



Alta hospitalar do paciente transplantado hepático: revisão integrativa

Hospital discharge of liver transplantation patient: an integrative review

Alta hospitalaria de pacientes con trasplante de hígado: una revisión integradora

Laísa Fischer Wachholz¹

Neide da Silva Knihis¹

Sabrina Regina Martins²

Aline Lima Pestana Magalhães¹

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer¹

Marisa da Silva Martins³

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

3. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário. Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar evidências disponíveis na literatura capazes de subsidiar o planejamento da alta hospitalar do paciente submetido ao transplante hepático. **Método:** Revisão integrativa a partir das bases Scopus, LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed, CINAHL, BDNF, Web of Science. Utilizou-se os descritores Transplante hepático e Alta hospitalar, em inglês, espanhol e português, identificando-se 1.152 artigos, sendo que a amostra foi composta por 13 artigos. **Resultados:** As publicações concentram-se entre 2014 (n=4; 30,7%) e 2016 (n=3; 23%), tendo como origem o Brasil (n=5; 38,4%) e os Estados Unidos (n=3; 23%). Os resultados foram organizados nas categorias: Sinais de alerta para possíveis alterações que possam surgir no domicílio; Recomendações para o uso de medicamentos-promoção do autogerenciamento e adesão ao tratamento; Atividades e cuidados diários em domicílio – apoio e autoconfiança; Mudanças na imagem corporal e vida diária – importância da rede de apoio. **Conclusão:** A alta hospitalar do paciente submetido ao transplante hepático é um desafio, visto a complexidade do procedimento. Os achados apresentam cuidados direcionados à educação em saúde no sentido de minimizar complicações, apoiar a equipe multiprofissional e o paciente no autocuidado, em especial quanto aos sinais e sintomas de complicações, cuidados com o uso de medicação e as mudanças que ocorrem no retorno ao domicílio.

Palavras-chave: Transplante Hepático; Assistência de Enfermagem; Educação em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze evidence available in the literature to support the planning of hospital discharge of the patient who has undergone liver transplantation. **Method:** Integrative review from the bases Scopus, LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed, CINAHL, BDNF, Web of Science. The keywords Liver transplant and Hospital discharge were used in English, Spanish, and Portuguese, being identified 1,152 articles, and the sample consisting of 13 articles. **Results:** Publications are concentrated between 2014 (n = 4; 30.7%) and 2016 (n = 3; 23%), originating in Brazil (n = 5; 38.4%) and the United States (n = 3; 23%). The results were organized into the categories: Warning signs for possible changes that may arise at home; Recommendations for the use of medicines – promoting self-management and adherence to treatment; Daily activities and care at home – support and self-confidence; Changes in body image and daily life – the importance of support network. **Conclusion:** Discharging the patient who has undergone liver transplantation is a challenge, given the complexity of the procedure. The findings show care directed at health education to minimize complications, support the multidisciplinary team and patient in self-care, especially regarding the signs and symptoms of complications, care with the use of medication, and the changes that occur when returning home.

Keywords: Liver Transplantation; Nursing Care; Health Education; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivo: Analizar evidencias disponibles en la literatura capaces de apoyar la planificación del alta hospitalaria de pacientes sometidos a trasplante hepático. **Método:** Revisión integradora de bases: Scopus, LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed, CINAHL, BDNF, Web of Science. Las palabras clave Trasplante de hígado y Alta hospitalaria fueron utilizadas en inglés, español y portugués. Se identificaron 1.152 artículos, siendo la muestra compuesta de 13. **Resultados:** Las publicaciones se concentran entre 2014 (n=4;30,7%) y 2016 (n=3;23%), originarias de Brasil (n=5;38,4%) y Estados Unidos (n=3;23%). **Resultados organizados en categorías:** Señales de alerta de posibles cambios que puedan surgir en el hogar; Recomendaciones para el uso de medicamentos de autogestión y adherencia al tratamiento; Actividades diarias y atención en el hogar – apoyo y autoconfianza; Cambios en imagen corporal y vida diaria – importancia de la red de apoyo. **Conclusión:** El alta al paciente sometido a un trasplante de hígado es un desafío, dada la complejidad del procedimiento. Los hallazgos presentan una atención dirigida a la educación sanitaria para minimizar las complicaciones, apoyar el equipo multidisciplinario y el paciente en autocuidado, especialmente con respecto a los signos y síntomas de las complicaciones, la atención con el uso de medicamentos y los cambios que ocurren al regresar a casa.

Palabras clave: Trasplante de Hígado; Atención de Enfermería; Educación en Salud; Grupo de Atención al Paciente.

Autor correspondente

Laísa Fischer Wachholz
Email: laisafischer@gmail.com

Recebido em 04/12/2019.
Aprovado em 08/04/2020.

DOI:
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0346>

INTRODUÇÃO

A programação da alta hospitalar, o planejamento da assistência e a educação em saúde ao paciente submetido ao Transplante Hepático (TH) têm sido grandes desafios da equipe multiprofissional que atua no desenvolvimento dos mesmos. De um lado, profissionais sobrecarregados responsáveis por organizar e preparar paciente e família quanto aos cuidados domiciliares. Do outro, paciente e família ansiosos frente à demanda de cuidados a serem realizados em domicílio.^{1,2}

As demandas da equipe, paciente e família revelam que, apesar de avanços na temática dos transplantes, se faz necessário maior envolvimento e cautela de todos os profissionais frente à alta hospitalar, visto que diversas complicações e intercorrências podem surgir em domicílio. As principais intercorrências podem envolver questões neurológicas, pulmonares, renais, infecções oportunistas (pulmonares, herpes zoster, entre outras) e perda do enxerto associado à rejeição.¹⁻³

