

TRANSPLANTE DE PÂNCREAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ALTA HOSPITALAR*

PANCREATIC TRANSPLANT: NURSING CONTRIBUTIONS TO HOSPITAL DISCHARGE

TRASPLANTE DE PÂNCREAS: CONTRIBUCIÓN DEL ENFERMERO AL ALTA HOSPITALARIA

Adriana Cristina de Assis Ribeiro¹

Adelaide De Mattia Rocha²

Selme Silqueira de Matos³

Alexandra Dias Moreira⁴

RESUMO

Neste estudo, discorre-se sobre a experiência do enfermeiro com os pacientes no pós-operatório de transplante de pâncreas em um hospital de grande porte de Belo Horizonte. As autoras apresentam a construção de um protocolo assistencial para essa clientela, bem como relatam as ações do enfermeiro nas áreas administrativa, assistencial, de ensino e de pesquisa, privativas do enfermeiro.

Palavras-chave: Transplante de Pâncreas; Cuidados Pós-Operatórios/enfermagem; Controle de Formulários e Registros; Enfermagem.

ABSTRACT

The present study describes the nursing experiences during the postoperative period of patients who underwent pancreatic transplant in a large hospital of Belo Horizonte. The authors present the elaboration of care protocols for such patients and report the nursing actions in management, care, teaching and research.

Key words: Pancreas Transplantation; Postoperative Cares/nursing; Forms and Records Control; Nursing.

RESUMEN

El presente estudio enfoca la experiencia del enfermero en el posoperatorio de pacientes con trasplante de páncreas internados en un gran hospital de Belo Horizonte. Las autoras presentan la construcción de un protocolo asistencial para estos pacientes y también relatan las acciones del enfermero en las áreas administrativa, asistencial y de investigación, particulares del enfermero.

Palabras clave: Trasplante de Páncreas; Cuidados Posoperatorios/enfermería; Control de Formularios y Registros; Enfermería.

* Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – área de transplante.

¹ Enfermeira especialista em Enfermagem em Transplante pela EEUFG.

² Enfermeira Doutora em Enfermagem pela USP. Professora adjunta. Professora do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFG – Orientadora.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFG. Membro do NEPCE.

⁴ Aluna da graduação em Enfermagem da EEUFG.

INTRODUÇÃO

Em 1968 foi realizado, no Rio de Janeiro, o primeiro transplante de pâncreas isolado no mundo, sendo que em 1966 aconteceu em Minnesota o primeiro transplante simultâneo de pâncreas com rim.^{1,2}

Passaram-se vinte anos até que houvesse a primeira série de transplantes de pâncreas, realizados na Santa Casa de Porto Alegre, entre 1987 e 1993. No período entre 1993 e janeiro de 1996, não houve registros de transplantes de pâncreas, quando foi iniciado o programa no Hospital de Beneficência Portuguesa de São Paulo. De 1996 a 2001, os transplantes pancreáticos passaram por diversas etapas, dentre elas a política de reconhecimento do procedimento e da alocação de órgãos.³

O crescente avanço tecnológico em diversas áreas, as mudanças nos processos de trabalho, dentre outros, são fatores que exigem das empresas públicas e privadas adaptação rápida e constante às mudanças. A complexidade dos problemas exige um trabalho que rompa com a visão fragmentada da assistência, buscando permanentemente a qualidade dessa assistência.

Diante dessas mudanças, alguns hospitais estão em busca de novos modelos assistenciais e formas de gestão inovadas, a fim de alcançarem resultados capazes de melhorar o bem-estar dos indivíduos, humanizar a assistência, otimizar os recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados. O Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Organização Nacional de Acreditação (ONA), tem desenvolvido grande esforço para incentivar o aprimoramento da assistência à população e melhoria na gestão das instituições hospitalares.⁴

Nesse contexto, o enfermeiro, como profissional, é preparado para colocar a ciência e o método científico a serviço de indivíduos doentes ou sãos. A utilização de uma metodologia científica deve ser de domínio do enfermeiro, tanto para assuntos administrativos como para técnicos. Esse profissional está inserido na equipe de saúde como membro da equipe interdisciplinar para a elevação dos níveis de qualidade de saúde, portanto, ele é participante ativo do processo de desenvolvimento.⁵

A unidade de Transplante do Hospital Felício Rocho é pioneira, em Minas Gerais, no transplante de pâncreas e o segundo maior centro dessa especialidade no País. Assim, visando à racionalização e à sistematização de procedimentos dessa Unidade de Transplante e em especial, neste estudo, aos pacientes em pós-operatório de transplante de pâncreas, esperamos contribuir ao relatar nossa experiência com essa clientela.

