudanças no indivíduo; os estímulos contextuais são os sinais e sintomas que podem ser mensuráveis, observáveis e relatados pelo sujeito; e os estímulos residuais são condições significativas para a situação do indivíduo, mas que não são mensuráveis (Galbreath, 1993).

O sistema adaptativo da pessoa tem entradas (estímulo = *input*), que são reguladas pelos estímulos provenientes externa ou internamente ao indivíduo, provocando respostas que o levarão a adaptar-se ou não. O nível de adaptação irá depender de cada indivíduo, ou seja, dependerá dos seus mecanismos de enfrentamento. E o sistema adaptativo também possui respostas (comportamento = *output*), que são as maneiras como o indivíduo se comporta, como responde a determinado estímulo. Ele poderá responder de forma adaptativa ou ineficaz (Roy, 1991).

Os mecanismos de enfrentamento utilizados para adaptar-se são o regulador, que envolve transmissores químicos, neuronais ou endócrinos e o cognoscente que envolve percepções, julgamento e emoções. Quanto mais desenvolvidos esses sistemas de enfrentamento, melhor será a resposta adaptativa do indivíduo aos estímulos. Esses mecanismos podem ser inatos, ou seja, automáticos, não necessitando do raciocínio lógico. Por exemplo, no reflexo à dor, ao sentir a picada de uma agulha no dedo, imediatamente se puxa o dedo. Ou então, pode ser um mecanismo

adquirido, que representa as respostas apreendidas com o tempo (Roy, 1991).

Os mecanismos regulador e cognoscente agem nos modos adaptativos que envolvem a função fisiológica, o auto conceito, a função do papel e a interdependência. O modo fisiológico relaciona-se às cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação; nutrição; eliminação; actividade e descanso; integridade da pele; sentido; fluidos e electrólitos; função neurológica e endócrina. O modo de auto conceito ou de identidade grupal é um modo psicossocial que se refere ao conceito que a pessoa/grupo tem sobre si; ou seja, é o nosso eu. O modo de interdependência é definido como relações estreitas entre as pessoas. Essas relações envolvem o querer e as habilidades de amar, respeitar e valorizar os outros. É um modo social, porque suas necessidades são satisfeitas pelas relações sociais. O modo de desempenho de papel é outro dos modos psicossociais, que focaliza especificamente os papéis que a pessoa ocupa na sociedade e seu desempenho (Galbreath, 1993).

Esses quatro modos são os que sofrem influência dos estímulos internos e externos, promovendo uma resposta eficaz ou não. São estes os efetadores dos mecanismos de enfrentamento.

As respostas a esses estímulos são chamadas de adaptativas positivas, quando favorecem a integridade das pessoas quanto à sobrevivência, crescimento e reprodução, ou negativas, quando não contribuem para isso.

De acordo com a teorista, a função do enfermeiro, nessas situações, é promover a adaptação positiva do paciente, devendo, para isso, desenvolver duas acções: avaliação e intervenção. Na avaliação, o enfermeiro identificará as situações-problema e seus respectivos estímulos; na intervenção, ele manipulará esses estímulos de modo a eliminá-los, fazendo com que a pessoa se adapte a eles.

Metodologia

Desenvolveu-se pesquisa convergente assistencial (PCA) do tipo qualitativa, mediante a descrição de um caso de um paciente submetido ao transplante hepático. A PCA articula o exercício profissional com o conhecimento teórico e formula temas de investigação a partir da necessidade emergida do contexto da prática (Trentini, Paim, 2004). Já o modelo

estudo de caso é descrito como sendo a pesquisa que proporciona uma visão geral sobre determinado facto.

Dessa forma, o estudo tem como foco descrever o cuidado de enfermagem desenvolvido no pós-operatório imediato, até o 15º dia, com um portador de transplante hepático internado na unidade de terapia intensiva de uma instituição de referência, em Fortaleza, Estado do Ceará/Brasil, durante o quarto trimestre de 2008.