Tais problemas e complicações, quando não prevenidos, identificados e tratados em tempo hábil, podem levar o paciente a internações recorrentes, outros agravos ou até mesmo à morte.¹ A sobrevida do paciente e do enxerto após o TH está diretamente relacionada à prevenção das possíveis intercorrências no pós-operatório e à adesão ao tratamento.^{1,2}

A possibilidade desses agravos desperta na equipe, paciente e família a importância do acompanhamento, vigilância e planejamento do cuidado no retorno ao domicílio. A necessidade de conceder informações que possam auxiliar essas pessoas à nova realidade é uma obrigação da equipe multiprofissional, a qual deve ser gerenciada e supervisionada por um profissional enfermeiro. É necessário que esse profissional se mantenha atualizado e capacitado para orientar sobre os sinais e sintomas de rejeição e infecções, bem como as possíveis complicações, interações medicamentosas, entre outros cuidados. Destaca-se o protagonismo do profissional de enfermagem na gestão do cuidado para a alta hospitalar na referência e contra referência; na educação e promoção da saúde, visando cuidado integrais de saúde, seguros e efetivos. Também dessa forma o enfermeiro contribui na promoção da autonomia do paciente e sua família, ao mesmo tempo em que viabiliza o autocuidado e a gestão dos cuidados domiciliares pelo paciente.^{4,5}

O retorno ao domicílio do paciente submetido ao TH exige adaptação constante. Em especial, quanto à higienização do ambiente, alimentação saudável, manutenção do peso, controle da glicemia e da temperatura e diurese, além da rigorosa administração dos medicamentos nos horários pré-estabelecidos, realização de exames e retornos semanais com a equipe multiprofissional nos dois primeiros meses. Considera-se que este rol de cuidados gera demasiadas restrições (físicas, alimentares, financeiras, entre outras) a essas pessoas, além de alterações no cotidiano de vida, sendo estas as principais causas da não adesão ao tratamento, complicações e internações frequentes, podendo levar até mesmo à morte.^{3,6-9}

A alta hospitalar, quando desenvolvida de maneira efetiva e clara, por meio de ferramentas de cuidado, aumenta a capacidade

de autocuidado, fortalece a adesão ao tratamento proposto, reduz a ocorrência de complicações pós-operatórias, estreita a comunicação entre a instituição e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutive e humanizada, além de contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem e equipe multiprofissional.^{3,8,9}

Frente à realidade apresentada e com o propósito de obter evidências que possam auxiliar o plano de cuidados domiciliares ao TH, mudando a realidade da prática e promovendo maior adesão do paciente ao tratamento, além de apoiar a equipe de saúde em estratégias efetivas de cuidado em domicílio proporcionando qualidade de vida e sobrevida do enxerto, este estudo traz a seguinte questão norteadora: Quais evidências estão disponíveis na literatura capazes de subsidiar o planejamento da alta hospitalar do paciente submetido ao transplante hepático? Neste sentido, objetivou-se analisar as evidências disponíveis na literatura capazes de subsidiar o planejamento da alta hospitalar do paciente submetido ao transplante hepático.

METODOLOGIA

O método adotado para apresentar a síntese das evidências foi de revisão integrativa da literatura, realizado por meio de seis etapas: (1) Elaboração da questão de pesquisa; (2) Desenvolvimento dos critérios para a busca na literatura; (3) Coleta dos dados; (4) Análise crítica do material obtido; (5) Avaliação e interpretação criteriosa das informações obtidas; e (6) Apresentação dos resultados obtidos.¹⁰ A seguir, serão descritas as etapas do estudo:

- 1º- Elaboração da questão de pesquisa: para a realização desta etapa, considerou-se as necessidades de saúde dos pacientes e a demanda da equipe multiprofissional por meio de um projeto de extensão realizado junto a essa população pelos pesquisadores há mais de dois anos. Para estruturação da questão de pesquisa, foi utilizado a estratégia PICO, sendo ajustada para PIO, onde o P refere à população, formada pelos pacientes submetidos ao TH; I é formado por cuidados relacionados à condição de saúde e; O se relaciona a informações capazes de subsidiar estratégias de cuidados direcionadas a alta hospitalar. Nesse estudo, não foi empregado o C devido o tipo de revisão. Assim, a questão de pesquisa ficou estruturada como: Quais evidências estão disponíveis na literatura capazes de subsidiar o planejamento da alta hospitalar do paciente submetido ao transplante hepático?
- 2º- Desenvolvimento dos critérios para a busca na literatura: em um primeiro momento, efetuou-se uma busca de maneira aleatória, visando identificar as bases de dados com maior número de publicações sobre a temática. Na sequência, foram definidas as seguintes bases de dados: SCOPUS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultada por meio do Pubmed, *Cumulative*

Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), BDNF e Web of Science. As palavras-chave escolhidas foram: “Transplante hepático” e “Alta hospitalar”, em inglês, espanhol e português. Para cada base de dados, foram elaboradas estratégias de busca considerando os descritores e as palavras-chave com o apoio de uma bibliotecária (“Liver Transplantation” OR “Liver Transplantations” OR “Hepatic Transplantation” OR “Hepatic Transplantations” OR “Liver Grafting” OR “Liver Diseases” OR “Liver Disease” OR “Liver Dysfunction” OR “Liver Dysfunctions”) AND (“Nursing Care” OR “Postoperative Care” OR “Postoperative Procedures” OR “Postoperative Procedure” OR “Patient Discharge” OR “Patient Discharges” OR “Discharge Planning” OR “Discharge Plannings” OR “Discharged from Hospital”).