OBJETIVOS

- Relatar a experiência dos profissionais de enfermagem relacionada ao transplante de pâncreas em uma unidade de transplante de hospital de grande porte de Belo Horizonte, MG.

- Construir um protocolo de orientação pós-operatória para os pacientes submetidos a transplante de pâncreas, fornecendo-lhes informações sobre as condutas tomadas após o transplante, mediante abordagem didática.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com pacientes e enfermeiros discentes de uma unidade de transplante de hospital de grande porte de Belo Horizonte, MG, durante o estágio curricular da graduação e atividades de dispersão na pós-graduação em transplante da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Mediante conhecimento prévio e estudos sobre os cuidados ao paciente pós-alta hospitalar, procuramos traçar as dúvidas mais frequentes e possíveis déficits no autocuidado apresentados pelos transplantados. Com base em tais parâmetros, foi construído um protocolo de orientações e condutas direcionadas ao paciente que se submeteu ao transplante pancreático isolado ou aliado ao transplante renal.

Deu-se preferência a uma linguagem de fácil entendimento pelos usuários. Foram abordados temas relacionados à alimentação e à prevenção de quadros infecciosos, realizadas consultas e exames, bem como utilizados imunossupressores e outros medicamentos. Foram descritos, também, no decorrer do trabalho, aspectos teóricos e epidemiológicos importantes para o entendimento do tema abordado.

AS FUNÇÕES DO PÂNCREAS NO ORGANISMO HUMANO E AS POSSIBILIDADES DE RESTITUIÇÃO DE FUNÇÕES DETERIORIZADAS MEDIANTE O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

O pâncreas é um órgão com formato de um tubo, localizado atrás do estômago e na frente da coluna vertebral, e ligado ao duodeno. Ele produz o suco pancreático (enzimas) e hormônios, como a insulina. As enzimas pancreáticas e os hormônios são necessários para manter o metabolismo do organismo (como a digestão e o controle da glicose). A insulina controla a glicemia. O suco pancreático, também rico em enzimas, ajuda a digestão no intestino. O suco pancreático produzido é drenado para dentro dos ductos, ligados ao intestino, para ajudar na digestão.⁶

O pâncreas possui duas funções vitais: suprir o intestino com suco pancreático rico em amilase, para ajudar na digestão; e secretar insulina e outros hormônios que controlam o aumento da glicose no sangue.

Quando o pâncreas não produz insulina, desenvolve-se o diabetes *mellitus* insulino-dependente. Hoje, o diabetes *mellitus* tipo 1 é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. Até o momento, o transplante de pâncreas é o único tratamento que normaliza a

glicemia sem necessidade de aplicação de insulina; assim, o portador de diabetes tipo 1 passa a ser um candidato ao transplante de pâncreas, para prevenir complicações futuras.

INDICAÇÕES DE TRANSPLANTE DE PÂNCREAS APENAS PARA O PACIENTE PORTADOR DE DIABETES TIPO 1

Os indivíduos acometidos de diabetes *mellitus* tipo 1 enfrentam sérias dificuldades, dada a necessidade diária de administração de insulina exógena, monitorização do seu controle metabólico por meio de glicemias capilares com ajustes nas doses de insulina, além de um regime alimentar restrito.

Estima-se uma prevalência de diabetes *mellitus* tipo I de 0,3% na população ocidental.⁶ Apesar dos avanços nos suportes terapêuticos existentes e a insulino terapia, o controle da doença é considerado deficiente, uma vez que as complicações secundárias podem apenas ser postergadas, mas não evitadas.

O transplante de pâncreas é o único tratamento do diabetes *mellitus* que pode levar à cura mediante a normalização da glicemia. Para o diabético tipo 1, pode-se realizar o transplante renal isolado, seguido ou não de transplante pancreático, ou optar pelo transplante simultâneo de ambos os órgãos. Para aqueles com função renal preservada, pode-se optar pelo transplante pancreático isolado.³ Entretanto, considera-se candidato a transplante de pâncreas qualquer indivíduo que se encontre em uma das condições a seguir:

- começar a apresentar lesões em órgãos-alvo (como microalbuminúria, neuropatias periféricas, retinopatias ou alterações cardiovasculares).
- já perdeu sua função renal (realiza-se o transplante de pâncreas e dos rins simultaneamente – transplante duplo).
- já é transplantado renal e por algum motivo não recebeu um pâncreas na mesma cirurgia.
- quando apresenta a labilidade glicêmica, que o expõe a constante risco de vida.