O processo de enfermagem de Roy está constituído por seis etapas, considerando-se a promoção de adaptação. São elas: a) investigação comportamental – que é a colheita de respostas da pessoa em relação aos quatro modos adaptativos; b) investigação do estímulo – que significa identificar, após os dados colhidos, quais os estímulos focais, contextuais e residuais que impactam o cliente; c) diagnósticos de enfermagem – que são os problemas encontrados dentro dos modos adaptativos; d) estabelecimento de metas – referindo-se aos comportamentos que devem ser atingidos pelo cliente; e) intervenção – afim de controlar ou alterar os estímulos focais; e finalmente f) avaliação – que trata do alcance das metas (Roy, 1991).

No presente estudo, para a colheita de dados, empregou-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática, fundamentada e adaptada à Teoria de Adaptação de Roy, no modo fisiológico. E para a apresentação dos dados descrevem-se duas visitas hospitalares, durante as quais foi reforçado o tratamento vigente e enfatizada a necessidade da avaliação do órgão transplantado, ao longo da vida. As visitas descritas referem-se, respectivamente, ao

primeiro e sétimo dia após o transplante.

Assim, após a interacção inicial e a investigação comportamental, com enfoque no modo fisiológico e na realização do exame físico, procedemos à análise e à síntese dos dados colhidos e identificação dos diagnósticos de enfermagem, com base na taxonomia da NANDA II (NANDA, 2006). Seguindo, então, com o estabelecimento das metas e a intervenção, que foi identificada de acordo com a Nursing Interventions Classification (NIC) (McCloskey, Bulechek; 2004), a fim de controlar ou alterar os estímulos focais. E, por fim, foi realizada a avaliação.

Em observância ao previsto na legislação relativa aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos – Resolução n. 196/96 (Brasil, 1996), que trata da pesquisa com seres humanos, foi obtido, por escrito, o consentimento para participação. O que assegura o anonimato do entrevistado, resguardando-lhe o direito, inclusive, de não concluir o estudo, se assim o desejasse. No primeiro encontro foi explicado o objectivo do estudo, que procedimentos seriam desenvolvidos e sua finalidade.

Resultados

Os resultados estão descritos mediante: apresentação do caso; exame físico no pós-operatório imediato; avaliação do cliente no pós-operatório (PO), no 1º e no 7º dia. No Quadro 1 regista-se a proposta da assistência de enfermagem, a partir do modelo de adaptação de Callista Roy, no modo fisiológico, estímulo, diagnósticos de enfermagem e intervenções.

QUADRO 1 - Assistência de enfermagem ao portador de transplante hepático, a partir do modelo de adaptação de Callista Roy, no modo fisiológico. Fortaleza, 2008

Modo de adaptação Fisiológico	Estímulo	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções (NIC)
Oxigenação	Focal: dor em decorrência do procedimento cirúrgico e dependência de broncodilatadores. Contextual: incisão cirúrgica de grande porte; e não ter ao alcance os broncodilatadores de uso pessoal. Residual: História de distúrbio pulmonar obstrutivo crónico	Padrão respiratório ineficaz relacionado à dor e ansiedade, caracterizado por dispneia	Posicionamento; administração de analgésicos; Monitorização de sinais vitais