Crítérios de inclusão: pesquisas originais, protocolos, guias, guidelines e artigos de discussão. Crítérios de exclusão: artigos de revisão, teses e dissertações, cartas, editoriais, estudos que não abordassem o tema de interesse. Filtros utilizados na busca: pacientes adultos; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; período de publicação entre agosto de 2013 a dezembro de 2018. Realizou-se a busca do material, nas bases de dados definidas, por um dos pesquisadores em janeiro de 2019, sendo identificados 1152 manuscritos. Na sequência, submeteu-se o material obtido à ferramenta de gerenciamento bibliográfico Mendeley®, sendo excluídos os artigos duplicados. Posteriormente, dois pesquisadores, de maneira cegada, realizaram a leitura do título e resumo, sendo excluídos 1099 artigos, conforme critérios já mencionados. Dos 41 artigos restantes, todos foram lidos na íntegra, permanecendo 21. Entretanto, após consenso dos pesquisadores, mais oito foram eliminados em razão de não estarem relacionados ao tema da alta hospitalar, restando para coleta de dados 13 manuscritos.

- 3º- Coleta dos dados: As informações foram sintetizadas na forma de um quadro com os seguintes dados: título; autores; tipo de publicação; objetivos; conclusões e; força de evidência/nível de evidência, sendo classificados de acordo com o nível. A saber: Nível 1: obtido por meio de meta-análise de estudos clínicos controlados e com randomização; Nível 2: obtido por estudo com desenho experimental; Nível 3: delineamento de pesquisas quase experimentais; Nível 4: que emergem de estudos de coorte e de caso-controle delineados; Nível 5: que surgem de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: derivados de um único estudo descritivo ou qualitativo e; Nível 7: oriundos de opiniões de autoridades ou relatório de comitê de especialistas.¹¹
- 4º- Análise crítica do material obtido: buscou-se avaliar cuidadosamente cada informação obtida por meio dos artigos selecionados, identificando os dados mais relevantes que pudessem aprimorar a prática diária dos profissionais da saúde na assistência da alta hospitalar do TH. Essa etapa foi conduzida pelos pesquisadores. Ressalta-se que dois dos pesquisadores atuam diretamente na alta hospitalar, com mais de dez anos de experiência.

- 5º- Avaliação e interpretação criteriosa das informações obtidas: neste momento, objetivou-se compreender e interpretar as informações relevantes, as melhores evidências, os aspectos mais significativos, os quais pudessem subsidiar a equipe de saúde no momento da alta, além de informações que auxiliariam o paciente e a família na adaptação à nova realidade ao retornarem ao domicílio.
- 6º- Apresentação dos resultados obtidos: para maior compressão e organização dos achados obtidos, foi elaborado um quadro contendo o ano de publicação, base de dados, nível de evidência e recomendações para o planejamento da alta hospitalar (Quadro 1). Além disto, para apresentar as contribuições mais relevantes para o planejamento da alta hospitalar foram elaboradas quatro categorias por similaridade de dados, sendo apresentadas a seguir.

RESULTADOS

Durante o processo de seleção do material, foram identificados 1.152 estudos, resultando em um total de 13 artigos incluídos para análise (Figura 1).

As publicações concentram-se entre 2014 (n=4; 30,7%) e 2016 (n=3; 23%), tendo como origem o Brasil (n=5; 38,4%) e os Estados Unidos (n=3; 23%). O maior número de artigos foi identificado na base de dados PUBMED (n=7; 53,8%). Em relação ao nível de evidência, oito estudos (61,5%) obtiveram nível de evidência 5.

O Quadro 1 apresenta o ano de publicação, base de dados, nível de evidência e principais recomendações para o planejamento da alta hospitalar (Quadro 1).

Apresentação das categorias:

- 1º) *Sinais de alerta para possíveis alterações que podem surgir no domicílio*, traz a importância de a equipe desenvolver educação em saúde junto ao paciente e sua família de maneira clara e simples. Evitando, desta forma, termos técnicos onde sejam pontuadas as possíveis alterações físicas, clínicas e emocionais. Indicando sinais e sintomas de alerta para complicações neurológicas, pulmonares, renais e relacionadas ao enxerto e infecções, bem como informações que possam prevenir tais agravos. Assim, paciente e família devem saber identificar temperatura acima de 37,4°C; tosse com presença ou não de secreção; dor ou dificuldade para respirar; palpitações (coração acelerado); dor ou ardência ao urinar; diminuição da diurese; edema (inchaço); dor no local do implante do órgão; tremores; calafrios; confusão mental (sinais de desorientação) e presença de icterícia (amarelão pelo corpo). Ainda, devem saber que cuidados básicos de higiene, alimentação e ingestão de líquidos ajudam na prevenção desses agravos.¹⁻³ As evidências apontam a importância de a equipe certificar-se da compreensão dessas informações, haja visto que, munido desses

Quadro 1 - Características dos estudos primários incluído nas categorias.