POSSIBILIDADES DE REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTES QUE INCLUEM O PÂNCREAS COMO ÓRGÃO-ALVO, CONSIDERANDO AS NECESSIDADES DO PACIENTE

Transplante de pâncreas isolado

Restringe-se a crianças ou jovens portadores de neuropatia, diabetes de difícil controle clínico, dada a resistência insulínica ou a retinopatia proliferativa precoce rapidamente progressiva, pacientes não urêmicos, que iniciam complicações do diabetes.⁷

Transplante simultâneo de rim e pâncreas

A maioria dos centros transplantadores tem indicado o transplante simultâneo de rins e pâncreas quando há comprometimento renal, preferencialmente na fase pré-diálise, em que a filtração glomerular está abaixo de 40ml/min.⁸ No entanto, para evitar a rejeição, uma das complicações mais temíveis do transplante, faz-se necessário o uso contínuo de medicamentos imunossupressores.

Avanços no que se refere à imunologia, técnicas cirúrgicas, associação de imunossupressores e conservação do órgão com a definição da Universidade de Wisconsin, EUA, contribuíram significativamente para a sobrevida do enxerto.⁷

Transplante de pâncreas após rins

Indica-se esse tipo de transplante para os indivíduos submetidos a transplante renal, com evolução satisfatória, mas portadores de diabetes *mellitus* tipo 1 e suas complicações.⁸

Transplante de ilhotas de Langerhans

Teoricamente, esse tipo de transplante é o mais indicado para o diabético com ou sem insuficiência renal, porém os resultados ainda inconsistentes do transplante clínico dão caráter experimental à realização dele.⁸

As ilhotas de Langerhans não representam mais do que 1% a 2% do volume pancreático total e geralmente necessitam de um grande número de doadores para o implante de maior número de células. No entanto, dada a dificuldade de obtenção de órgãos para transplante, tal método é impossível.⁷

Atualmente, não se deve indicar normas rígidas para transplante em portadores de nefropatia diabética e diabetes *mellitus* tipo 1, e uma alternativa viável seria o transplante concomitante de rim de doador vivo e pâncreas de doador cadáver, uma vez que a imunossupressão é a mesma e a disponibilidade de doador vivo para rins é maior, assim como a disponibilidade de pâncreas proveniente de doador cadáver.⁸

BENEFÍCIOS DO TRANSPLANTE DE PÂNCREAS

A qualidade de vida é marcante, pois ocorre a normalização da glicemia sem necessidade de dieta, correção da insuficiência renal e da hipertensão arterial. Tem-se, também, a estabilização das alterações oculares do diabetes (retinopatia), embora não haja recuperação do que já foi destruído pela doença. Promove-se, sim, melhora da neuropatia diabética, que freqüentemente acomete nesses casos, não havendo mais necessidade do controle de glicemia capilar pelo hemoglicoteste (HGT), tampouco a restrição alimentar, visto que o objetivo é controlar o nível de açúcar sem necessidade de injeção de insulina.⁶

UM OLHAR SOBRE AS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE PÂNCREAS ISOLADO

O diabetes tipo 1 é um grave problema de saúde pública, pois está frequentemente associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no tratamento e nas complicações dele decorrentes.

No convívio profissional com os clientes candidatos ao transplante de pâncreas isolado em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, pioneiro em transplante de pâncreas, percebe-se que eles vivenciam a espera de recuperação e até mesmo de cura da insuficiência renal crônica e do diabetes *mellitus* tipo 1. No entanto, o pós-operatório acarreta sentimentos de medo, ansiedade e apreensão com relação à cirurgia e à perda do órgão transplantado. O paciente torna-se vulnerável, sendo necessário que o profissional forneça informações adequadas para que o paciente possa adaptar-se a uma nova vida, incluindo agora não mais terapias dialíticas ou insulinoterapia, mas a dependência do uso constante de medicações imunossupressoras para combater a rejeição.

A aceitação do transplante é um processo difícil para o paciente, entretanto há que considerar as possibilidades de sucesso que proporcionam um novo ânimo para os transplantados, além da possibilidade de retornar às atividades cotidianas que foram abandonadas em razão da doença e de poder realizar novos projetos de vida. A decisão do paciente em se submeter ao transplante é difícil, pelas modificações impostas pela intervenção.