Nutrição	Focal: ruídos hidroaéreos hipoactivos. Contextual: restrição de movimentos; abdómen globoso e não ter desejo de comer; Residual: uso de opiáceos.	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada à incapacidade para ingerir comida e absorver nutrientes, causada por factores biológicos relacionados a ruídos hidroaéreos hipoactivos e falta de interesse por comida	Sondagem gastrointestinal; Monitorização nutricional; Planeamento da dieta; Ensino: dieta prescrita.
Eliminações	Focal: motilidade diminuída do TGI. Contextual: restrição de movimentos, falta de apetite, uso de opiáceos e diuréticos. Residual: ambiente	Constipação relacionada à motilidade diminuída do trato gastrointestinal e ingestão insuficiente de líquidos, caracterizada por incapacidade de eliminar as fezes.	Controle de medicamentos; Controle da dor; Monitorização hídrica. Monitorização nutricional
Actividade e repouso.	Focal: Dor. Contextual: Desconforto abdominal Residual: Tolerância diminuída a dor, devido a medo.	Mobilidade Física prejudicada relacionada à dor, caracterizada capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas.	Controle da dor; Terapia com exercícios: deambulação. Promoção do exercício.
	Focal: Intolerância a actividade. Contextual: Barreiras fisiológicas e ambientais Residual: Valores pessoais.	Deficit no auto cuidado para banho e higiene relacionado à dor, fraqueza e cansaço, caracterizado por incapacidade de lavar o corpo.	Assistência no auto cuidado: banho/higiene; Controle do ambiente: segurança Controle do ambiente: conforto
Líquidos e electrólitos	Focal: Privação da ingestão de água, dieta zero. Contextual: Pós-operatório imediato; abdómen distendido, ruídos hidroaéreos hipoactivos, uso de diuréticos. Residual: jejum prolongado.	Volume de líquidos deficiente relacionado à perda activa de volume de líquido, caracterizado por membranas mucosas ressecadas.	Monitorização hídrica Monitorização nutricional Controle hídrico Manutenção de dispositivo para acesso venoso Terapia endovenosa
Protecção	Focal: Insuficiência hepática Contextual: Abuso de drogas, álcool Residual: Curiosidade.	Protecção ineficaz relacionada ao tratamento, caracterizada por deficiência na imunidade.	Controle de infecção Educação para a saúde
	Focal: Defesas primárias inadequadas, exposição ambiental. Contextual: Presença de cateteres, sondas nasogástrica e vesical. Residual: Flora bacteriana do paciente	Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos; Destruição de tecidos e exposição a patógenos; Aumentada imunossupressão; Doença de base crónica (cirrose); Defesas primárias e secundárias inadequadas	Protecção contra infecção. Educação para a saúde.
	Focal: déficit imunológico causado pela imunossupressão Contextual: lesão mecânica causada pelo procedimento cirúrgico, à presença de dreno biliar Residual: insuficiência hepática	Integridade da pele prejudicada relacionada a procedimentos invasivos.	Cuidados com lesões; Cuidados com local de incisão.
Neurológico	Focal: Esquecimento. Contextual: Uso de drogas; idade ou insuficiência hepática.	Memória prejudicada relacionada ao uso prolongado de droga, caracterizada por experiência relatada de esquecimento.	Treino da memória. Orientação para a realidade; Redução da ansiedade.
Endócrina	Focal: Diminuição da libido. Contextual: Doença hepática, alterações hormonais. Residual: Processo de adoecimento.	Padrão de sexualidade ineficaz relacionado à doença crónica debilitante – cirrose.	Escutar activamente

Apresentação do caso:

Cliente do sexo masculino, com 52 anos, que estava no pós-operatório de transplante de fígado realizado em função de hepatite alcoólica e presença de vírus do tipo C, processo iniciado no começo dos anos de

1980. Com esquema de vacinação completo, o seu grupo sanguíneo era O negativo e foi transfundido durante acto cirúrgico. Durante a sua vida o paciente informou uso de drogas ilícitas (maconha e cocaína) e lícitas (álcool e fumo). Referiu não usar drogas