Autor/Ano/ Nível de evidência: NV	Recomendações para planejamento da alta hospitalar
Autor: Ordin et al. ¹² Ano: 2013 Nível de evidência: 5	Compreender as necessidades de saúde de maneira individual para cada paciente, considerando seu ambiente social. Utilizar linguagem simples, clara e sequencial para orientar. Quanto às possíveis intercorrências os pacientes, devem ser alertados quanto ao aumento do apetite, diarreia ou constipação, náuseas e vômitos, mudanças em relação à imagem corporal, sensação corporal e sexualidade.
Autor: Musgrave et al. ¹³ Ano: 2013 Nível de evidência: 5	A participação do farmacêutico no plano de alta leva segurança através da redução significativa de erros de medicação, em especial quando envolve a orientação de doses, armazenamento, reações adversas e outras situações.
Autor: Garcia et al. ¹⁴ Ano: 2014 Nível de evidência: 4	Desenvolver um programa de exercícios capaz de melhorar a capacidade funcional, gerando implicações positivas para o controle de doenças metabólicas, que são comuns em pacientes após TH.
Autor: Toh et al. ¹⁵ Ano: 2014 Nível de evidência: 5	Ações/estratégias entre a equipe médica e farmacêutica no desenvolvimento de uma prescrição prudente, com combinações de dose fixa, associação de medicamentos e vigilância da adesão do tratamento. O farmacêutico deve estar presente em todas as alterações e modificações de doses.
Autor: Bardet et al. ¹⁶ Ano: 2014 Nível de evidência: 4	A equipe deve sistematizar as orientações no sentido de adaptar e educar o paciente para sinais de alerta que representem possíveis complicações, otimizando o atendimento destas situações clínicas. As estratégias educacionais ao paciente submetido ao TH compreendem três tipos de intervenção: educação individualizada; intervenção comportamental e; apoio psicológico.
Autor: Chaney ¹⁷ Ano: 2014 Nível de evidência: 7	Os enfermeiros da atenção primária devem ser munidos de informações sobre a situação clínica do paciente pela equipe multiprofissional do TH, preparando para possíveis complicações e como preveni-las. Pontuar a importância do uso dos imunossupressores. É necessário explicar o uso desses medicamentos, especialmente os imunossupressores e corticosteroides.
Autor: Wallia et al. ¹⁸ Ano: 2015 Nível de evidência: 7	Orientar, explicar e formular planos de cuidado para a diabetes mellitus preexistentes, detalhando situações de hipoglicemia e hiperglicemia para cada paciente, considerando outras comorbidades associadas. Destacar que os usos dos medicamentos de imunossupressão podem prejudicar a função renal e que ajustes de dose de medicamentos para diabetes são muitas vezes necessários para evitar isso.
Autor: Mendes et al. ¹⁹ Ano: 2016; Nível de evidência: 5	Faz-se necessária a adoção de condutas individualizadas. Ajustar suporte/apoio frente às condições clínicas e sociais conforme demanda de cada paciente. Quanto às possíveis intercorrências, alertar para diminuição da libido, alteração do padrão de sono e vigília e edema de membros inferiores.
Autor: Lima et al. ⁸ Ano: 2016 Nível de evidência: 5	É necessária a presença de um farmacêutico clínico junto à equipe multiprofissional para orientar quanto ao uso das medicações. A estratégia deste profissional é prevenir resultados negativos associados à farmacoterapia, garantindo a conciliação medicamentosa e a segurança do paciente.
Autor: Beckmann et al. ²⁰ Ano: 2016 Nível de evidência: 5	Auxiliar paciente e família a conhecer, compreender e saber realizar os cuidados de saúde, propondo que esses possam dominar o gerenciamento das atividades. Auxiliar o paciente e sua rede de apoio a gerenciarem papéis por meio do autocuidado, para que juntos possam apoiar-se e gerenciar os altos e baixos da emoção.
Autor: Morais et al. ¹ Ano: 2017 Nível de evidência: 5	Se faz necessária uma assistência diferenciada e individualizada ofertada pelo profissional enfermeiro, no sentido de um olhar aguçado e minucioso ao apresentar sinais e sintomas que possam identificar precocemente alterações neurológicas, renais, infecciosas e perda do enxerto.
Autor: Aguiar et al. ²¹ Ano: 2018 Nível de evidência: 5	Planejar e organizar uma rede de apoio antes da alta hospitalar, a qual possa auxiliar na prevenção de situações de estresse, além de propor apoio emocional. Expandir a rede de apoio para que esses possam auxiliar na melhor qualidade de vida.
Autor: Moayed et al. ²² Ano: 2018 Nível de evidência: 5	Promover a educação em saúde antes e durante a alta hospitalar no sentido de capacitá-lo a desenvolver seus próprios cuidados e, assim, enfrentar os desafios da adaptação à nova realidade.

Fonte: autores, 2019.

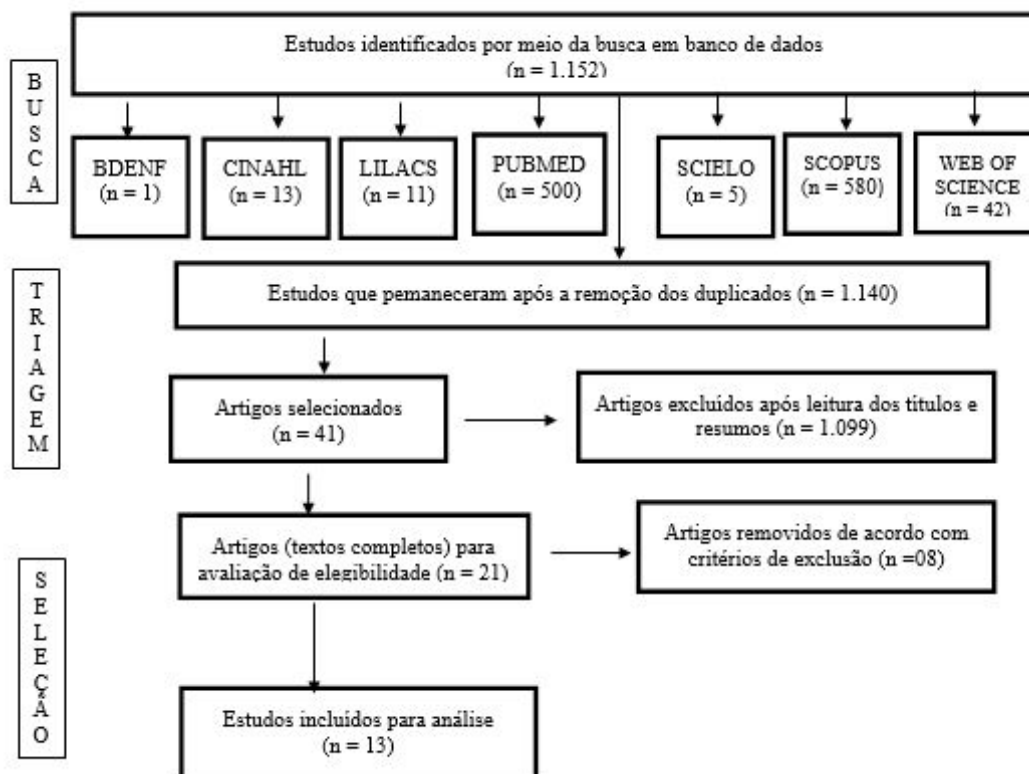


Figura 1 –Fluxograma para identificação dos estudos primários, 2019.