Na perspectiva de considerar para estudo o transplante de pâncreas isolado, optou-se por descrever, de acordo com as experiências vivenciadas no serviço anteriormente citado e com os destaques da literatura, as necessidades de enfermagem e apresentar uma proposta de construção do protocolo de assistência de enfermagem visando à adaptação do paciente às orientações e ao treinamento para o controle e o autocuidado.

O PÓS-CIRÚRGICO

Após seis horas de cirurgia, o paciente, provavelmente, já estará insulino independente, mas terá de aprender a conviver com, aproximadamente, 15 comprimidos por dia, entre imunossupressores, antiácidos, antibióticos profiláticos, anticoagulantes e corticóides.

A maioria dos pacientes passa por alguma espécie de complicação nas primeiras semanas após o transplante, como o risco de infecção, dada a necessidade da imunossupressão. Alguns medicamentos imunossupressores podem levar à hipertensão arterial e às reações neurológicas indesejáveis, como a insônia, a irritabilidade, a sensação de formigamento e os tremores nas extremidades, alterações que tendem a diminuir após 90 dias da cirurgia, quando as doses dos remédios passam por redução. Os pacientes aprenderão

a conviver com um controle rigoroso e freqüente na realização de exames laboratoriais e consultas multiprofissionais.³

DADOS ESTATÍSTICOS

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG)⁹, a TAB. 1 mostra o número de transplantes realizados no hospital campo de estudo a partir de 2001.

TABELA 1 – Relação de transplantes renais e pancreáticos realizados no hospital em estudo a partir do ano de 2001

ANO	Tx. Pâncreas e rim	Tx. Pâncreas isolado	Tx. Pâncreas após Tx. renal
2001	22	05	03
2002	30	15	-
2003	38	24	-
2004	37	14	02
2005	18	08	02
Até agosto de 2006	09	07	-

Fonte: Secretária de Saúde do Estado de M. Gerais (SSE-MG)⁹

Observou-se que o transplante duplo (pâncreas/rim) acontece mais frequentemente que o transplante de pâncreas isolado. Isso ocorre porque os pacientes candidatos ao transplante de pâncreas isolado são pacientes graves que descobrem a doença tardiamente (75 % dos pacientes já têm insuficiência renal crônica) tendo de submeter-se a transplante rim/pâncreas, no qual os resultados são melhores. A literatura aborda mais sobre o transplante de rim/pâncreas do que pâncreas isolado.

Em 2003 registrou-se o maior número de transplantes de pâncreas, pois havia uma demanda reprimida de pacientes, ou seja, quando a Unidade de Transplantes se iniciou, houve maior oferta do órgão.⁹

Até a metade desse ano, poucos transplantes foram realizados em razão da falta de informação, divulgação, esclarecimento e de campanhas para incentivar a doação de órgãos. Ainda hoje, pouco se fala sobre o assunto, daí o fato de a população não ter noção de como se tornar um doador.

AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA, ENSINO, PESQUISA E ADMINISTRAÇÃO

O enfermeiro, durante o processo de construção do conhecimento, ao longo dos cursos de graduação, apropria-se de competências e habilidades que aparecem de forma clara nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3, de

7 de novembro de 2001)¹⁰ e nas recomendações da Anvisa/ONA.⁴ Neste estudo, a ênfase foi na elaboração de protocolo, porém outras ações são preconizadas a saber:

Ações do enfermeiro de natureza assistencial

- Elaboração do projeto implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem,¹¹ que consiste na coleta de dados, elaboração de diagnósticos de enfermagem, intervenção e posterior avaliação dos resultados atingidos, por meio de folhas de evolução de enfermagem anexadas ao prontuário de cada paciente.
- Elaboração de protocolos técnicos para a execução dos procedimentos de enfermagem, que são discutidos e elaborados em equipe, de acordo com as intervenções de enfermagem necessárias no setor. O protocolo deve ser de fácil acesso a todos os profissionais da saúde.
- Execução de procedimentos de alta complexidade técnica, conforme funções privativas do enfermeiro preconizadas na Lei nº 7.857, de 26 de junho de 1986. Para isso, lançar mão da educação continuada em constantes reciclagens do saber para treinamento dos profissionais.
- Avaliação de procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento/monitoramento de casos pós-transplante de pâncreas.