nos últimos meses. Demonstrava conhecimento da sua doença e do motivo do internamento. Sempre procurou fazer tratamento, entretanto a doença evoluiu para hepatite crónica. Houve necessidade de um internamento anterior decorrente de corte no membro superior (mão). Alimentava-se habitualmente seis vezes ao dia, não gostava de cebola, batata, feijão e tapioca, mas gostava muito de carne, fígado e peixe. Ingeria, em média, um litro de água por dia. Tinha episódios de anorexia, náusea e sensação de plenitude gástrica. Havia perdido em média 10 kg de peso corporal no último ano. Evacuava três vezes ao dia e, por último, tinha episódios diarreicos. Eliminações urinárias normais. Era portador de distúrbio pulmonar obstrutivo crónico (DPOC), porém não apresentava tosse nem expectoração. Deambulava normalmente, porém, devido ao aparecimento de hérnia inguinal, apresentava ligeira dificuldade para deambular e sentar-se. Conciliava sono e repouso sem dificuldades. Era míope, fazendo uso de lentes correctivas; relatava diminuição auditiva e memória discretamente afectada. Era muito curioso, buscava muito o aprendizado, gostava de ler e ouvir música. Sua auto percepção era de que logo estaria recuperado do processo cirúrgico, retomando as suas actividades diárias normais, como cuidar dos filhos e de quem precisasse. Tinha bons relacionamentos com os amigos e filhos. Aceitava a sua doença, mostrava-se adaptado e optimista durante o período de interacção. Participava da associação dos portadores de hepatite. Ao exame físico: consciente, verbalizando seus problemas. Em uso de cateter venoso central em veia jugular interna (direita), por onde fluía hidratação venosa e de bomba diurética. Apresentava-se desidratado, com mucosas ressecadas, hipocorado. Com fácies de dor. Pulso = 78bpm; T = 36°C; R = 28 rpm; Pressão arterial = 166x 83mmHg. Auscultação pulmonar normal, ausência de ruídos adventícios; era portador de DPOC e fazia uso de broncodilatadores. Mostrava-se ansioso por não fazer uso desses medicamentos e apresentava um leve desconforto respiratório. Expectorava secreção espessa esbranquiçada e isto preocupava-o. Encontrava-se com sonda nasogástrica e em dieta zero. Abdómen doloroso à palpação e globoso, com ferida operatória cicatrizando por primeira intenção, com drenagem de secreção sanguínea em pequena quantidade, sendo realizado curativo oclusivo. Apresentava ruídos hidroaéreos hipoactivos à

auscultação. Genital normal. Presença de hérnia inguinal à direita, de tamanho grande. Diurese por sonda vesical de demora, com débito satisfatório. Membros inferiores edemaciados e superiores normais, pulsos periféricos palpáveis.

Avaliação do cliente no pós-operatório (PO) de transplante hepático (1º e 7º dias)

- 1º PO. Acordado, consciente, cooperativo e comunicativo. Mucosas hipocoradas e ressecadas; referia muita sede e dor, sendo medicado com morfina. Apresentava leve dispneia. Sinais vitais estáveis. Em uso de acesso de veia jugular externa esquerda para hidratação venosa, bomba diurética e terapêutica medicamentosa. Sonda nasogástrica em aspiração, em dieta zero. Abdómen globoso. Renovado curativo da ferida operatória e acesso venoso central. Diurese por sonda vesical de demora. Realizado balanço hídrico, de duas em duas horas e controle glicémico. Estava dependente dos cuidados de enfermagem, mas apresentava-se disposto a enfrentar o seu novo estilo de vida.

- 7º PO. Acordado, consciente, verbalizando. Ficou sem conseguir alimentar-se, pois não tinha apetite, mas havia iniciado dieta oral há 2 dias, com boa aceitação. Estava sem sondas e cateteres. A medicação era por via oral. Conciliava sono e repouso. Não deambulava muito e sentia dor, devido à hérnia. Hemodinamicamente estável. Às vezes necessitava de oxigénio por curto espaço de tempo. Abdómen globoso. Dificuldade para evacuar. Cliente com bom estado geral, independente dos cuidados de enfermagem, mas ainda com dificuldade para deambular devido à hérnia e por falta de cooperação dos acompanhantes.

Discussão

No transplante de fígado, a assistência no pós-operatório está direccionada para a implementação de intervenções voltadas para a prevenção ou detecção precoce das complicações cirúrgicas, do enxerto e dos diversos sistemas – respiratórias, cardiovasculares, digestivas, infecciosas, entre outras. Sendo fundamental também o atendimento das suas necessidades psicológicas, de forma a facilitar o enfrentamento do novo estilo de vida do transplantado (Mendes e Galvão, 2008).

De acordo com o observado, as intervenções foram implementadas e avaliadas durante as visitas hospitalares. No decorrer das visitas o cliente apresentou melhora significativa diante dos estímulos decorrentes do tratamento cirúrgico, manifestando comportamentos que demonstraram a sua adaptação. Apesar de apresentar problemas de oxigenação, eliminação, actividade e repouso, nutrição, líquidos e electrólitos, protecção, neurologia, devido às manifestações esperadas de um pós-operatório, principalmente as dores, os problemas foram amenizados pelas intervenções. Outra situação a destacar refere-se à nutrição, que também evoluiu de forma desejada, com o paciente procurando alimentar-se a intervalos curtos, embora apresentasse diminuição do apetite.