dados, terão oportunidade de prevenir agravos, perda do enxerto e reinternações.^{1,12,16,17,20,21}

- 2°) *Recomendações para o uso de medicamentos – promoção do autogerenciamento e adesão ao tratamento.* Tal categoria aponta evidências para ações de cuidado em saúde quanto à utilização dos fármacos. As informações mostram a responsabilidade e o compromisso do farmacêutico em estar presente em todas as etapas do pós-operatório.^{8,13} Esse profissional pode auxiliar equipe médica no ajuste das doses, associações de medicamentos e supervisão da adesão ao tratamento, minimizando riscos à saúde ou até mesmo nefro-toxicidade, neurotoxicidade, perda do enxerto, câncer de pele e diminuição da libido.^{1,16,17,19,21}
- 3°) *Atividades e cuidados diários em domicílio – apoio e autoconfiança,* mostra estratégias efetivas para promoção do cuidado, tais como: elaborar plano de atividade física a ser realizada em domicílio, tendo como objetivo melhorar o condicionamento físico, prevenir agravos e minimizar comorbidades, precaver hipertensão e doenças pulmonares.¹⁴ Recomenda-se que os pacientes façam o controle glicêmico três vezes ao dia, além de ser imprescindível o controle de alimentos que favorecem a hiperglicemia.¹⁸ A equipe deve promover o aprendizado de tais tarefas durante a hospitalização sob a supervisão dos profissionais.^{21,22}
- 4°) *Mudanças na imagem corporal e vida diária – importância da rede de apoio,* indica o quão difícil é para o paciente

adaptar-se à nova realidade de saúde imposta pelo transplante. A dificuldade em aceitar e lidar com modificações na imagem corporal causada, muitas vezes, pelo edema e efeito colateral dos medicamentos.^{12,16,19} Faz-se necessário fortalecer a rede de apoio antes da alta hospitalar. É importante que essa rede seja expandida para amigos, outros familiares e atenção básica, e que essas pessoas, progressivamente, possam empoderar e encorajar o paciente a enfrentar os desafios impostos nessa nova etapa da vida.^{12,19,21,22}

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como proposta central buscar informações na literatura que pudessem oportunizar melhorias no cenário da prática clínica da equipe de assistência ao paciente para o planejamento da alta hospitalar de pessoas que realizaram transplante hepático. No decorrer do desenvolvimento da leitura dos artigos primários na íntegra e, após o consenso dos autores, verificou-se a carência de evidências fortes que pudessem apoiar e respaldar a equipe de saúde, haja visto que em 61,5% dos artigos o nível de evidência foi 5. Ainda, destaca-se que o maior número de publicações foi em 2014, de artigos oriundos do Brasil e dos Estados Unidos. Esses dados apontam para a necessidade de pesquisas atuais com métodos bem delimitados, estudos clínicos, casos controles e revisões sistemáticas que possam mudar a realidade de saúde a ser apresentada ao paciente e

sua família na alta hospitalar, oportunizando a essas pessoas e equipe segurança na continuidade da assistência em domicílio.

Ainda assim, apesar da fragilidade do nível de evidência dos estudos primários, há informações relevantes as quais são factíveis de serem implantadas pela equipe no sentido de planejar a assistência domiciliar propondo adesão ao tratamento, além de proporcionar ao paciente independência, autocuidado e autogestão. Os principais achados explicitados apontam como estratégia de cuidado no planejamento da alta hospitalar a educação em saúde pela equipe multiprofissional no sentido de propor conhecimento ao paciente, segurança e liberdade para o autocuidado. A educação em saúde possibilita o compartilhamento de conhecimentos que concedem aos pacientes e familiares estratégias para mudança de comportamento com o intuito de melhoria da qualidade de vida.^{17,23,24}

Na primeira categoria, os estudos apontam que alterações podem surgir ou não, ou ainda serem transitórias e comuns, devendo ser monitoradas, mas sem despertar situações de estresse ao paciente e sua família. Tais informações devem ser repassadas como necessidade de monitoramento.^{1,12,16,17}

O alerta da equipe deve estar vinculado ao número de episódios, frequência, situações, sinais e sintomas que possam desencadear os eventos, para que eles identifiquem o mais breve possível. Ainda, se faz necessário que a equipe oriente essas pessoas para a prevenção de intercorrências e complicações, bem como no monitoramento e comunicação de tais eventos à equipe imediatamente quando surgirem.

Os achados apontam que, ao conhecer suas condições de saúde e possíveis alterações, o paciente torna-se autônomo, seguro e com expertise para atuar como agente de transformação em seu estilo de vida, além de auxiliar na redução da ansiedade ao conhecer e saber como lidar com o seu próprio cuidado e promover a autogestão.^{21-23,25}

No que se refere ao planejamento de estratégias educacionais para a prevenção de intercorrências e complicações, a primeira categoria propõe que o paciente saiba identificar sinais clínicos de rejeição, infecção, complicações neurológicas e renais. Além de conhecer a importância de cuidados de saúde como higiene pessoal e ambiental, cuidados relacionados à preservação da função renal por meio da ingestão de líquidos e, principalmente, com os ajustes das doses de medicação, para que não ocorra nefro-toxicidade.^{1,5,16,17,26}

Em razão dos cuidados domiciliares, saberes para autocuidado e prevenção de agravos apresentados na primeira categoria, compreende-se que a equipe deve estabelecer um meio de comunicação simples, rápido e efetivo para oportunizar um fluxo na logística de atendimento deste paciente, caso algum agravo surja. Em consonância a esse apoio, pontua-se o papel do enfermeiro enquanto profissional da assistência direta em ambulatórios, unidades avançadas de saúde e instituições de alta complexidade, viabilizando a avaliação rápida, concreta e segura frente a qualquer evento clínico apresentado por estes pacientes. O enfermeiro deve apresentar conhecimento e habilidade para auxiliar essas pessoas em momentos de

agravos, bem como orientar e capacitar o paciente para identificar precocemente alterações que possam surgir em domicílio.²⁵⁻²⁸ Tal apoio é citado como ponto chave para o planejamento da alta hospitalar, onde a equipe multiprofissional das instituições de saúde pode desenvolver a contra referência e contribuir para os cuidados domiciliares.