Ações do enfermeiro de natureza administrativa

- Supervisão contínua e sistematizada nas diferentes áreas de atuação da Unidade de Transplante de Pâncreas.
- Gerência do Serviço de Saúde e de Enfermagem coordenando a seleção e o dimensionamento da equipe de enfermagem e/ou de saúde compatíveis com as necessidades da Unidade de Transplante de Pâncreas.
- Elaboração da escala de enfermagem de modo a assegurar a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas do dia ao paciente transplantado.
- Avaliação e/ou execução de registros de enfermagem completos, legíveis e assinados, no prontuário, comprovando a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados.
- Criação de comissões obrigatórias de enfermagem, onde será discutida a sistematização da assistência de enfermagem, além de outros temas.
- Elaboração e análise de dados estatísticos para a tomada de decisão clínica e gerencial.

Ações do enfermeiro na área de ensino

- Elaboração de programas de educação continuada e implementação com monitoramento e evidências de melhorias contínuas ao paciente em pós-operatório de transplante de pâncreas.
- Participação em grupos de trabalho para a melhoria dos processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos indesejáveis.

Ações do enfermeiro de natureza científica

- Desenvolvimento de pesquisas científicas, mediante a criação de metanálises, estudos de casos, revisões de literatura e posteriores publicações.
- Elaboração e análise de dados estatísticos para a tomada de decisão clínica e gerencial.
- Elaboração de indicadores epidemiológicos utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial para pacientes em pós-transplante de pâncreas.
- Comparação de resultados científicos com referenciais e análise de impacto gerado na comunidade.
- Implantação de sistema de satisfação dos clientes internos e externos, mediante relatos escritos dos próprios pacientes sobre a satisfação em relação aos serviços prestados.

CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

A elaboração de um protocolo de construção complexo se dá em fases, as quais podem ser desenvolvidas simultaneamente ou sequencialmente,¹² a saber:

- apropriação do conhecimento;
- elaboração do diagnóstico situacional;
- caracterização da clientela;
- definição de normas terapêuticas;
- construção de normas de atendimento;
- criação de instrumentos para sistematização do tratamento;
- implantação e implementação do protocolo.

Com base em tais parâmetros, foi possível que a equipe de enfermagem verificasse as dúvidas e questionamentos mais importantes dos pacientes em relação ao pós-operatório do transplante para, enfim, fazer uma listagem das principais orientações aos usuários.

Muitas dúvidas poderão ser respondidas com esse protocolo, porém o paciente não deve deixar de fazer

suas perguntas caso ainda esteja inseguro a respeito de algo. O objetivo é que o paciente se torne um perfeito conhecedor de seu próprio órgão transplantado, o que o ajudará na recuperação, dando, ainda, um apoio à equipe que cuida da saúde dele. A seguir, são abordados cuidados com a alimentação, uso de imunossupressores, consultas, exames laboratoriais e cuidados para evitar infecções.

Cuidados com a alimentação

- Evitar comer alimentos com muito sal, que causa retenção de líquido no corpo, provocando inchaço (= edema), além de sobrecarregar o trabalho do coração e aumentar a pressão arterial.
- Evitar massas (pães, bolos, biscoitos, macarrão). Substituir as massas por frutas nos intervalos das refeições, pois carboidratos são os açúcares que têm a função de fornecer energia para o corpo, porém seu consumo deve ser restrito, pois leva à obesidade. (Ter cuidado ao ingerir alimentos *light*, pois, apesar de conterem menor quantidade de calorias, podem conter açúcar.)
- Evitar comer alimentos que contenham potássio (presunto, rapadura, caldo de carne concentrado, doce de leite, bacalhau, extrato de tomate, uva passas, amendoim, castanha, nozes, amêndoa, chocolate, etc.). O excesso de potássio pode levar a parada cardíaca.
- Evitar comer alimentos que contenham alto teor de gorduras (óleos, maionese, gordura de carne, peles de frango, frituras, etc.). O nível elevado no sangue pode causar problemas cardíacos e até reduzir a função dos rins. Alimentos menos gordurosos previnem esses problemas e ajudam a controlar o ganho de peso e a obesidade.
- Preferir alimentar-se de fibras (poupas, casca, película, bagaço e sementes, etc.), pois elas limpam o trato digestivo, estimulam o funcionamento intestinal, ajudam a eliminar o colesterol e a controlar o nível de açúcar no sangue, prevenindo a obesidade, problemas cardíacos e câncer de cólon.
- Incluir na dieta frutas, vegetais, cereais em grãos e pães, leite desnatado ou outras fontes de cálcio, carnes magras, peixes, ovos ou outras fontes de proteína.
- Alimentar-se com fruta ou vegetal (de baixa caloria), caso sinta fome.
- Evitar coxinhas, pastéis, sanduíches, pipocas, sorvetes, doces, tortas, salgados, sucos de frutas ou vitaminas de frutas naturais, pois esses alimentos contêm muito açúcar, sal, gordura e são altamente calóricos sendo contra-indicados no controle do peso e na manutenção da saúde.
- Dar preferência a sucos industrializados, água mineral, frutas frescas inteiras e bem lavadas.

