

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JENNIFER TATISA JUBILEU MAGRO

**Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado: revisão integrativa da
literatura**

RIBEIRÃO PRETO

2017

JENNIFER TATISA JUBILEU MAGRO

**Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado: revisão integrativa da
literatura**

RIBEIRÃO PRETO

2017

JENNIFER TATISA JUBILEU MAGRO

Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado: revisão integrativa da literatura

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Galvão

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Magro, Jennifer Tatisa Jubileu

Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2017.

131 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Cristina Maria Galvão

1. Sexualidade. 2. Transplante de fígado. 3. Lista de Espera. 4. Transplantados. 5. Literatura de Revisão como Assunto.

MAGRO, Jennifer Tatisa Jubileu

Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado: revisão integrativa da literatura

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIAS

Às minhas mães,

Com amor, admiração e gratidão às mulheres guerreiras que, incansavelmente, me apoiaram ao longo da vida.

Ao meu pai-avô (In memoriam),

Porque pai é aquele que cria. Sei que do céu, você me conduz.

Aos meus irmãos e primos,

Que minha trajetória sirva de inspiração e motivação para que vocês trilhem um caminho ainda melhor.

À professora orientadora,

Prof. Dra. Cristina Maria Galvão, seus ensinamentos despertaram em mim profunda admiração, transformando, de forma irreversível, minha forma de ver o mundo. Sem sua compreensão e acolhimento, este trabalho jamais seria possível.

À profissional inspiradora, Karina Dal Sasso Mendes,

Ídolo, personalidade aclamada por sua atuação.

Seu carinho e dedicação ao trabalho sempre me motivou. Graças ao seu apoio em minha vida pessoal e profissional, eu cheguei até aqui.

Ao estimado Prof. Dr. Ademilson Panunto-Castelo,

Por meio de seus ensinamentos, pude me iniciar cientificamente. Seus conhecimentos enquanto pessoa e mestre tornou a graduação mais motivante.

Aos membros da Liga de Transplantes de Órgãos e Tecidos (LiTOT),

A atenção e respeito de vocês me proporcionou o gosto por lecionar. O sucesso da LiTOT é graças a vocês.

Aos meus amigos,

Que certamente tornaram a minha trajetória mais leve e mais feliz, sou grata a todos que estiveram ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

"Se podes?", disse Jesus. "Tudo é possível àquele que crê." Marcos 9:23

À Prof. Dra. Sônia Maria Vilela Bueno,

Por me dar a oportunidade de iniciar a pós-graduação.

À Prof. Dra. Cristina Maria Galvão,

Pelo acolhimento e apoio contínuo na construção deste estudo.

À Enfa. Dra. Karina Dal Sasso Mendes,

Pelo estímulo e incentivo na escolha da especialização em Transplantes. Mais do que um exemplo de enfermeira, um exemplo de mulher. Sou grata por sua cumplicidade e conselhos.

Aos Membros da Comissão Julgadora do Mestrado,

Pela oportunidade de poder desfrutar da excelência do conhecimento e profissionalismo desta comissão. Sinto-me honrada por aceitarem o convite e pela dedicação à leitura deste trabalho. Todos os julgamentos realizados serão incorporados por mim com respeito e admiração.

Às Enfas. Dras. Fernanda Titareli Merizio Martins Braga e Livia Maria Garbin,

Pelo carinho e pela contribuição em minha iniciação enquanto colaboradora a LiTOT.

Ao Hospital Israelita Albert Einstein,

Pela generosidade em permitir-me atuar como aprimoranda, em um centro de referência e excelência, e todo apoio na conclusão da minha especialização.

Ao Hospital Estadual de Transplantes Eryclides de Jesus Zerbini –Hospital Brigadeiro,

Pela oportunidade de atuação profissional, enquanto enfermeira. A vivência com novas equipes, me fez apreciar, ainda mais, a área escolhida.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, em especial à minha chefia,

Pela compreensão e flexibilização para que este estudo pudesse ser conduzido.

A todas as equipes de enfermagem, equipes médicas e pacientes, em que atuei e de quem cuidei.

Pela confiança em meu trabalho. Com vocês aprendi a generosidade da arte e ciência do cuidar.

A todos os professores, funcionários, residentes, alunos e colegas de trabalho da FERP –USP e HCFMRP-USP.

“O insucesso é apenas uma oportunidade para recomeçar de novo com mais inteligência”.

Henry Ford

RESUMO

MAGRO, J. T. J. **Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado**: revisão integrativa da literatura. 2017. 131f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A doença hepática terminal reduz de forma significativa a qualidade de vida de pacientes e com o transplante do órgão é possível melhorar as condições de saúde. A sexualidade é aspecto central do ser humano durante todo o ciclo vital. É área complexa do comportamento humano, assim a sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado não deve ser menosprezada. O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado. Trata-se de revisão integrativa da literatura: as bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários foram PubMed, CINAHL e LILACS. Os 16 estudos primários incluídos na revisão foram agrupados em três categorias: (1) sexualidade feminina (n=5); (2) sexualidade masculina (n=5) e; (3) sexualidade masculina e feminina (n=6). Na categoria 1, os principais temas de investigação foram contracepção, gravidez, disfunção sexual, presença de sintomas ginecológicos e doença sexualmente transmissível. Na categoria 2, o foco principal dos estudos primários agrupados foi a disfunção erétil e investigou-se também desejo/satisfação sexual e as consequências de homens que tiveram filhos, em regime imunossupressor com ácido mycofenólico. Na categoria 3, a avaliação da função sexual foi o principal tema abordado nas pesquisas analisadas. A sexualidade é problemática desafiadora, revestida por tabus e preconceitos, vivenciada de forma diferente pelos indivíduos. Assim, os pacientes podem apresentar dificuldades em relatar para os profissionais da saúde seus problemas, acarretando atraso do diagnóstico e tratamento, prolongando a sensação de desconforto e sentimento de angústia. A dificuldade em abordar sobre sexualidade também ocorre por parte dos profissionais de saúde que não recebem capacitação adequada. O conhecimento sobre as dúvidas e problemas vivenciados pelos candidatos e receptores de transplante de fígado pode proporcionar a implementação de intervenções direcionadas para prevenção, redução ou controle das complicações no período pré e pós-transplante. O presente estudo forneceu subsídios para encorajar os profissionais de saúde a incorporar a sexualidade na rotina de atendimento destes pacientes, bem como indicou lacunas no conhecimento para a condução de novas pesquisas com o propósito de implementar intervenções na prática clínica para prevenir, minimizar e/ou controlar as alterações relacionadas à sexualidade do paciente, contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Sexualidade. Transplante de Fígado. Listas de Espera. Transplantados. Literatura de Revisão como Assunto.

ABSTRACT

MAGRO, J. T. J. **Sexuality of liver transplantation candidates and recipients: an integrative review of the literature.** 2017. 131f. Master Thesis - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

The end-stage liver disease significantly reduces the quality of life of patients. However, with organ transplantation it is possible to improve health conditions. Sexuality is a central aspect of the human being throughout the life cycle. It is a complex area of the human behavior and therefore the sexuality of liver transplant candidates and recipients should not be overlooked. The present study aimed to analyze the evidence available in the literature on the changes in the sexuality of candidates and recipients of liver transplant. This is an integrative literature review, and the databases selected for the search of the primary studies were PubMed, CINAHL and LILACS. The 16 primary studies included in the review were grouped into three categories: (1) female sexuality (n = 5), (2) male sexuality (n = 5) and (3) male and female sexuality (n = 6). In category 1, the main research topics were contraception, pregnancy, sexual dysfunction, presence of gynecological symptoms and sexually transmitted disease. In category 2, the focus of the primary studies grouped was erectile dysfunction, it was also investigated the sexual desire/satisfaction, and the consequences of men who had children under immunosuppressive regimen with mycophenolic acid. In category 3, the evaluation of sexual function was the main topic addressed in the studies analyzed. Sexuality is a challenging problem, enrobed with taboos and prejudices, and experienced differently by individuals. Thus, patients may present difficulties in reporting their problems to health professionals, leading to delays in diagnosis and treatment, prolonging feelings of discomfort and distress. The difficulty in addressing sexuality also occurs on the part of health professionals who do not receive adequate training. Knowledge about the doubts and problems experienced by candidates and recipients of liver transplant can facilitate the implementation of interventions aimed at prevention, reduction or control of complications in the pre- and post-transplantation period. The present study provided subsidies to encourage health professionals to incorporate sexuality in the care routine of these patients, it also indicated gaps in knowledge for the conduct of new research with the purpose of implementing interventions in clinical practice to prevent, minimize and/or to control the changes related to the patient's sexuality, contributing to the improvement of nursing care and, consequently, to the success of the treatment.