As intervenções utilizadas para melhora da oxigenação foram baseadas nos estímulos focais que estavam interferindo no processo de troca gasosa. Por isso, a assistência de enfermagem foi direccionada para o alívio da dor, contribuindo, após a execução das acções, para melhora do movimento respiratório e o alívio da ansiedade, aliado à mudança de decúbito para melhora da expansão pulmonar e desconforto no leito.

A nutrição ficou alterada, em virtude do estímulo focal fisiológico de diminuição dos ruídos hidroaéreos. Após detectar esse problema, a retirada da sonda foi adiada e mantida em aspiração para evitar estase gástrica, distensão abdominal e vômitos. No quarto dia de pós-operatório os ruídos hidroaéreos já estavam presentes, sendo iniciada dieta por via oral, em pequenas quantidades, conforme aceitação do cliente.

Num estudo sobre diagnóstico de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático, o diagnóstico de nutrição desequilibrada esteve presente em 70% dos pacientes e as características definidoras mais frequentes relacionavam-se ao seu estado prévio, ao jejum prolongado no pós-operatório e à dor abdominal na região da ferida operatória (Canero, Carvalho, Galdeano, 2004).

A dor aguda é definida como: “Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidual real ou potencial [...], com início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de 6 meses” (Nanda, 2006, p. 90). O paciente em estudo apresentou esse tipo de dor, caracterizada pela sua

verbalização, posição antiálgica, expressões faciais e comportamentais e respostas autonómicas (por exemplo, taquicardia, diaforese, alteração da pressão sanguínea, da respiração) relacionadas à ferida cirúrgica, sítio do dreno aspirativo, locais de punção venosa e arterial, lesão por punção e/ou colonização por patógenos. A cefaleia também é um tipo de dor aguda, comumente referida pelos pacientes de transplante hepático e que é descrita pela literatura. Sanchez e Klintmalm (2005), correlacionam a dor de cabeça à neurotoxicidade de imunossuppressores como tacrolimus e ciclosporina, à hipertensão ou infecções oportunistas.

As eliminações do paciente do estudo ficaram prejudicadas, sendo orientado, naquele momento, à deambulação e ao aumento da ingestão hídrica, para facilitar o processo digestivo. O cliente também foi orientado quanto ao uso de medicação para dor, apenas quando realmente necessário, sendo explicado que a sua utilização contribuía para a constipação.

O diagnóstico de risco de constipação esteve presente em outro estudo, em 87% dos pacientes e é bastante frequente nos pacientes, por permanecerem em jejum durante esse período, agravado pela actividade física deficiente e pela motilidade gastrointestinal diminuída (Canero, Carvalho, Galdeano, 2004).

A actividade e repouso do cliente do estudo ficaram alterados no 1º dia pós-operatório devido à dor, mas no 7º dia a partir da cirurgia ele já conseguia deambular pela enfermaria, apesar das limitações. Então, no modo de adaptação actividade e repouso, ficou evidente a presença de dois diagnósticos: mobilidade física prejudicada e deficit no auto cuidado para banho e higiene.

A mobilidade física prejudicada está relacionada principalmente ao desconforto e à dor do pós-operatório imediato de cirurgia de grande porte; aos prejuízos músculo-esqueléticos, diminuição da força e massa muscular, má nutrição decorrente da disfunção hepática, ao metabolismo celular alterado, intolerância à actividade/resistência diminuída e prejuízo sensorio-perceptivo e cognitivo para alguns pacientes.

O diagnóstico de “deficit para o auto cuidado” é definido como “o estado em que o indivíduo apresenta prejuízo na função motora ou cognitiva, causando uma diminuição na capacidade de desempenhar cada uma das actividades de autocuidado” (Carpenito-Moyet, 2005, p. 657).

Os factores relacionados a esse diagnóstico, encontrados no estudo de caso, são corroborados pela literatura e referem-se aos relativos à doença de base crónica debilitante (falência hepática); ao tratamento pós-operatório de cirurgia de grande porte que causa fadiga e dor; e às restrições emocionais e do ambiente hospitalar.