Medicamentos

- Os medicamentos chamados imunossupressores combatem a rejeição e devem ser tomados corretamente nos horários prescritos.
- Mesmo com o uso correto dos imunossupressores para ajudar a rejeição do órgão transplantado, alguns pacientes podem apresentar um ou mais episódios de rejeição branda ou moderada. Esses episódios podem ser revertidos, com alterações das drogas imunossupressoras ou com a introdução de um novo medicamento. Também pode ser necessária a internação hospitalar para a utilização de um medicamento injetável. Por isso, é importante o comparecimento do paciente às consultas e a realização dos exames laboratoriais.
- Pode-se usar um ou mais medicamentos, como:
 - Tacrolimo (Prograf): imunossupressor. É uma droga mais nova, muito semelhante à ciclosporina. É apresentada em cápsulas de 1 mg e 5 mg. Deve ser tomada de doze em doze horas, em jejum, uma hora antes ou duas a três horas depois das refeições. A concentração de Tacrolimus circulando no organismo pode ser dimensionada por meio de um exame de sangue e os resultados serão utilizados para decidir quando e como ajustar a dose, se necessário. Efeitos adversos: dor abdominal, diarreia, anemia, sangramento facilitado, aumento do colesterol.
 - Rapamune (Sirolimo): imunossupressor. Nova droga introduzida em 2000, apresentada em fórmula líquida oral – 1 mg/ml e drágeas de 1 mg e 2 mg. Essa droga é sempre associada às anteriores e deve ser conservada em geladeira quando em fórmula líquida. Tomar quatro horas após as medicações da manhã. A dose é única e diária, e também é necessária a determinação do nível sanguíneo. Efeitos adversos: dor abdominal, diarreia, anemia, sangramento facilitado, aumento do colesterol.
 - Micofenolato de Mofetila (Cell Cept): imunossupressor. Apresentado em comprimidos de 500 mg. Deve ser tomado de doze em doze horas, em jejum, uma hora antes ou duas a três horas depois das refeições. Efeitos adversos: diarreia, náuseas, vômito, aumento do colesterol, diminuição do número de leucócitos.
 - Micofenolato Sódico (Myfortic): imunossupressor. Apresentado em comprimidos de 180 mg e 360 mg. Este medicamento provoca menos alterações digestivas, principalmente diarreia. Deve ser tomado de doze em doze horas. Pode ser tomado com ou sem alimentos. Efeitos adversos: diarreia, náuseas, vômitos e diminuição do número de leucócitos.
 - Prednisona (Meticorten): imunossupressor e antiinflamatório. Comprimidos brancos de 5 mg e de 20 mg. Deve ser tomado pela manhã. Efeitos adversos: elevação da pressão arterial, aumento da glicose no sangue, aumento da gordura da face, alterações de humor, aumento do apetite e do peso.

- Prograf/Rapamune: poderá ser alterado após o resultado do exame. Sua dosagem só deve ser alterada pelo médico. Caso tenha de ser alterada a dosagem, a enfermeira da Unidade de Transplantes ou o médico deverá entrar em contato com o paciente pelo telefone, por isso o paciente deve manter o telefone de contato atualizado.
- Não tomar o Rapamune com suco de uva, pois essa fruta interfere na absorção do remédio pelo organismo. Usar somente suco de laranja ou água.
- Em caso de febre ou dor, tomar paracetamol (Tylenol) ou dipirona. Se persistir a febre, medir a temperatura e comunicar ao médico do plantão.