Keywords: Sexuality. Liver transplant. Waiting Lists Transplant Recipients. Review Literature as Topic.

RESUMEN

MAGRO, J. T. J. **Sexualidad dos solicitantes y receptores de trasplante de hígado**: una revisión integradora de la literatura. 2017. 131f. Dissertação (Maestria) - Escola de Enfermeria de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La enfermedad hepática terminal reduce de forma significativa la calidad de vida de los pacientes que la padecen y con el trasplante de hígado es posible mejorar sus condiciones de salud. La sexualidad es un aspecto importante y un área compleja en el ciclo de vida del ser humano por esto no debe ser menospreciada en candidatos y receptores de trasplante de hígado. El presente estudio tuvo como objetivo analizar las evidencias disponibles en la literatura sobre las alteraciones en la sexualidad de candidatos y receptores de trasplante de hígado. Se trata de un estudio de revisión integrativa entre la literatura con bases a los resultados de estudios primarios. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, CINAHL, e LILACS. Los 16 estudios primarios incluidos en la revisión fueron agrupados en 3 categorías. (1) Sexualidad femenina (n=5), (2) sexualidad masculina(n=5) y (3) sexualidad masculina y femenina (n=6). En la categoría 1 los temas principales fueron anticoncepción, embarazo, disfunción sexual, presencia de síntomas ginecológicos y enfermedades de transmisión sexual. En la categoría 2 el foco principal de los estudios primarios agrupados fue la disfunción eréctil, además se investigó el deseo, satisfacción sexual y las consecuencias de hombres que tuvieron hijo en vigencia de régimen inmunosupresor con ácido mycofenólico. En la categoría 3 la evaluación de la función sexual fue el tema principal más abordado en las investigaciones analizadas. La sexualidad es una problemática desafiante, cubierta de tabúes y preconceptos, vivida de distintas formas por cada individuo. Los pacientes pueden presentar dificultad para relatar a un profesional de la salud sus problemas, acarreando con esto atraso en el diagnóstico y tratamiento lo que lleva a prolongar la angustia y el sufrimiento. La dificultad en abordar el tema de la sexualidad también es una dificultad por parte de los profesionales de la salud ya que no reciben una capacitación adecuada. El conocimiento de las dudas y problemáticas vividas por los candidatos y receptores de trasplante de hígado puede proporcionar la implementación de intervenciones direccionadas para la prevención, reducción o control de las complicaciones en el periodo pre y pos trasplante. El presente estudio aportó una ayuda para incentivar a los profesionales de la salud a incorporar la sexualidad en la rutina de atención de estos pacientes. Además de indicar las fallas en el abordaje de la sexualidad de este tipo de pacientes para la conducción de nuevas investigaciones, con el propósito de implementar nuevas intervenciones en la práctica clínica para prevenir, minimizar y/o controlar las alteraciones relacionadas a la sexualidad del paciente. Contribuyendo para la mejora de la asistencia de enfermería y consecuentemente para el éxito del tratamiento.

Palabras clave: Sexualidad. Trasplante de hígado. Listas de espera. Receptores de trasplantes. Revisión de la literatura como asunto.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Métodos contraceptivos disponíveis para receptores de transplante	33
Quadro 2 - Estratégia PICOT.....	38
Quadro 3 - Seleção dos descritores controlados e palavras-chave de acordo com as bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS.....	40
Quadro 4 - Descritores controlados e palavras-chave associados à estratégia PICOT.....	42
Quadro 5 - Demonstração da estratégia de busca implementadas de acordo com o acrônimo PICOT e o uso dos operadores <i>booleanos</i>	43
Quadro 6 - Estratégias de busca realizadas com descritores controlados e palavras-chave na base de dados PubMed.....	44
Quadro 7 - Estratégias de busca realizadas com descritores controlados e palavras-chave na base de dados CINAHL.....	52
Quadro 8 - Estratégias de busca realizadas com descritores controlados e palavras-chave na base de dados LILACS.....	55
Quadro 9 - Motivos de exclusão das referências de acordo com cada base de dados.....	62
Quadro 10 - Classificação dos níveis de evidência para questão clínica de significado.....	64
Quadro 11 - Classificação dos níveis de evidência para questão clínica de Prognóstico /Predição ou Etiologia.....	65
Quadro 12 - Classificação dos níveis de evidência para questão clínica de Intervenção /Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico.....	65
Quadro 13 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo a ordem cronológica de publicação, título, ano de publicação, tema, periódico e base de dados.....	69
Quadro 14 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo o tipo de estudo, autoria, nível de evidência e características de origem.....	71
Quadro 15 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina - E01..	72
Quadro 16 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina - E02..	73
Quadro 17 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina - E03..	74
Quadro 18 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina - E04..	75
Quadro 19 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina - E05..	76
Quadro 20 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina - E06	77
Quadro 21 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina - E07	78

Quadro 22 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina - E08	79
Quadro 23 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina - E09	80
Quadro 24 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina - E10	81
Quadro 25 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina - E11	82
Quadro 26 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina - E12	83
Quadro 27 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina - E13	84
Quadro 28 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina - E14	85
Quadro 29 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina - E15	86
Quadro 30 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina - E16	87
Quadro 31 - Função sexual de homens candidatos e/ou receptores de transplante de fígado.....	101
Quadro 32 - Função sexual de homens e mulheres candidatos e receptores de transplante de fígado.....	106

LISTA DE SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

ACO – Anticoncepcionais Orais

ADAM – *Androgen Deficiency in the Aging Male*

Coren – Conselho Regional de Enfermagem

CTU – Cadastro Técnico Único

DIU – Dispositivo Intrauterino

DM – Diabetes *mellitus*

EERP-USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

FDA – *Food and Drug Administration*

FSDS-R – *Female Sexual Distress Scale-Revised*

FSFI – *Female Sexual Function Index*

FSH – Hormônio Folículo Estimulante

GETOS – Grupo de Estudos em Transplantes de Órgãos Sólidos

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Vírus Papiloma Humano

IIEF – *International Index of Erectile Function*

IMC – Índice de Massa Corporal

INR – Índice Internacional Normalizado

LH – Hormônio Luteinizante

LiTOT – Liga Acadêmica de Transplantes de Órgãos e Tecidos

MELD – *Model for End-Stage Liver Disease*

mTOR – *mammalian Target of Rapamycin*

NO – Óxido Nítrico

NTPR – *National Transplantation Pregnancy Registry*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICO – *Patient, Intervention, Comparison e Outcomes*

PICOT - *Patient, Intervention, Comparison, Outcomes e Time*

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RI – Revisão Integrativa

SHIM – *Sexual Health Inventory for Men*

SRPD – Sofrimento Pessoal Relacionado à Sexualidade

SUMÁRIO

Apresentação	17
1 Introdução	21
1.1 O transplante	22
1.2 Aspectos gerais da doação de órgãos	23
1.3 O transplante de fígado	24
1.4 O candidato ao transplante hepático	25
1.5 O receptor do transplante hepático	26
1.6 A sexualidade na esfera dos serviços de saúde	27
1.7 A disfunção sexual e o transplante de fígado	29
1.8 Particularidades da receptora de transplante	32
2 Objetivo	35
3 Método	37
3.1 Elaboração da questão de pesquisa	38
3.2 Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários	39
3.3 Extração de dados dos estudos primários	64
3.4 Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa	64
3.5 Análise e síntese dos resultados da revisão integrativa	65
3.6 Apresentação da revisão integrativa	66
4 Resultados	67
5 Discussão	88
5.1 Sexualidade Feminina	90
5.2 Sexualidade Masculina	95
5.3 Sexualidade Masculina e Feminina	102
6 Considerações Finais	109
Referências	115
Anexo	130

Graduei-me em Enfermagem com título de bacharela pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), no ano de 2010. No período de graduação, realizei iniciação científica, pude me aproximar e me aprofundar no estudo da Imunologia, sob orientação do Prof. Dr. Ademilson Panunto-Castelo, que foi responsável por iniciar em mim o interesse e motivação para pesquisa.



A partir dos conhecimentos adquiridos em imunologia no período de 2008 a 2010, somados a participações em palestras com temáticas de doação de órgãos e transplantes, engajadas pela Dra. Karina Dal Sasso Mendes, e, sobretudo pelo fato de ser área relativamente nova e com possibilidades profissionais promissoras, em 2011 fui aprovada em processo de seleção concorrido para a Especialização em nível de Aprimoramento em Captação, Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) na cidade de São Paulo.

O curso não só propiciou o conhecimento teórico necessário à formação do especialista, como também promoveu o exercício da prática profissional supervisionada, com carga horária de 36 horas semanais.