Outro achado de extrema relevância no estudo apresentado na segunda categoria, refere-se ao cuidado do profissional farmacêutico no planejamento da alta hospitalar. A presença deste profissional é de extrema relevância e importância. Este deve estar presente em todas as etapas da hospitalização do TH, sendo um dos responsáveis por inserir informações quanto ao uso correto das doses dos medicamentos em domicílio.^{8,13,15} Considerando a obrigatoriedade do consumo adequado dos medicamentos após o TH, além dos diferentes e variados efeitos colaterais, os estudos primários mostram como fundamental que este profissional desenvolva com os demais membros da equipe, ações e estratégias para dar apoio ao paciente e à família em relação às doses, horários, interações medicamentosas, armazenamento e outros cuidados.^{8,15,16}

A transição do uso de medicamentos do ambiente hospitalar para o domicílio é considerado um momento de vulnerabilidade. A pouca ou total falta de informações e despreparo do paciente e família para o uso pode acarretar diversos problemas de saúde, baixa adesão ao tratamento ou até mesmo desistência para o uso.^{3,28} Considerando que o paciente submetido ao TH não pode, em hipótese alguma, deixar de fazer uso de imunossupressores, a participação do farmacêutico é uma estratégia ímpar na alta hospitalar. Ele deve orientar e esclarecer dúvidas de maneira simples e clara, para que não haja superdosagem ou esquecimento, além de despertar e assegurar total confiança ao paciente para autogestão do uso desses fármacos.²²

A segunda categoria traz a compreensão da necessidade da inserção do profissional farmacêutico nas orientações ao paciente, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados, segurança e sobrevida do enxerto. Destaca-se como atribuições deste profissional: a dispensação dos medicamentos – momento em que o profissional interage com o paciente e sua família – e orientação quanto ao uso correto (horário, dose, associações com outros medicamentos, efeitos colaterais, possíveis agravos de saúde). Os achados apontam que o farmacêutico não deve assumir apenas as atividades administrativas, mas inserir-se nas atribuições clínicas e ter contato direto com o paciente. Contribuindo, assim, para a qualidade e sobrevida do enxerto, reduzindo riscos e danos à vida do paciente.^{29,30}

A terceira categoria aponta como fundamental o apoio e a autoconfiança do paciente quanto aos controles diários a serem desenvolvidos em domicílio (verificação de sinais vitais, glicemia, diurese, peso, consumo de água, entre outros). Essa categoria trouxe implícita a necessidade de ser utilizada pela equipe ferramentas de cuidado onde o paciente possa anotar diariamente horários e resultados de maneira sequencial e, concomitantemente, para que possam fazer a gestão desses dados. Atualmente, já há essas ferramentas disponíveis por

meio de quadros, guias, visitas domiciliares, contra referência e o uso de aplicativos.^{31,32}

Ainda neste assunto, os achados apontam como cuidados diários para promoção da saúde atividades físicas diárias, sendo necessário explicar quais são as restrições e quais exercícios podem e devem ser realizados pelo paciente, tais como: caminhadas, desempenho em academia e atividades de rotina no domicílio que demandem pouco esforço. Um dos estudos mostra o aumento da capacidade de exercício e melhora metabólica com o uso de um plano de atividade física diária (pré = 194,2 kcal; pós = 258,6 kcal). A melhora das condições físicas promove o autocuidado e a autoestima do paciente.¹⁸ Atividades que promovam o autocuidado desencadeiam mudanças comportamentais e no estilo de vida, conseqüentemente melhoram a ingestão alimentar, prática de exercícios físicos, uso de medicação correta e melhora na adesão ao tratamento.^{24,25,33,34}

Outro achado importante na categoria 3 refere-se ao controle da glicemia em razão desse distúrbio metabólico estar associado, principalmente, à terapia imunossupressora, sendo fundamental o envolvimento do paciente nesse cuidado.¹⁸ Destaca-se que o déficit no controle glicêmico pode resultar em quadros de hipoglicemia e hiperglicemia. O controle da glicemia é um desafio para paciente e família, haja visto que muitos desses pacientes até o TH não tinham alteração na glicemia.²⁴ Contudo, após o TH, esse é um cuidado fundamental, em virtude de episódios de hiperglicemia resultarem, ao longo dos anos, em patologias micro e macro vasculares e neuropatias.²⁴

Assim, torna-se prudente que a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, vá gradativamente orientando e mostrando como deve ser realizado esse cuidado, bem como mostrar valores alterados e sinais de alerta para alterações na glicemia. Recomenda-se que essa mesma equipe oportunize ao paciente o desenvolvimento desse cuidado durante a hospitalização, onde esses profissionais têm o dever de gerenciá-lo, assegurando a autoconfiança do paciente e promovendo o autocuidado. Importante ressaltar que atividades de autocuidado, bem como educação em saúde, promovem melhorias e mudanças na vida diária dessas pessoas.