Febre = Temperatura maior que 37,5 °C

Reposição de imunossupressores

- As medicações são de alto custo e são fornecidas pelo governo. Para obtê-las é necessária a documentação (sumário de alta hospitalar, receitas, SME-solicitação de medicamentos especiais, relatório médico de justificativa do uso das medicações, xerox da CI, xerox do CPF, cartão do SUS, comprovante de residência) para dar entrada no processo de retirada dos medicamentos.
- O protocolo é renovado, a cada três meses, na SES, Avenida Brasil, nº 688 (Portaria nº 1.318/GM, em 23 de julho de 2002).
- O enfermeiro providenciará a documentação necessária para que o paciente receba as medicações.
- Atentar-se para a data da busca dos medicamentos na Secretaria de Saúde.
- Pedir as receitas durante o retorno às consultas, ter cuidado com feriados e finais de semana.
- O paciente é responsável pelo prosseguimento do processo de retirada dos medicamentos. Ele deve comparecer todos os meses na farmácia para retirar os remédios.
- Caso o paciente não retire as referidas medicações do mês, que são planejadas para o tratamento, o processo será cancelado, e não mais haverá meios de retirá-las. Um novo processo deverá ser feito no SUS. Não é obrigação do serviço de transplante fornecer medicação aos pacientes.
- O governo se responsabiliza pelo fornecimento das medicações, mas o paciente precisa fazer a parte dele.
- Caso o paciente não possa ir pessoalmente fazer a retirada, solicitar a um familiar ou a um amigo que o faça.

Consultas

- Os exames e consultas são agendados se o paciente não puder comparecer, avisar e remarcar.

Exames laboratoriais

- O medicamento Rapamune ou Prograf só pode ser ingerido antes de coletar o sangue.
- Tomar os medicamentos para controle da pressão com pouca água.
- Nos primeiros 45 dias após a cirurgia, os exames são realizados duas vezes por semana (consultas agendadas). Depois, serão esparsados.
- Comparecer, em jejum, ao laboratório com o pedido de exame até 8h30.
- Trazer apenas os medicamentos tomados pela manhã.

Evitando infecção

- Lavar as mãos antes de se alimentar e após ir ao banheiro.
- Lavar a ferida operatória com água e sabão neutro. Secar com uma gaze ou uma toalha limpa.
- Observar a ferida operatória. Se ela apresentar vermelhidão, inchaço ou produção de líquido, comunicar ao médico.
- O paciente deve verificar a temperatura quando se sentir febril, com calafrios, mal-estar, dores no corpo ou aflição, pois isso pode ser o primeiro sinal de infecção ou de um episódio de rejeição.
- Usar máscara descartável por trinta dias após sair do hospital. Trocá-la sempre que estiver úmida ou rasgada.
- Evitar ambientes cheios de pessoas nos primeiros trinta dias após a cirurgia, pois o paciente está mais sujeito a adquirir uma infecção, porque o sistema imunológico (a defesa do organismo) está mais fragilizado.
- Evitar contato com pessoas doentes, não receber visitas de pessoas com infecção respiratória ou crianças que tiveram contato com catapora, sarampo.
- A limpeza da casa deve ser normal, isto é, não é necessário nenhum desinfetante especial; limpe regularmente o banheiro, o filtro de água e a geladeira.
- Se apresentar diarreia, tomar um copo de limonada ou água ou gelatina líquida, para evitar desidratação. Comunicar o fato ao plantão caso apresente mais de três episódios de fezes líquidas ao dia.
- Examinar a boca; verificar se não há sinais de sapinho ou infecção (placas amareladas).
- Não é recomendável manter cães e gatos dentro de casa, entretanto, para algumas pessoas, o cachorro é tão importante que faz parte do processo de recuperação. Nesse caso, pedir a uma pessoa que mantenha o pelo do animal mais curto e dê-lhe banhos. Não deixar o animal no quarto. Evitar que ele lamba o rosto do paciente e que este não tenha

contato direto com as fezes e urina do animal. O gato deve ser evitado, dado o risco de toxoplasmose. Pássaros e outras aves são portadores de uma bactéria chamada estafilococos, por isso evitar contato direto, principalmente com as fezes deles.