Em 2012 fui contratada como enfermeira no Hospital Estadual de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini-Hospital Brigadeiro, que me proporcionou contato com novas equipes transplantadoras e continuidade do meu trabalho na assistência a candidatos e receptores de transplantes de órgãos sólidos e tecidos.

Em 2013, por motivos pessoais, voltei a residir em Ribeirão Preto, onde busquei continuidade no desenvolvimento da minha carreira profissional por meio do auxílio da Dra. Karina Dal Sasso Mendes, pesquisadora na área de transplante de órgãos. A convite dela, ingressei nas atividades da Liga Acadêmica de Transplantes de Órgãos e Tecidos (LiTOT) da EERP-USP como enfermeira colaboradora, o que possibilitou dividir com os alunos de graduação as minhas experiências vividas na área em hospitais de grande porte, bem como a possibilidade de ministrar aulas sobre as temáticas de doação e transplantes. Essa vivência foi amadurecendo e estimulando minha vontade de cursar o mestrado devido à necessidade de aprofundamento de conhecimentos adquiridos ao longo de minha caminhada.

Neste mesmo ano, também tive a oportunidade de participar pela primeira vez do XIII Congresso Brasileiro de Transplantes da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), oportunidade em que apresentei um trabalho (pôster) e pude renovar e aprofundar meus conhecimentos na área.

Mantendo a motivação de construir carreira acadêmica, em 2014 participei do processo seletivo e fui aprovada para o curso de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP, sob orientação da Profa. Dra. Sônia Maria Vilela Bueno, pesquisadora com experiência na área de doação de órgãos.

Em abril de 2015 participei como ouvinte do I Congresso Einstein de Transplantes organizado pelo HIAE, o que me proporcionou a oportunidade de reencontrar colegas profissionais e atualizar conhecimentos na área de transplante e doação de órgãos.

Em junho participei como membro da comissão organizadora da I Conferência Internacional de Educação para Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos da EERP-USP, presidida pela Profa. Dra. Sônia Maria Vilela Bueno. Esta participação me acrescentou experiências em elaboração, organização e execução de evento internacional, o qual incluiu palestrantes da Espanha, país de referência em transplante, proporcionando intercâmbio cultural e troca de experiências profissionais. Esse evento também possibilitou apresentação oral de dois trabalhos de minha autoria.

As participações em eventos científicos, troca de experiências com profissionais e leituras relacionadas aos transplantes promoveram reflexão sobre o projeto de pesquisa em andamento, sendo que em setembro de 2015, ocorreu-me o interesse de mudar a linha de pesquisa e o referencial metodológico até então adotados. Assim, busquei apoio no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental sob a orientação da Profa. Dra. Cristina Maria Galvão e a colaboração da Dra. Karina Dal Sasso Mendes, sendo então, elaborado novo projeto de pesquisa.

Concomitante a essa empreitada, fui convocada após aprovação em concurso público, para atuar como enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), unidade *campus*, passando a dividir minhas responsabilidades entre a área assistencial (atuando na Clínica Médica) e acadêmica (com a realização do curso de mestrado).

No mês de setembro de 2015, mês de celebração nacional do doador de órgãos, tive a honra de ministrar palestras sobre esta temática, a convite do Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SP), nas sedes de Araçatuba e Presidente Prudente (cidade de minha procedência).

Em outubro de 2015, participei do XVI Congresso Brasileiro de Transplantes da ABTO no qual apresentei dois trabalhos na forma de pôster, além de ser autora em outros dois trabalhos desenvolvidos por alunos de iniciação científica, apresentados sob a forma oral.

A partir da conclusão dos créditos em disciplinas, fundamentais para meu crescimento e desenvolvimento com vistas à construção da minha formação acadêmica, bem como imprescindíveis na condução do presente estudo, fui aprovada no Exame de Qualificação, dando continuidade ao processo de construção do presente estudo.

Em 2016, tive a oportunidade de participar, como membro integrante do Grupo de Estudos em Transplantes de Órgãos Sólidos (GETOS), idealizado pela Dra. Karina Dal Sasso Mendes, que objetiva a atualização dos conhecimentos da temática, unindo o corpo acadêmico da EERP-USP com corpo clínico do HCFMRP-USP. Este grupo foi importante não somente pela educação permanente que promove, bem como pela possibilidade de lecionar para o público de profissionais da saúde.

A atuação em colaboração à LiTOT foi contínua neste período, com participação na organização do III Simpósio de Transplantes e nas atividades de extensão promovidas na Semana do Doador (setembro/2016).

Minha jornada até aqui é reflexo da incansável procura pelo conhecimento, por acreditar que profissionais de excelência e a qualidade nos serviços prestados ao público somente é alcançada mediante o esforço e consciência de que o aprendizado é infinito e há sempre mais a aprender.

1.1 O transplante

O termo transplante é definido como procedimento cirúrgico que consiste na substituição de órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de indivíduo com doença avançada (receptor), por outro órgão ou tecido saudável proveniente de doador vivo ou falecido, quando não há outra opção terapêutica com comparada eficácia (ITNS, 2011).

Milhares de pessoas em situação de estágio terminal da doença, cujo único tratamento é o transplante, sejam crianças, jovens ou adultos, podem ser beneficiadas. Em geral, são aquelas que apresentam doença irreversível, crônica ou aguda em fase avançada (ITNS, 2011). Assim, o objetivo primordial do transplante é salvar vidas e melhorar a qualidade de vida.

A transplantação de órgãos é categorizada como cirurgia de grande porte, ou seja, considerando o risco cardiológico, o procedimento tem probabilidade alta de perda de fluidos e sangue durante sua realização (CLAYTON, 2011). Portanto, apresenta riscos, como qualquer procedimento cirúrgico. No entanto, é necessário compreender que o transplante é ainda mais complexo por estar associado a complicações como rejeição do órgão implantado, ocorrência de tumores e infecções (GUALANDRO et al., 2011).

No Brasil, dados do Registro Brasileiro de Transplantes mostram que em 2016 havia 34.542 pacientes adultos ativos na lista de espera por um órgão, enquanto que o número de procedimentos realizados neste período foi de 7.956 transplantes. Dos 39.056 pacientes que ingressaram na lista para transplante neste mesmo ano, 2.013 evoluíram ao óbito (ABTO, 2016).

Os dados apresentados evidenciam discrepância entre a necessidade e a oferta de órgãos para transplante, gerando número crescente de pessoas em lista de espera pelo procedimento e índices altos de mortalidade.

O número crescente de pacientes que são inscritos no Cadastro Técnico Único (CTU), ou seja, pacientes que possuem indicação para ingresso na lista de espera por órgãos, se deve, não somente ao fato do aumento da expectativa de vida e das comorbidades na população, mas, sobretudo, ao sucesso alcançado por meio dos transplantes realizados nas últimas décadas, o que acarretou número maior de procedimentos (REZENDE, 2015).

1.2 Aspectos gerais da doação de órgãos

Para que o transplante aconteça, faz-se necessária a doação de órgãos. Em 2016, no Brasil, foram notificados 10.158 potenciais doadores, sendo que apenas 2.981 destes tornaram-se efetivos. Destaca-se ainda que o número de doadores que tiveram seus órgãos transplantados foi de 2.699 indivíduos (ABTO, 2016). Sendo assim, há demanda de órgãos maior do que oferta, prolongando o tempo que o paciente aguarda pelo transplante e, conseqüentemente, a mortalidade em lista de espera (REZENDE, 2015).

O transplante de órgãos, com doador falecido, é a modalidade de procedimento possível na vigência de morte encefálica, caracterizada pelo dano cerebral irreversível, de causa conhecida. As causas podem ser: traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, encefalopatia anóxica ou tumores intracranianos (EGEA-GUERRERO et al., 2015).

Para o resultado satisfatório do transplante é necessário dispor de órgãos sadios, e para isso, o doador falecido, por ser um indivíduo em estado crítico, requer cuidados intensivos, afim de se manter a preservação dos órgãos, garantindo sua qualidade, até a implantação (KUNERT et al., 2011; ARBOUR, 2012).

A viabilidade de órgãos para o transplante abrange desde a avaliação médica prévia, a fim de se descartar contraindicações absolutas, como no caso de: tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma *in situ* do colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central; sorologia positiva para HIV ou para HTLV I e II; sepse ativa e não controlada; tuberculose em atividade; contraindicações relativas que são específicas para cada órgão (BRASIL, 2009); até a avaliação macroscópica do órgão, no momento da captação.

No cenário nacional, diversos motivos contribuem para a taxa de doadores ser menor do que as necessidades de transplantes. Dentre eles, destacam-se: a subnotificação do diagnóstico de morte encefálica, o índice elevado de contraindicação clínica à doação, a parada cardiorrespiratória, os problemas logísticos devido à extensa territorialidade do país e a recusa familiar (PEREIRA; FERNANDES; SOLER, 2009).