Quanto à quarta categoria, pontua-se como relevante que o paciente seja estimulado a cuidar de si. Os achados mostram como elementar que gradativamente o paciente tente voltar a desenvolver todas as atividades que eram realizadas antes do TH. Mesmo que haja resistência do paciente, família e dos colegas de trabalho, é indispensável que o transplantado volte a assumir as atividades profissionais realizadas anteriormente. Para tanto, é crucial que a equipe prepare o paciente e a rede de apoio para as limitações impostas pelo TH, em especial nos primeiros meses e anos. É importante também que eles compreendam que nos primeiros meses há maiores limitações e cuidados. Contudo, com o passar do tempo, pouco a pouco o paciente precisa retomar sua rotina de vida, em especial quanto ao trabalho. Um estudo primário aponta que a maioria destes não consegue retornar ao trabalho, sendo encaminhado

para perícia e aposentadoria. Outros retornam, mas devido às limitações acabam demitidos.^{12,14,18}

A dificuldade na readaptação à nova rotina de vida, bem como a mudança na imagem corporal e a alteração na qualidade de vida desses pacientes no pós-TH, está diretamente relacionada à complexidade do tratamento.³⁵ Assim, é imprescindível que informações sejam compartilhadas de maneira adequada, viabilizando a inserção do paciente, família e rede de apoio a esta realidade. Nesta perspectiva, é interessante que a equipe, em especial o enfermeiro, por atuar diretamente no cuidado a essas pessoas em todo o perioperatório do TH, vá gradualmente informando e apresentando materiais audiovisuais a familiares, amigos e outras pessoas próximas, para que possam compreender como será a vida do paciente após o TH, em especial nos seis primeiros meses, onde há maiores cuidados e alterações clínicas. Os estudos primários deixam clara a importância da educação em saúde.

Limitação do estudo – número significativo de estudos primários com nível de evidência 5 e 7. Poucas recomendações quanto aos cuidados diários envolvendo frequência da realização desses cuidados e encaminhamentos quando identificadas alterações clínicas. Ainda, pontua-se que não foram identificados guias, protocolos e diretrizes que apontassem estratégias consolidadas e validadas para o plano de alta do TH.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo trouxe como proposta a identificação de evidências na literatura que apoiassem o planejamento de cuidados na alta hospitalar. Nesta perspectiva, as informações identificadas apontam estratégias efetivas capazes de proporcionar mudanças na prática diária da equipe de assistência ao paciente, além de auxiliar na adesão ao tratamento, melhora na qualidade de vida e sobrevida do enxerto.

Dentre as principais evidências identificadas, destaca-se: a educação em saúde no sentido de munir o paciente de informações quanto aos sinais que indiquem alterações no sistema orgânico; a presença do farmacêutico em todas as etapas do plano de alta, proporcionando comunicação efetiva junto ao paciente e equipe médica. Outra estratégia apontada no estudo foi o desenvolvimento do autocuidado, autoconfiança e autogestão. A promoção da autoconsciência pela equipe de saúde durante o período de hospitalização com relação ao controle glicêmico, uso de insulina, verificação de sinais vitais, controle de peso, diurese e outros apoia e empodera o paciente para os cuidados domiciliares.

O presente estudo contribuiu para o conhecimento e a conscientização da importância da assistência multiprofissional no momento de transição do hospital para o domicílio, incluindo o plano de cuidado para atividades físicas; higienização pessoal; apoio psicológico para mudanças na imagem corporal e na vida diária; além da importância da organização da rede de apoio para retorno ao trabalho.

Por fim, compreende ser factível o aprimoramento no planejamento da alta hospitalar no cenário do transplante hepático com os achados na literatura. No entanto, evidencia-se a necessidade de mais estudos com nível de evidência satisfatório a fim de fortalecer a prática baseada em evidências.

FINANCIAMENTO

À Pró-Reitoria de Extensão pela concessão de bolsas de extensão, Programa Probolsas da Universidade Federal de Santa Catarina, com número de registro: SIGPEX N.201711127.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Laís Fischer Wachholz. Neide da Silva Knihs. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Sabrina Regina Martins. Marisa da Silva Martins. Análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. Interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Aline Lima Pestana Magalhães.