Outros cuidados

- Caso o paciente se machuque com escoriações (arranhões) na pele, lavar o local com água e sabão.
- Usar protetor solar e evitar tomar sol no horário das 10 às 16 horas, pois o Cellcept e o corticóide podem deixar o paciente com mais facilidade para queimar-se. Além disso, existe o perigo de ele desidratar-se, por isso deve ingerir mais líquidos.
- Recomenda-se não fumar, pois o cigarro causa lesões nos pulmões e favorece infecções como bronquites, enfisema pulmonar, infecções fúngicas e pneumonia, principalmente porque essas doenças podem piorar com o uso de imunossupressores.
- Evitar o uso de bebida alcoólica. O álcool é decomposto pelo fígado e pode causar-lhe danos.
- Não pegar peso excessivo e restringir exercícios abdominais por três meses.
- Dependendo do tipo de trabalho, recomenda-se o retorno ao serviço tão logo seja possível, de quatro a seis meses após o transplante, exceto em casos especiais, quando o trabalho é mais pesado.
- Não praticar esportes que possam levar a choques na região abdominal, como futebol, *jiu-jítsu*, caratê, *handebol*.
- Realizar atividade física que não coloque em risco o transplante, como caminhada, que aumenta o bem-estar, além de manter o peso, estabilizar os níveis de colesterol e de pressão arterial.
- As caminhadas podem ser feitas após um mês de transplante.
- Pode-se andar de bicicleta após três meses de transplante.
- Pode-se dirigir quatro a seis semanas após o transplante.
- As relações sexuais podem ocorrer quatro a seis semanas após o transplante. O homem (seja transplantado ou não) deve usar preservativo (camisinha) e as mulheres devem evitar engravidar nos próximos dois anos após o transplante.
- As mulheres devem fazer visita periódica ao ginecologista a cada seis meses no primeiro ano após o transplante.
- Visitar regularmente o dentista a cada seis meses, para evitar infecções e/ou cárie
- Consultar regularmente o oftalmologista a cada seis meses após o implante.
- Períodos de euforia, ansiedade e depressão podem ocorrer, pois alguns medicamentos, como a Prednisona, podem causar alterações do humor.
- Depois do transplante não vacinar-se contra rubéola, sarampo, catapora, hepatite e febre amarela.
- Pode-se vacinar contra poliomielite, DPT (Tríplice), tétano e gripe (*Influenza*).
- Pesquisar pela manhã sempre na mesma balança e, se possível, com roupas mais leves e anotar.
- Verificar a temperatura pela manhã e à tarde ou sempre que suspeitar de febre, anotar e comunicar ao(à) enfermeiro(a) ou ao(à) médico(a) anormalidades.
- Verificar a pressão arterial pela manhã e anotar.
- Caso apresentar febre, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, aumento da pressão arterial, redução ou alteração do aspecto da urina, dor ou queimação no estômago, fezes muito escuras (pretas) e moles, comunicar à equipe transplantadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de enfermagem desenvolvida na Unidade de Transplantes, além de ampliar os conhecimentos sobre a visão do receptor de pâncreas no pós-operatório, melhora a compreensão do fenômeno ocorrido, bem como as expectativas de vida dele e responde a grande parte de seus questionamentos, pois no nosso cotidiano assistencial, na fase pré-operatória, presenciamos esses pacientes pouco esperançosos com a solução para a doença de que são portadores.

Na fase pós-operatória, os pacientes se deparam com o sucesso da cirurgia e melhora do seu quadro clínico. Para isso, além do trabalho dignificante da equipe transplantadora, da atuação eficiente do enfermeiro nas orientações (pré-consulta e pós-consulta), é fundamental a participação efetiva do paciente e de seus familiares no cumprimento rigoroso do protocolo descrito neste estudo.

Diante do exposto, a realização deste relato de experiência é, portanto, de grande importância e relevância para a evolução da assistência de enfermagem a esses clientes, pois, com base na compreensão da percepção de cada um deles, podemos buscar subsídios para o aprimoramento no trabalho de orientá-los, contribuindo para que recuperem a saúde, sejam reinseridos na família e na sociedade, bem como para que melhorem a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira ED, Faria R, Monteiro G, Bandeira R, Cenzo M, Calicchio T, et al. Resultado imediato do primeiro transplante de pâncreas isolado do mundo. *Hospital*. 1969; 75:147-51.
2. Kelly WD, Lillehei RC, Merkel, Idezuki Y, Getz FC. Allotransplantation of pancreas and duodenum along with the kidney in diabetic nephropathy. *Surgery*. 1967 Jun;61(6):827-37.
3. Miranda MP. Crescimento do transplante de pâncreas. *Rev ABTO News*. 2005; 4(4):6-7.
4. ANVISA/ONA. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Ribeiro CM. Novas tendências no ensino e na prática da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997; 4(1/2):21-39.
6. Brunner LSS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000.
7. Pereira E, Menegatti C, Percegoni L, Aita CA, Riella MC. Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arq Bras Psicol*. 2007; 59(1):62-71.
8. Ianhez LE. Manejo clínico do doador e do receptor do transplante renal. In: Ianhez LE. Transplante renal: aspectos clínicos e práticos. São Paulo: Roche; 2002. p.11-78.
9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Portal de informações. [Citado em 2008 jan 21]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>.
10. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 3/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001, Seção1, p.37.
11. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo; EPU/EDUSP; 1979.
12. Borges LB, Saar SRC, Gomes FSL, Lima VLAN. Feridas como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

Data de submissão: 9/3/2007

Data de aprovação: 7/10/2008