Dos 7.177 casos de não concretização da doação de órgãos no ano de 2016, a taxa de contraindicação médica (16%), a parada cardíaca (11%) e outras causas (18%) foram responsáveis por 45% da inutilização dos órgãos (ABTO, 2016). Destaca-se, ainda, para o mesmo período, a taxa de recusa familiar à doação, foi responsável por 43% dos casos (ABTO, 2016). Os motivos para a negação da família para a doação estão relacionados à

crença religiosa, valores, falta de compreensão do diagnóstico de morte encefálica e inadequações no processo de doação e transplante, que pode estar relacionada à inabilidade do profissional que conduz o processo de doação ou à falta de confiança no sistema brasileiro de transplantes (MORAES; MASSAROLLO, 2008; PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013). A somatória de todos estes fatores limita ainda mais a oferta de órgãos para transplantes.

1.3 O transplante de fígado

No Brasil, no ano de 2016, havia 1.331 candidatos à espera do transplante de fígado, com a realização de 1.880 transplantes. Neste mesmo período, 3.733 pacientes ingressaram na fila de espera e 723 faleceram sem a realização da cirurgia. Dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) mostram que o número de transplantes hepáticos caiu 4,8%, com queda similar nos transplantes com doador vivo (4,0%) e falecido (4,8%) (ABTO, 2016).

O resultado destes dados é o número crescente de mortes de candidatos ao transplante que evoluem com as complicações da doença crônica do fígado (GROGAN, 2011). Atualmente, o transplante é o tratamento mais eficaz para as hepatopatias crônicas e, portanto, a alternativa de tratamento indicada nos casos terminais, em que a mortalidade com tratamentos conservadores pode atingir até 70% ao final de 12 meses (CASTRO-E-SILVA JR. et al., 2002).

O *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD) é um modelo norte americano utilizado para avaliar o risco de mortalidade por doença hepática em um período de três meses e também utilizado como critério de gravidade para alocação de órgãos e priorização dos candidatos à transplante de fígado. Trata-se de equação matemática que utiliza resultados de exames laboratoriais de bilirrubina, creatinina e índice internacional normalizado (INR), tendo como valor máximo 40 pontos. Quanto maior o escore MELD, maior a probabilidade de óbito (KAMATH et al., 2001; GROGAN, 2011). No Brasil, este modelo de alocação do enxerto hepático passou a ser válido em julho de 2006 (BRASIL, 2006; SALVALAGGIO et al., 2012).

O sucesso do transplante depende de diferentes fatores, como o tempo de isquemia do órgão a ser transplantado (ou seja, o tempo referente ao período em que a aorta do doador é clampada e o enxerto é preservado com solução específica, até a implantação e revascularização do enxerto doador no receptor), a causa da doença de base, as condições de saúde do candidato na iminência do transplante, a qualidade do enxerto (influenciada pela manutenção do doador) e a compatibilidade com o receptor (MEIRELLES JR. et al., 2015).

O transplante de fígado é considerado um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna, uma vez que interfere em inúmeras funções do organismo, necessitando de infraestrutura hospitalar especializada e equipe multiprofissional qualificada para o sucesso da terapêutica. Antes do transplante, os candidatos que necessitam desta cirurgia encontram-se gravemente debilitados pela doença de base. Após a cirurgia, os receptores de transplante encontram-se em estado de imunossupressão, o que requer atendimento de alta complexidade e atuação de equipe multidisciplinar (CASTRO-E-SILVA et al., 2002; MENDES et al., 2012).

1.4 O candidato ao transplante hepático

Os sintomas clássicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Porém, o paciente pode não apresentar estes sintomas, mas ser acometido por anormalidades dos exames bioquímicos da função hepática (HARRISON, 2002).

Além do MELD, a classificação *Child-Pugh* é utilizada para avaliar o prognóstico da doença hepática. Consiste em fator preditivo e confiável da sobrevida dos pacientes, antecipando a probabilidade de complicações da cirrose, como sangramento por varizes e peritonite bacteriana espontânea. O escore de *Child-Pugh* é calculado por meio da soma dos pontos de cinco fatores (bilirrubina sérica, albumina sérica, ascite, distúrbio neurológico, tempo de protrombina / razão normalizada internacional - INR), com variação de 5 a 15 pontos. Assim, o candidato pode ser classificado como *Child-Pugh A* (escore de 5 a 6 pontos), *Child-Pugh B* (7 a 9 pontos) ou *Child-Pugh C* (acima de 10 pontos) (MAGGI et al., 1993).

Os pacientes com doença hepática terminal candidatos ao transplante apresentam qualidade de vida ruim, com risco de morte, assim, o transplante é capaz de reverter o estado de terminalidade do paciente com hepatopatia avançada, promovendo melhoria da qualidade de vida e reinserção social (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000; KUNERT et al., 2011).

Dentre os sintomas apresentados pelos pacientes com doença hepática terminal, os mais comuns e altamente debilitantes são a encefalopatia hepática e a ascite (CLAYTON, 2011). Ascite é a complicação causada pelo acúmulo de fluidos na cavidade peritoneal, devido ao funcionamento hepático ineficaz, que acarreta susceptibilidade à infecção, desconforto respiratório, devido ao pouco espaço para movimento dos pulmões e diafragma, bem como disfunção renal (FULLWOOD; JONES; LAU-WALKER, 2011).

A encefalopatia hepática não tem causa bem estabelecida, mas é resultante da intoxicação por substâncias que o fígado não consegue metabolizar. Os fatores que favorecem a encefalopatia são constipação, infecção, distúrbios eletrolíticos, acúmulo de amônia e hemorragia gastrointestinal. A manifestação desta complicação ocorre por desorientação, flutuação no nível de consciência, agitação, confusão mental, podendo acarretar o coma. O tratamento ocorre por meio da alteração da dieta (diminuição da ingestão de proteínas), administração de laxativos e/ou lavagem intestinal (LEE, 2015; MAHARSHI et al., 2015).

1.5 O receptor do transplante hepático

Após o transplante, o receptor requer acompanhamento médico periódico e uso de terapia medicamentosa imunossupressora contínua ao longo da vida, ainda que com diminuição de sua dosagem (FULLWOOD; JONES; LAU-WALKER, 2011). A sensação de bem-estar e de melhoria do estado clínico após o transplante está relacionada ao sucesso do procedimento. No entanto, problemas como os efeitos colaterais dos medicamentos imunossupressores e o risco de complicações pós-cirúrgicas, como a possibilidade do não funcionamento do enxerto, as rejeições e as trombozes vasculares, podem desencadear no paciente uma série de fatores estressores (TELLES-CORREIA et al., 2006).

O receptor de transplante pode apresentar complicações, as quais podem se manifestar a qualquer momento do tratamento (DRUDI et al., 2007). As complicações imediatas dependem da qualidade do enxerto, do estado de saúde do receptor previamente ao transplante e da ocorrência de complicações intraoperatórias, tais como: tempo de isquemia prolongado e lesões decorrentes da perfusão do enxerto. Dentre elas, destacam-se a disfunção primária do enxerto, a rejeição aguda, a infecção, a trombose de artéria hepática e a estenose de ducto biliar (BENTEN; STAUFER; STERNECK, 2009).

As complicações tardias ocorrem três semanas após o transplante e vão desde a rejeição, infecções oportunistas e doenças linfoproliferativas (como câncer de pele) (GEISSLER, 2009; MEIRELLES JR. et al., 2015), até as complicações relacionados aos efeitos colaterais dos imunossupressores, como insuficiência renal, osteoporose, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (SUTEDJA et al., 2006; GEISSLER, 2009; KAUL et al., 2010).

Além disso, a recidiva da doença no enxerto transplantado é outra complicação comum, principalmente nos casos de doença hepática por vírus C (HCV). A recorrência do HCV após o transplante hepático constitui grande desafio para as equipes, uma vez que a terapia indicada (Interferon) representa efeitos adversos, com risco aumentado de rejeição do

enxerto e falência do órgão, sendo necessário o retransplante. Felizmente, novos medicamentos antivirais mostraram resposta virológica que varia entre 60 a 100% na terapia antiviral para recidiva do HCV, com controle da progressão da fibrose hepática (RUSSO; ZANETTO; BURRA, 2015).

À medida que as técnicas cirúrgicas no transplante foram se aperfeiçoando e com o consequente aumento da sobrevida, passou-se a atribuir maior importância à qualidade de vida do receptor. Os resultados de estudos demonstram que o transplante hepático traz melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Porém, também tem se tornado evidente que nem todos os pacientes apresentam igual melhoria (TELLES-CORREIA et al., 2006; MYERS, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (THE WHOQOL GROUP, 1995).