EDITOR ASSOCIADO

Marcelle Miranda da Silva

REFERÊNCIAS

- Morais EM, Corand D, Machado GC, Abreu MO, Matos EM, Cruz SAC. Postoperative complications of liver transplant: evidence for the optimization of nursing care. *Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2017;9(4):999-1007. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.999-1007>.
- Mcginis CW, Hays SM. Adults with liver failure in the intensive care unit: a transplant primer for nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018;30(1):137-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2017.10.012>. PMID:29413209.
- Oliveira RA, Turrini RNT, Poveda VB. Adherence to immunosuppressive therapy following liver transplantation: an integrative review. *Rev Latinoamericana de Enf*. 2016;1(1):e2778. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1072.2778>. PMID:27579933.
- Ribas ED, Bernardino E, Larocca LM, Poli P No, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;71(1, suppl 1):546-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. PMID:29562010.
- Silva SS, Assis MMA, Santos A. The nurse as the protagonist of care management in the Estratégia Saúde da Família: diferente analysis perspectives. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>.
- Ferrazzo S, Vargas MAO, Gomes DC, Gelbcke FL, Hammerschmidt KSA, Lodeyro CF. Specialist service in liver transplant in a University Hospital: a case study. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e2630015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002630015>.
- Mota L, Bastos F, Brito M. The liver transplant patient: characterization of the therapeutic regimen management style. *Rev de Enf Referência*. 2017;4(13):19-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17006>.
- Lima LF, Martins BCC, Oliveira FRP, Cavalcante RMA, Magalhães VP, Firmino PYM, et al. Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety. *Einstein*. 2016;14(3):359-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3481>.
- Negreiros FDS, Pequeno AMC, Garcia JHP, Aguiar MIF, Moreira TR, Flor MJN. Multi-professional team's perception of nurses' competences in liver transplantations. *Rev Bras de Enf*. 2017;70(2):242-48. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0>.
- Sousa LMMS, Marques-Vieira CMA, Severino SS, Antunes AV. The methodology of integrative review of literature in nursing. *Rev Investigação em Enferm*. 2017;17(26):17-26.
- Melnyk BM, Finout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. *Crit Care Nurse*. 2014;34(3):174-178.
- Ordin YS, Karayurt Ö, Wellard S. Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nurs Health Sci*. 2012;1(15):31-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00715.x>. PMID:23094933.
- Musgrave CR, Pilch NA, Taber DJ, Meadows HB, Mcgillicuddy JM, Chavin KD et al. Improving transplant patient safety through pharmacist discharge medication reconciliation. *Am J Transplant*. 2013;13(3):796-801. <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.12070>. PMID:23332093.
- Garcia AMC, Veneroso CE, Soares DD, Lima AS, Correia MI. Effect of a physical exercise program on the functional capacity of liver transplant patients. *Transplant Proc*. 2014;46(6):1807-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.05.023>. PMID:25131042.
- Toh MR, Teo V, Kwan YH, Raaj S, Tan SYD, Tan JZY. Association between number of doses per day, number of medications and patient's non-compliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Prev Med Rep*. 2014;1:43-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2014.10.001>. PMID:26844038.
- Bardet JD, Charpiat B, Bedouch P, Rebillon M, Ducerf C, Gauchet A, et al. Illness representation and treatment beliefs in liver transplantation: an exploratory qualitative study. *Ann Pharm Fr*. 2014;72(5):375-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharma.2014.05.005>.
- Chaney A. Primary care management of the liver transplant patient. *Nurse Pract*. 2014;39(12):26-33, quiz 33-4. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NPR.0000456392.75876.63>. PMID:25397746.
- Wallia A, Illuri V, Molitch M. Diabetes care after transplant. *Med Clin North Am*. 2016;100(3):535-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.01.005>. PMID:27095644.
- Mendes KDS, Lopes NLC, Fabbris MA, Castro-e-Silva Júnior O, Galvão CM. Sociodemographic and clinical characteristics of candidates for liver transplantation. *Acta Paul Enferm*. 2016 abr;29(2):128-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600019>.
- Beckmann S, Künzler-Heule P, Biotti B, Spirig R. Mastering together the highs and lows: patients' and caregivers' perceptions of self-management in the course of liver transplantation. *Prog Transplant*. 2016;26(3):215-23. <http://dx.doi.org/10.1177/1526924816654769>. PMID:27297233.
- Aguiar MIF, Alves NP, Braga VAB, Souza AMA, Araújo MAM, Almeida PC. Psychosocial aspects of quality of life of hepatic transplant recipients. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003730016>.
- Moayed MS, Ebadi A, Khodaveisi M, Nassiri Toosi M, Soltanian AR, Khatiban M. Factors influencing health self-management in adherence to care and treatment among the recipients of liver transplantation. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:2425-36. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S180341>. PMID:30510406.
- Bottan ER, Campos L, Verwebe APS. Health education: concepts and practices of surgeons dentists of family health strategy. *Unimontes Cientifica*. 2016;2(18):25-35.

24. Bertonhi LG, Dias JCR. Type 2 Diabetes mellitus: clinical aspects, treatment and dietary management. *Rev Ciências Nutricionais Online*. 2018 [citado 2019 dez 4];2(2):1-10. Disponível em: http://repositorio.unifafibe.com.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/104/2018_LGB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Pio FSCG, Azevedo DM, Marques LF, Santiago LC. Nursing care in heart transplantation: integrative review. *Rev Enferm (Lisboa)*. 2016;5(10):1857-65. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201635>.
26. Sá AS, Ziviani LC, Castro-e-Silva O, Galvão CM, Mendes KDS. Information needs of family caregivers regarding liver transplant candidates. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 mar;37(1):e54650. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54650>. PMID:26982683.
27. Oliveira PC, Deta FP, Paglione HB, Mucci S, Schirmer J, Roza BA. Adherence to liver transplantation treatment: an integrative review. *Cogitare enferm*. 2019;24:e58326. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58326>.
28. Costa JM, Martins JM, Pedroso LA, Braz CL, Reis AMM. Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety. *Rev Bras de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. 2014;1(5):28-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3481>.
29. Carvalho CCA, Campos OH No. Papel do profissional farmacêutico no Sistema Único De Saúde (SUS) em um município de Minas Gerais. *Rev Bras de Ciências da Vida*. 2018 [citado 2019 dez 4];6(3):1-26. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavidada.com.br/index.php/RBCV/article/view/641>
30. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar R. Pharmaceutical assistance in family health strategy: an analysis of access. *Rev Bras Farm*. 2013 [citado 2019 dez 4];3(94):219-26. Disponível em: <http://rbfarma.org.br/files/rbf-v94n3-04.pdf>
31. Oliveira ARF, Alencar MSM. The use of health applications for mobile devices as sources of information and education in healthcare. *Rev Digit Bibliotecon Cienc Inf*. 2017 jan-abr;15(1):243-5. <http://dx.doi.org/10.20396/rdbci.v0i0.8648137>.
32. Fernandes MP, Marin HF. The mobile applications use for diet control in adults: an Integrative Systematic Review. *J Health Inform*. 2018 out-dez; [citado 2019 dez 4];10(4):119-24. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/w/562/343>
33. Ferraz EF, Sales CA, Marcon SS. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170043. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170043>.
34. Marathe PH, Gao HX, Close KL. American diabetes association standards of medical care in diabetes 2017. *J Diabetes*. 2017;9(4):320-4. <http://dx.doi.org/10.1111/1753-0407.12524>. PMID:28070960.
35. Razia JM, Lazzaretti CT. Diagnoses of Disease and Narrative: Ethnographical Studies With Liver Transplanted Patients. *Rev Lat Am de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 2015; 7(17):32-41. Disponível em: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/385>.