No paciente em estudo, o aporte de líquidos foi acompanhado pelo controle do balanço hídrico horário, nas primeiras 24 horas, observando-se a necessidade de correcção de volume, evitando a desidratação, choque hipovolémico ou hiperhidratação.

Os diagnósticos presentes no modo de protecção foram: protecção ineficaz, risco de infecção, integridade da pele prejudicada. Além de ocorrerem pelo facto desses pacientes terem sido submetidos a um grande procedimento cirúrgico, as características definidoras mais presentes relacionam-se à imunossupressão e às defesas secundárias inadequadas. A infecção é a complicação mais comum no pós-operatório precoce, localizando-se principalmente no sítio cirúrgico, incluindo o fígado, o trato biliar, a cavidade peritoneal e a ferida cirúrgica (Raia *et al.*, 2001).

O risco de infecção é definido como: “Estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patógenos” (Nanda, 2006, p. 137), e foi identificado em todos os pacientes estudados. Everson e Kam (2001) afirmam que a ocorrência de infecção é previsível no pós-transplante e se apresenta de forma cronológica. Na primeira semana é mais comum a infecção bacteriana causada por cateteres (30,0%), pneumonia (25,0%), infecção biliar (15,0%) e por ferida cirúrgica em 10,0% dos pacientes. Portadores de diabetes e com o estado nutricional comprometido podem desenvolver bacteremia. Ainda na primeira semana pode ocorrer infecção oportunista, como estomatite e candidíase. A recorrência de infecção pelo vírus C acontece ainda na primeira semana; e pelo vírus B após 30 dias de transplante. No segundo e terceiro mês pós-transplante, podem ocorrer as infecções virais por Citomegalovírus (CMV), Epstein-Barr, Varicela Zoster, entre outros. O uso de imunossuppressores torna o paciente vulnerável a infecções oportunistas e activa replicação viral em alguns casos. O risco de invasão por fungos é directamente relacionado ao nível de imunossupressão.

Busuttil e Klintmalm (2005) incluem outros factores de risco para infecção, como a longa permanência na terapia intensiva, uso prolongado de antibióticos,

complicações cirúrgicas que demandam maior tempo de uso de cateteres, sistemas de drenagem, nutrição enteral e/ou parenteral. Ainda, Sanchez e Klintmalm (2005), sobre Transplante hepático: Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internamento, afirmam que as infecções isoladamente constituem o maior risco de morte para os pacientes receptores de transplante hepático. Uma das razões expostas por esses autores é a dificuldade de avaliação e intervenção precoce e que os sinais e sintomas clássicos de infecção são sublimados mediante a imunossupressão. Mencionam ainda outras causas de morte, como fistula biliar, trombose da artéria hepática, não função primária do enxerto, rejeição aguda persistente ou a crónica que, muitas vezes temporariamente, são precedidas de uma infecção. Diante desses desafios, autores recomendam o uso de terapia medicamentosa profilática para fungos, bactérias e vírus e o tratamento selectivo nos casos de infecções confirmadas. O diagnóstico de risco de infecção identificado na totalidade da clientela pesquisada é de alto impacto profissional. Toda a equipa de saúde deve ter embutida nas suas práticas a prevenção e o controle de infecção em pacientes imunossuprimidos transplantados.

No modo neurológico, o diagnóstico presente foi memória prejudicada. O cliente referiu diminuição da memória, dizendo estar esquecido. Foi orientado a realizar actividades que melhorassem o seu processo de pensamento, como fazer palavras cruzadas e exercitar a leitura.

Por fim, ele relatou também que a sua libido estava diminuída, sendo orientado que, após o transplante, sua actividade sexual poderia ser normalizada. A disfunção sexual, segundo a NANDA (2006, p. 209), é “A mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não-compensadora e inadequada”. Esse diagnóstico incidiu em 22 (62,8%) pacientes. Strouse (2005) afirma que as consequências neuropsiquiátricas têm sido mais pesquisadas, uma vez que o transplante hepático se tornou um procedimento comum e os pacientes têm sobrevivido mais. Dentre as queixas e observações nessa área, o autor menciona a disfunção sexual em homens e mulheres. Ao realizar a colheita de dados de saúde desses pacientes, é comum o relato de diminuição da libido, dificuldade de erecção e ejaculação prejudicada. Associada à falta de energia, edema acentuado, dispneia em alguns casos e fadiga, a função sexual torna-se prejudicada na fase avançada

da cirrose hepática.