1.6 A sexualidade na esfera dos serviços de saúde

De acordo com a *World Health Organization*, a sexualidade é definida aspecto fundamental do ser humano no ciclo vital que engloba o sexo, identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo manifestada de diferentes formas pelos indivíduos e podendo ser influenciada pela interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos e religiosos (2006, p. 5, tradução nossa).

Falar sobre sexualidade, mesmo no século XXI, ainda se mostra como tema impregnado de mitos, preconceitos e tabus, e considerado pela sociedade como irrelevante e desprovido de cientificidade. Os indivíduos podem ter seu comportamento e desenvolvimento sexual comprometido e permeado por sentimentos negativos. Considerando este contexto sociocultural e a atuação da enfermagem, observa-se índice baixo de profissionais que se sentem à vontade para tratar deste assunto no âmbito da prática do cuidado (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000; RESSEL; GUALDA, 2004).

É fundamental que a abordagem desse aspecto ocorra de forma sensível, com uso de estratégias participativas e de promoção de bem-estar. O aconselhamento no ambiente dos

serviços de saúde deve oferecer, de forma ampla, abertura para discussões sobre saúde sexual com os pacientes. No entanto, o desafio é assegurar a qualidade do aconselhamento sexual, uma vez que para o emprego desta prática é necessário que os profissionais tenham formação adequada e que seja compatível com a idade, gênero e nível de instrução do paciente, de forma a não pré-julgar e/ou estigmatizar o indivíduo. Entende-se, dessa forma, que é direito do paciente receber informações abrangentes sobre a sua saúde para que possa tomar decisões relacionadas aos problemas de saúde sexual (WHO, 2010).

O enfermeiro que atua na prestação de cuidados aos pacientes que aguardam e/ou que foram submetidos ao transplante de órgãos – candidatos e receptores de transplantes – deve possuir vasto conhecimento científico, considerando as necessidades dos pacientes em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais (MENDES et al., 2012).

Poucas áreas do comportamento humano são tão complexas como a sexualidade, assim, a sexualidade do candidato, bem como a do receptor de transplante, não deve ser subestimada. Experimentar a si mesmo como ser sexual envolve vários fatores, tais como: a emoção, as atitudes e os valores, todos associados com o funcionamento adequado dos demais sistemas corporais. A função sexual é sensível à doença, ao sofrimento psicológico e ao desequilíbrio das relações interpessoais. Na maioria dos casos, a doença crônica é associada com a disfunção sexual, resultando na diminuição da atividade em decorrência do mal-estar, fadiga e mudanças na imagem corporal, impactando de forma significativa no relacionamento com seu parceiro (SORRELL; BROWN, 2006; MENDES; ALMEIDA, 2013).

A condição crônica imposta ao paciente, em ambas as fases do transplante (antes e após a cirurgia), desencadeia batalha pela qualidade de vida, alterada tanto pela doença quanto pelo tratamento necessário. Assim, um dos primeiros aspectos da vida afetados pelos sintomas físicos e emocionais é o funcionamento sexual. Quando há perspectiva de realização do transplante, o paciente foca seus pensamentos na sua sobrevivência e recuperação. Após o transplante, novas perspectivas e planos para a vida emergem, possibilitando a retomada da intimidade com seu(a) parceiro(a) favorecendo a atividade sexual (SCHROEDER, 2010).

1.7 A disfunção sexual e o transplante de fígado

Nos candidatos ao transplante de fígado, a disfunção sexual é comum e está relacionada com as alterações desencadeadas pela hepatopatia crônica, pela terapia medicamentosa, alterações hormonais, alterações da irrigação vascular da região pélvica e alterações emocionais. Os homens sofrem com sintomas como a dificuldade de ereção, perda de libido, ejaculação precoce e oligospermia. Já as mulheres são acometidas por disfunção ovariana, amenorreia, diminuição ou ausência de libido e infertilidade. A saúde sexual é complexa, pois envolve outros fatores como idade, uso de medicamentos, aspectos sociais e psicológicos anteriores ou advindos do transplante (HUYGHE et al., 2008; SCHROEDER, 2010).

Com o envelhecimento, é natural e esperada frequência menor da atividade sexual, decorrente da diminuição da libido e/ou da potência no enrijecimento do órgão genital masculino que possibilite relação sexual satisfatória. Com a idade, as mulheres apresentam, além da diminuição da libido, diminuição da lubrificação vaginal, causada também pela menopausa (BEUTEL; WEIDNER; BRÄHLER, 2006; LATIF; DIAMOND, 2013).

No adulto, as alterações na saúde sexual trazem repercussões na qualidade de vida e, portanto, merecem atenção, com vistas à promoção de satisfação e bem-estar dos indivíduos (AMINI LARI et al., 2013; MENDES; ALMEIDA, 2013).

No homem, a disfunção sexual é caracterizada pela disfunção erétil, problemas da ejaculação, do orgasmo e perda do desejo e/ou interesse sexual (HATZIMOURATIDIS, 2007). Na mulher, a disfunção sexual manifesta-se por distúrbios do desejo sexual, da excitação, do orgasmo e dispareunia/vaginismo (CLAYTON; HAMILTON, 2010).

A disfunção erétil consiste na dificuldade, no decorrer de um período de no mínimo três meses, em obter e/ou manter a ereção peniana, a fim de iniciar ou concluir o ato sexual. Os distúrbios da ejaculação são manifestados pela ejaculação prematura, retardada e/ou ausência de ejaculação durante o orgasmo. A disfunção orgásmica é definida pela dificuldade em alcançar o orgasmo, seja pela demora em alcançar o clímax ou pela sensação de perda da intensidade do orgasmo. Já a diminuição do interesse/desejo sexual é expressa pela hipoaividade sexual, causada pela ausência de sentimentos, fantasias e motivação para relacionar-se e/ou tornar-se sexualmente atrativo (HATZIMOURATIDIS, 2007).

Nas mulheres, a dispareunia é caracterizada por dor genital durante o ato sexual. Está relacionada principalmente à diminuição ou ausência de lubrificação vaginal, em decorrência de distúrbios hormonais, na maioria dos casos. O vaginismo, também está relacionado à dor

durante o sexo devido à contração do assoalho pélvico ao ponto de dificultar a penetração (JHA; THAKAR, 2010).

Diagnosticar a disfunção sexual em mulheres é mais difícil do que em homens devido à falta de objetividade dos parâmetros analisados no sexo feminino. Nas mulheres, a disfunção sexual requer, não só a presença de sinal ou sintoma para ser diagnosticada, mas também, da associação destes sinais e sintomas como a causa do desconforto experimentado por elas (CLAYTON; HAMILTON, 2010; CHEN et al., 2013).

Os fatores de risco para disfunção sexual em homens e mulheres, entre as causas orgânicas, estão a doença cardiovascular, o diabetes *mellitus* (GROVER et al., 2006), a hipertensão arterial sistêmica (CHEW et al., 2008), as doenças endócrinas (BURRA, 2013), as doenças psiquiátricas e psicossomáticas (BOSSINI et al., 2014), o uso de medicamentos (DERBY et al., 2001) e o histórico de cirurgias prévias, especialmente na região pélvica ou retroperitoneal (HATZIMOURATIDIS, 2007). Há ainda fatores relacionados ao estilo de vida, como o tabagismo (GADES et al., 2005) e o etilismo (RAVAGLIA et al., 2004).

As doenças cardiovasculares e os fatores de risco para seu aparecimento (como a hipertensão arterial e diabetes *mellitus*) estão associados a complicações macro e microvasculares (CHEW et al., 2008). A neuropatia e a aterosclerose interferem na entrada e saída de sangue do corpo cavernoso do pênis (GROVER et al., 2006). A disfunção endotelial nesses casos, alterada pela biodisponibilidade do óxido nítrico (NO), neurotransmissor responsável pela ereção peniana, resultando em disfunção vascular e alterações nos mecanismos de relaxamento vascular do corpo cavernoso. Em outras palavras, com a diminuição da produção de NO, a pressão das veias penianas não é suficiente para manter o sangue aprisionado no pênis, deixando-o sair rapidamente e não produzindo a ereção rígida (CASTELA et al., 2015).

Distúrbios do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal estão presentes, principalmente, em pessoas com doença hepática, resultando em hipogonadismo, atrofia testicular e alterações dos níveis de hormônios sexuais. A principal causa refere-se à falha do metabolismo hepático em pacientes com cirrose, com o aumento nos níveis de estradiol, inibindo a produção de hormônio luteinizante (LH) pela hipófise, que reduz a taxa de testosterona, acarretando em sinais de feminização, diminuição da libido, infertilidade e ginecomastia. Com o transplante, a normalização dos hormônios sexuais é recuperada (BURRA, 2013; ZACHARIAS et al., 2014).

A depressão é outro agravante comum em pacientes com doença hepática, à medida que evolui com a necessidade do transplante e está relacionada a alterações da sexualidade. A

relação entre depressão e disfunção sexual é cíclica, pois o desequilíbrio de neurotransmissores acarreta a depressão, desencadeando diminuição do desejo e da excitação sexual, bem como a vida sexual insatisfatória acarreta sintomas depressivos. Além disso, medicamentos usados no tratamento da ansiedade e depressão possuem efeitos colaterais que afetam a libido e causam disfunção sexual (RAJKUMAR; KUMARAN, 2015).

A disfunção sexual é um problema de causas multifatoriais, nos quais fatores objetivos e subjetivos estão envolvidos concomitantemente, principalmente, no caso da população feminina. Nessa população, os parâmetros avaliados para o diagnóstico são mais subjetivos quando comparados àqueles analisados no diagnóstico da disfunção sexual masculina (CHEN et al., 2013). Dessa maneira, não há indicação de tratamento padrão para disfunção sexual. Homens e mulheres podem se beneficiar com terapia medicamentosa, psicológica e/ou mudanças nos hábitos de vida. É relevante, ainda, o envolvimento do(a) parceiro(a) na terapêutica dos problemas sexuais, garantindo assim, melhores resultados no tratamento (CLAYTON; HAMILTON, 2010; DIAZ JR.; CLOSE, 2010).

O inibidor da fosfodiesterases do tipo 5 (sildenafil) é o medicamento de escolha no tratamento da disfunção erétil em homens, por promover o relaxamento do músculo liso do corpo cavernoso (LORAN et al., 2009). Em candidatos e receptores do transplante hepático, o uso deste tratamento tem revelado menor comprometimento na escala de avaliação da função erétil (HO et al., 2006). As mulheres também podem se beneficiar do uso de sildenafil, uma vez que a enzima fosfodiesterases do tipo 5 também está presente no músculo liso vaginal e clitoriano (CARUSO et al., 2006; CAVALCANTI et al., 2008).

A sexualidade é tema íntimo, revestido por tabu e preconceitos, e vivenciada de forma diferente pelos indivíduos de acordo com a cultura, religiosidade e pelas experiências sexuais já experimentadas. Assim, os pacientes podem sentir dificuldades em relatar para os profissionais da saúde as dúvidas e problemas que envolvem sua sexualidade. Tal fato pode acarretar atraso do diagnóstico e tratamento, prolongamento da sensação de desconforto e sentimento de angústia no indivíduo com disfunção sexual, refletindo no bem-estar, na qualidade de vida e no relacionamento interpessoal (WRIGHT; O'CONNOR, 2015).

Os profissionais de saúde devem ser encorajados a questionar os pacientes sobre a sexualidade. Este tema não deve, portanto, ser descartado durante a anamnese por dificuldades em abordar o assunto, tanto pelo profissional de saúde, quanto pelo próprio paciente (DIAZ JR.; CLOSE, 2010).

1.8 Particularidades da receptora de transplante

Mulheres em idade fértil, que apresentam doença hepática terminal, evoluem com a diminuição da fertilidade e amenorreia. Com o sucesso na realização do transplante hepático, o ciclo menstrual volta a se regularizar dentro do prazo de um ano após a cirurgia, tornando-se possível a ocorrência de gravidez. Entretanto, por outro lado, a gravidez pode representar complicações a mulher transplantada e a criança por ela gerada. Diante deste cenário, é necessário conscientizar e educar a receptora sobre métodos contraceptivos efetivos, seguros e reversíveis (FRENCH et al., 2013).

As receptoras de transplante de órgãos em idade fértil devem ser aconselhadas sobre o risco da gravidez, a qual deve ser evitada nos primeiros seis a 12 meses após a cirurgia. Entretanto, alguns centros de saúde defendem a espera de 24 meses, pois antes deste período, as doses altas de medicamentos imunossupressores e o risco de infecções representam risco potencial para o desenvolvimento do feto (BURRA, 2009). Além disso, o estado gravídico e a necessidade de readequação dos medicamentos imunossupressores para tornar a gestação viável, pode representar risco para a receptora e para a funcionalidade do enxerto (HENEGHAN et al., 2008; PAULEN et al., 2010).

A escolha do melhor método contraceptivo para a transplantada é baseada na eficiência alta em contracepção, na baixa interatividade medicamentosa e na facilidade de reversibilidade do método usado (KRAJEWSKI; GEETHA; GOMEZ-LOBO, 2013). Outros métodos contraceptivos, como períodos de abstinência durante o período fértil e o coito interrompido, apesar de não oferecerem nenhum risco de interação medicamentosa, não são eficazes e, portanto, não devem ser recomendados (PATEL; SCHREIBER, 2013).

Os métodos de barreira, como preservativos, diafragma e o dispositivo intrauterino (DIU) também não apresentam riscos de efeitos adversos, são de custo baixo e altamente efetivos. Além disso, o preservativo é o único método contraceptivo capaz de prevenir infecções sexualmente transmissíveis, o que é de grande valia, considerando que as mulheres transplantadas estão em estado de imunossupressão e, conseqüentemente, mais susceptíveis a infecções (ESTES; WESTHOFF, 2007; HENEGHAN et al., 2008; PATEL; SCHREIBER, 2013).

As receptoras de transplante, assim como as mulheres saudáveis, têm as mesmas contraindicações referentes ao uso de anticoncepcionais orais (ACO), como histórico de infarto, trombose, hipertensão arterial não controlada e tabagismo. No entanto, o uso concomitante de ACO com os medicamentos imunossupressores (como tacrolimus e

cliclosporina), por serem metabolizados pelo mesmo citocromo hepático P450 3A4, pode acarretar no aumento da concentração dos medicamentos imunossupressores no sangue (ESTES; WESTHOFF, 2007; HENEGHAN et al., 2008; PATEL; SCHREIBER, 2013). Outro método contraceptivo efetivo contra a gravidez não planejada é a ligadura cirúrgica de trompas de falópio. Apesar de não oferecer riscos de efeito colateral medicamentoso (como no caso de uso dos ACO), é terapêutica irreversível e não autorizada em alguns países, como a Polônia (HENEGHAN et al., 2008).

Quadro 1 - Métodos contraceptivos disponíveis para receptoras de transplante

	EFICÁCIA	INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA	REVERSIBILIDADE
DIU	++	-	++
ACO	++	+	++
Pílula de progesterona	++	-	++
Injetável	++	-	++
Barreira	+	-	++
Esterilização cirúrgica	++	-	-

Fonte: Traduzido e adaptado pelo autor do estudo de Heneghan (2008, p. 513).

A ocorrência de gravidez após o transplante de fígado foi relatada pela primeira vez em 1978 (WALCOTT et al., 1978). De acordo com dados de centro transplantador brasileiro, quatro gestações bem-sucedidas ocorreram em três pacientes, sendo uma delas gestação de gêmeos. A concepção ocorreu num intervalo entre 9 e 36 meses após o transplante. Três das quatro gestações apresentaram complicações, com o desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez e diabetes gestacional. Todas as pacientes foram submetidas à cesariana, com cinco recém-nascidos a termo e saudáveis (PAROLIN et al., 2004b).

Outra preocupação concerne à orientação destinada às puérperas receptoras de enxerto hepático em relação ao aleitamento materno. Apesar de ser recomendado durante os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2015), é desaconselhado pelos médicos em sua maioria, devido ao fato de os medicamentos imunossupressores serem excretados no leite materno. A contra-indicação da amamentação durante o regime de imunossupressão de forma absoluta requer maior investigação científica, como por exemplo, mensurar os níveis desses medicamentos na corrente sanguínea do lactente, bem como os seus efeitos em longo prazo.

Assim, seria possível avaliar os riscos e benefícios de privar a criança da alimentação por sua nutriz, uma vez que este bebê já foi exposto à imunossupressão intrauterina (CONSTANTINESCU et al., 2014).

Frente ao exposto, considerando que a temática sexualidade é pouco investigada em candidatos e receptores de órgãos sólidos, especificamente no transplante de fígado, somado à necessidade de preparo dos profissionais de saúde para abordar o tema com seus pacientes nos serviços de saúde, justifica-se o interesse na condução do presente estudo, o qual fornecerá evidências para subsidiar o cuidado prestado.

O presente estudo teve por objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado.