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

A assistência de enfermagem ao paciente transplantado na unidade de terapia intensiva requer que o enfermeiro seja capacitado para prestar um tratamento complexo, que envolva o planeamento da assistência desde o preparo do leito e admissão na unidade, prevenção de infecção no pós-operatório e avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, respiratório, nervoso, imunológico, endócrino e hematopoiético (Cintra, Nishide e Nunes, 2003).

Conclusão

A assistência de enfermagem aplicada, utilizando-se a teoria de Roy, facilitou o diálogo com o cliente e auxiliou no alcance das metas e modificações dos comportamentos, com a implementação das intervenções. De forma gradual, o cliente evoluiu de maneira satisfatória, apresentando comportamentos adaptativos.

Pode-se ainda observar que o cuidado implementado com o processo de enfermagem nos permite agir de forma direccionada aos problemas adaptativos do cliente, através de acções científicas e não empiricamente, voltando a atenção ao cliente na busca de melhor promover a sua saúde.

Tratando-se de uma intervenção cirúrgica, torna-se imprescindível que o cliente reconheça a sua situação de saúde. Dessa forma, haverá uma adaptação melhor. Para tanto, é importante que o cuidado seja desenvolvido por todos os membros da equipa de saúde, especialmente a enfermagem, para garantir alta possibilidade de restabelecimento precoce aos portadores de transplante hepático.

Referências bibliográficas

BUSUTTL, R. W. ; KLINTMALM, G. B. (2005) - *Transplantation of the liver*. 2ª ed. Philadelphia : Elsevier Saunders.

CANERO, T. R. ; CARVALHO, R. ; GALDEANO, L. E. (2004) - Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. *Einstein*. Vol. 2, nº 2, p. 100-104.

CARPENITO-MOYET, L. J. (2005) - *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 10ª ed. Porto Alegre : Artmed.

CINTRA, E. D. A. ; NISHIDE, V. M. ; NUNES, W. A. (2003) - *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo : Atheneu.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1996) - Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. Vol. 4, Supl. 2, p. 15-25.

DUARTE, M. M. F. ; SALVIANO, M. E. M. ; GRESTA, M. M. (2004) - Assistência de enfermagem. In PEREIRA, W. A. - *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*. 3ª ed. Rio de Janeiro : Medsi. Cap. 24, p. 592-624.

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

GALBREATH, J. G. (1993) - Sister Callista Roy. In GEORGE, J. - *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre : Artes médicas. p. 218-233.

MCCLOSKEY, J. C. ; BULECHEK, G. M. (2004) - *Classificação das intervenções de enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre : Artmed.

MENDES, Karina Dal Sasso ; GALVAO, Cristina Maria (2008) - Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 16, nº 5. [Consult. 8 Set. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500019&lng=pt&nrm=iso>.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2006) - *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Trad. de Cristina Correa. Porto Alegre : Artmed.

RAIA, S. [et al.] (2001) - Fundamentos do transplante hepático. In GAYOTTO, L. C. C. [et al.] - *Doenças do fígado e das vias biliares*. São Paulo : Atheneu. p. 1101-1215.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES (2006) - *Órgão Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos*. Ano 11, nº 2, 62 p., Jan./Dez. 2006. Jurisdição.

ROY, S. C. (1984) - *Introduction to nursing: na adaptation model*. 2ª ed. Englewood Cliffs : Prentice Hall.

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

STARZL, T. (2005) - Back to the future. **Transplantation**. Vol. 79. nº 9, p. 1009-1014.

STROUSE, T. N. (2005) - Neuropsychiatric outcomes in liver transplant recipients. In BUSUTTL, R. W. ; KLINTMALM, G. N. - **Transplantation of the liver**. 2ª ed. Philadelphia : Elsevier Saunders. Cap. 66, p. 1019-1027.

TRENTINI, M. ; PAIM, I. (2004) - **Pesquisa convergente-assistencial um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª ed. rev. e ampl. Florianópolis : Insular.