A revisão integrativa (RI) é o método de revisão selecionado para a condução do presente estudo. Este método permite a síntese dos estudos primários sobre determinado tema gerando conclusões a partir dos resultados de diferentes tipos de pesquisa, visando a responder à pergunta prévia e aprofundar o entendimento de dado fenômeno/problema, podendo direcionar a realização de pesquisas futuras (BEYEA; NICOLL, 1998; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A RI bem delineada e rigorosa contribui para o entendimento de problemas relevantes para o cuidado à saúde (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O desenvolvimento da presente RI foi pautado nas seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura dos estudos primários; extração de dados dos estudos primários; avaliação dos estudos primários incluídos na revisão; análise e síntese dos resultados da revisão; e apresentação da revisão integrativa (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

3.1 Elaboração da questão de pesquisa

A estratégia inicial do método de revisão integrativa é a identificação cuidadosa e clara do problema (COOPER, 1998; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A pergunta bem delineada guia a seleção dos descritores e, particularmente, a habilidade de diferenciar informações pertinentes ou não, além de tornar mais fácil a decisão de quais serão as informações extraídas dos estudos (BROOME, 2000; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para nortear a condução da RI, pautado na estratégia PICO, acrônimo de *patient*, *intervention*, *comparison* e *outcomes* (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), a seguinte questão foi formulada: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado? (Quadro 2).

Quadro 2 - Estratégia PICOT

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Candidatos e receptores de transplante de fígado
I	Intervenção ou tópico de interesse	Sexualidade
C	Controle ou comparação	—
O	Desfecho ou resultados	Alterações na sexualidade
T	Tempo	Período pré-operatório Período pós-operatório

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

3.2 Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários

A busca na literatura realizada de forma cuidadosa é crucial para garantir o rigor metodológico da revisão. A busca exaustiva dos estudos primários utilizando no mínimo duas a três estratégias garante a condução da revisão de forma apropriada (BEYEA; NICOLL, 1998; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). É nesta etapa também que os critérios de inclusão e exclusão são definidos.

Os estudos primários foram selecionados por meio de busca online em três bases de dados da área da saúde: *US National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Os descritores controlados e palavras-chave foram estabelecidos de acordo com cada base de dados selecionada para garantir a busca rigorosa e ampla dos estudos primários sobre o tópico de interesse (Quadro 3). No Quadro 4, os descritores controlados e palavras-chave foram associados ao acrônimo PICO, de acordo com a pergunta norteadora da revisão. As estratégias de cruzamento dos descritores controlados e palavras-chave em cada base de dados foram indicados no Quadro 5. Os resultados dos cruzamentos de cada estratégia de busca, nas três bases de dados, foram demonstrados nos Quadros 6,7 e 8.

Quadro 3 - Seleção dos descritores controlados e palavras-chave de acordo com as bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS

Bases de dados	Descritores controlados	Palavras-chave
PUBMED (MeSH)	<i>Transplantation</i> <i>Transplantations</i> <i>Transplant Recipients</i> <i>Organ Transplantation</i> <i>End Stage Liver Disease</i> <i>Liver Transplantation</i> <i>Waiting Lists</i> <i>Sexuality</i> <i>Sexual Dysfunctions, Psychological</i> <i>Sexual Dysfunction, Psychological</i> <i>Erectile Dysfunction</i> <i>Preoperative Period</i> <i>Postoperative Period</i>	<i>Chronic Liver Failure</i> <i>Transplantation, Hepatic</i> <i>Liver Grafting</i> <i>Hepatic Transplantation</i> <i>Transplantation, Organ</i> <i>Transplantations, Organ</i> <i>Organ Transplantations</i> <i>Grafting, Organ</i> <i>Graftings, Organ</i> <i>Organ Grafting</i> <i>Organ Graftings</i> <i>Sexual Activities</i> <i>Sexual functioning</i> <i>Sexual function</i> <i>Sexual dysfunction</i> <i>Sexual dysfunctions</i>
CINAHL (Títulos CINAHL)	<i>Transplantation</i> <i>Transplant Recipients</i> <i>Liver Transplantation</i> <i>Organ Transplantation</i> <i>Liver Failure</i> <i>Waiting Lists</i> <i>Pretransplantation Period</i> <i>Sexuality</i> <i>Sexual Dysfunction</i> <i>Preoperative Period</i> <i>Postoperative Period</i>	<i>Transplantations</i> <i>Transplantation, Organ</i> <i>Organ Transplantations</i> <i>Transplantations Organ</i> <i>Organ Recipients</i> <i>Recipient Transplantation, Liver</i> <i>End Stage Liver Disease</i> <i>Wait List</i> <i>Transplantation Waiting Period</i> <i>Sexual functioning</i> <i>Sexual function</i> <i>Sexual dysfunctions</i> <i>Erectile Dysfunction</i>

		<i>Pre-Transplant Period</i> <i>Pre-transplantation Period</i> <i>Presurgical Period</i> <i>Postsurgical Period</i>
LILACS (DeCS)	Transplante Transplante de Órgãos Transplante de Fígado Transplantados Listas de Espera Falência Hepática Doença Hepática Terminal Sexualidade Disfunção Sexual Fisiológica Disfunção erétil Saúde Sexual Período Pré-Operatório Período Pós-Operatório	Pessoas Transplantadas Receptores de Transplantes Enxerto de Órgão Enxerto de Órgãos Transplantação de Órgão Transplantação de Órgãos Enxerto de Fígado Transplantação Hepática Transplante Hepático Transplantação de Fígado Falência do Fígado Insuficiência Hepática Grave Insuficiência do Fígado Grave Doença Hepática em Estágio Final Doença Hepática em Estágio Terminal Hepatopatia em Estágio Final Hepatopatia em Estágio Terminal Disfunção sexual Função sexual

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 4 - Descritores controlados e palavras-chave associados à estratégia PICOT

Acrônimo	Descritores controlados e palavras-chave		
	PUBMED	CINAHL	LILACS
P1	<i>End Stage Liver Disease Waiting Lists Chronic Liver Failure</i>	<i>Liver Failure Waiting Lists Pretransplantation Period End Stage Liver Disease Wait List Transplantation Waiting Period Pre-Transplant Period Pre-transplantation Period</i>	<i>Listas de Espera Falência Hepática Doença Hepática Terminal Falência do Fígado Insuficiência Hepática Grave Insuficiência do Fígado Grave Doença Hepática em Estágio Final Doença Hepática em Estágio Terminal Hepatopatia em Estágio Final Hepatopatia em Estágio Terminal</i>
P2	<i>Transplant Recipients Transplantation Organ transplantation Liver Grafting Liver Transplantation Hepatic Transplantation</i>	<i>Transplant Recipients Organ Recipients Liver Transplantation Recipient Transplantation, Liver</i>	<i>Pessoas Transplantadas Transplantados Receptores de Transplantes Transplante de Fígado</i>
I + O	<i>Sexual Dysfunction, Psychological Sexual Dysfunctions, Psychological Erectile Dysfunction</i>	<i>Sexuality Erectile Dysfunction Sexual Dysfunction</i>	<i>Sexualidade Disfunção Sexual Fisiológica Disfunção Erétil</i>
T1	<i>Preoperative Period Preoperative Care Preoperative Procedure</i>	<i>Presurgical Period Presurgical Care Preoperative Period Preoperative Care</i>	<i>Período Pré-Operatório Cuidados Pré-Operatórios Assistência Pré-Operatória</i>
T2	<i>Postoperative Period Postoperative Care Postoperative Procedure</i>	<i>Postsurgical Period Postoperative Period Postoperative Care Postsurgical Care</i>	<i>Período Pós-Operatório Cuidados Pós-Operatórios Assistência no Período Pós-Operatório Cuidados Pós-Cirúrgicos</i>

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

Para a busca dos artigos em cada base de dados, os descritores controlados e palavras-chave foram cruzados entre si por meio de operações táticas utilizando-se os operadores booleanos *AND* e *OR*.

Quadro 5 - Demonstração das estratégias de busca implementadas de acordo com o acrônimo PICOT e o uso dos operadores *booleanos*

ESTRATÉGIAS	
#1	P1 AND P2 AND I + O AND T1 AND T2
#2	P1 AND I + O AND T1 AND T2
#3	P2 AND I + O AND T1 AND T2
#4	P1 AND P2 AND I + O AND T1 OR T2
#5	P1 AND P2 AND I + O OR T1 OR T2
#6	P1 AND P2 AND I + O
#7	P1 OR P2 AND I + O
#8	P1 AND I + O AND T1
#9	P1 AND I + O AND T2
#10	P2 AND I + O AND T1
#11	P2 AND I + O AND T2
#12	P1 AND I + O
#13	P2 AND I + O

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

	<p>Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function)OR Sexual dysfunction))) AND (((((((((((Preoperative Period[MeSH Terms]) OR Preoperative Period) OR Period, Preoperative) OR Preoperative Care[MeSH Terms]) OR Preoperative Care) OR Preoperative Procedures) OR Care, Preoperative) OR Preoperative Procedure) OR Procedure, Preoperative) OR Procedures, Preoperative))) AND (((((((((((Postoperative Period[MeSH Terms]) OR Postoperative Period) OR Postoperative Periods) OR Period, Postoperative) OR Periods, Postoperative) OR Postoperative Care[MeSH Terms]) OR Postoperative Care) OR Procedures, Postoperative) OR Care, Postoperative) OR Postoperative Procedures) OR Postoperative Procedure) OR Procedure, Postoperative))</p>	
03	<p>((((((((((((((((((((((((((((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver Transplantation [MeSH Terms]) OR Liver Transplantation) OR Transplantations, Hepatic) OR Transplantation, Liver) OR Liver Transplantations) OR Transplantations, Liver) OR Transplantation, Hepatic) OR Grafting, Liver) OR Graftings, Liver) OR Liver Grafting) OR Liver Graftings) OR Hepatic Transplantation) OR Hepatic Transplantations))) AND (((((((((((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))) AND (((((((((((Preoperative Period[MeSH Terms]) OR Preoperative Period) OR Period, Preoperative) OR Preoperative Care[MeSH Terms]) OR Preoperative Care) OR Preoperative Procedures) OR Care, Preoperative) OR Preoperative Procedure) OR Procedure, Preoperative) OR Procedures, Preoperative))) AND (((((((((((Postoperative Period[MeSH Terms]) OR Postoperative Period) OR Postoperative Periods) OR Period, Postoperative) OR Periods, Postoperative) OR Postoperative Care[MeSH Terms]) OR Postoperative Care) OR Procedures, Postoperative) OR Care, Postoperative) OR Postoperative Procedures) OR Postoperative Procedure) OR Procedure, Postoperative))</p>	157

04	<p>((((((((((((((((End Stage Liver Disease[MeSH Terms]) OR End Stage Liver Disease) OR Chronic Liver Failure) OR Chronic Liver Failures) OR Failure, Chronic Liver) OR Failures, Chronic Liver) OR Liver Failures, Chronic) OR Liver Failure, Chronic) OR Waiting Lists[MeSH Terms]) OR Waiting Lists) OR List, Waiting) OR Lists, Waiting) OR Waiting List))) AND (((((((((((((((((((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver Transplantation [MeSH Terms]) OR Liver Transplantation) OR Transplantations, Hepatic) OR Transplantation, Liver) OR Liver Transplantations)OR Transplantations, Liver) OR Transplantation, Hepatic) OR Grafting, Liver) OR Graftings, Liver) OR Liver Grafting) OR Liver Graftings) OR Hepatic Transplantation) OR Hepatic Transplantations))) AND (((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))) AND (((((((((((((((((((Preoperative Period[MeSH Terms]) OR Preoperative Period) OR Period, Preoperative) OR Preoperative Care[MeSH Terms]) OR Preoperative Care) OR Preoperative Procedures) OR Care, Preoperative) OR Preoperative Procedure) OR Procedure, Preoperative) OR Procedures, Preoperative))) OR (((((((((((((((((((Postoperative Period[MeSH Terms]) OR Postoperative Period) OR Postoperative Periods) OR Period, Postoperative) OR Periods, Postoperative) OR Postoperative Care[MeSH Terms]) OR Postoperative Care) OR Procedures, Postoperative) OR Care, Postoperative) OR Postoperative Procedures) OR Postoperative Procedure) OR Procedure, Postoperative))</p>	345.517*
05	<p>((((((((((((((((End Stage Liver Disease[MeSH Terms]) OR End Stage Liver Disease) OR Chronic Liver Failure) OR Chronic Liver Failures) OR Failure, Chronic Liver) OR Failures, Chronic Liver) OR Liver Failures, Chronic) OR Liver Failure, Chronic) OR Waiting Lists[MeSH Terms]) OR Waiting Lists) OR List, Waiting) OR Lists, Waiting) OR Waiting List))) AND (((((((((((((((((((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver</p>	2.770.569*

	Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))	
07	((((((((((((((End Stage Liver Disease[MeSH Terms]) OR End Stage Liver Disease) OR Chronic Liver Failure) OR Chronic Liver Failures) OR Failure, Chronic Liver) OR Failures, Chronic Liver) OR Liver Failures, Chronic) OR Liver Failure, Chronic) OR Waiting Lists[MeSH Terms]) OR Waiting Lists) OR List, Waiting) OR Lists, Waiting) OR Waiting List))) OR (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver Transplantation [MeSH Terms]) OR Liver Transplantation) OR Transplantations, Hepatic) OR Transplantation, Liver) OR Liver Transplantations) OR Transplantations, Liver) OR Transplantation, Hepatic) OR Grafting, Liver) OR Graftings, Liver) OR Liver Grafting) OR Liver Graftings) OR Hepatic Transplantation) OR Hepatic Transplantations))) AND((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))	2.120
08	((End Stage Liver Disease[MeSH Terms]) OR End Stage Liver Disease) OR Chronic Liver Failure) OR Chronic Liver Failures) OR Failure, Chronic Liver) OR Failures, Chronic Liver) OR Liver Failures, Chronic) OR Liver Failure, Chronic) OR Waiting Lists[MeSH Terms]) OR Waiting Lists) OR List, Waiting) OR Lists, Waiting) OR Waiting List))) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))) AND	37

	((((((((((Preoperative Period[MeSH Terms]) OR Preoperative Period) OR Period, Preoperative) OR Preoperative Care[MeSH Terms]) OR Preoperative Care) OR Preoperative Procedures) OR Care, Preoperative) OR Preoperative Procedure) OR Procedure, Preoperative) OR Procedures, Preoperative))	
09	((((((((((((((End Stage Liver Disease[MeSH Terms]) OR End Stage Liver Disease) OR Chronic Liver Failure) OR Chronic Liver Failures) OR Failure, Chronic Liver) OR Failures, Chronic Liver) OR Liver Failures, Chronic) OR Liver Failure, Chronic) OR Waiting Lists[MeSH Terms]) OR Waiting Lists) OR List, Waiting) OR Lists, Waiting) OR Waiting List))) AND (((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))) AND (((((((((((((Postoperative Period[MeSH Terms]) OR Postoperative Period) OR Postoperative Periods) OR Period, Postoperative) OR Periods, Postoperative) OR Postoperative Care[MeSH Terms]) OR Postoperative Care) OR Procedures, Postoperative) OR Care, Postoperative) OR Postoperative Procedures) OR Postoperative Procedure) OR Procedure, Postoperative))	2
10	((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver Transplantation [MeSH Terms]) OR Liver Transplantation) OR Transplantations, Hepatic) OR Transplantation, Liver) OR Liver Transplantations) OR Transplantations, Liver) OR Transplantation, Hepatic) OR Grafting, Liver) OR Graftings, Liver) OR Liver Grafting) OR Liver Graftings) OR Hepatic Transplantation) OR Hepatic Transplantations))) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual	1.076

	function) OR Sexual dysfunction))) AND (((((((((((Preoperative Period[MeSH Terms]) OR Preoperative Period) OR Period, Preoperative) OR Preoperative Care[MeSH Terms]) OR Preoperative Care) OR Preoperative Procedures) OR Care, Preoperative) OR Preoperative Procedure) OR Procedure, Preoperative) OR Procedures, Preoperative))	
11	((((((((((((((((((((((((((((((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver Transplantation [MeSH Terms]) OR Liver Transplantation) OR Transplantations, Hepatic) OR Transplantation, Liver) OR Liver Transplantations) OR Transplantations, Liver) OR Transplantation, Hepatic) OR Grafting, Liver) OR Graftings, Liver) OR Liver Grafting) OR Liver Graftings) OR Hepatic Transplantation) OR Hepatic Transplantations))) AND (((((((((((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))) AND (((((((((((((((((((((((((((Postoperative Period[MeSH Terms]) OR Postoperative Period) OR Postoperative Periods) OR Period, Postoperative) OR Periods, Postoperative) OR Postoperative Care[MeSH Terms]) OR Postoperative Care) OR Procedures, Postoperative) OR Care, Postoperative) OR Postoperative Procedures) OR Postoperative Procedure) OR Procedure, Postoperative))	180
12	((((((((((((((((((((((((((((((End Stage Liver Disease[MeSH Terms]) OR End Stage Liver Disease) OR Chronic Liver Failure) OR Chronic Liver Failures) OR Failure, Chronic Liver) OR Failures, Chronic Liver) OR Liver Failures, Chronic) OR Liver Failure, Chronic) OR Waiting Lists[MeSH Terms]) OR Waiting Lists) OR List, Waiting) OR Lists, Waiting) OR Waiting List))) AND (((((((((((((((((((((((((((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction)))	177

13	<p>((Transplantation[MeSH Terms]) OR Transplantation) OR Transplantations) OR Transplant Recipients[MeSH Terms]) OR Transplant Recipients) OR Transplant Recipient) OR Recipient, Transplant) OR Recipients, Transplant) OR Organ Transplantation[MeSH Terms]) OR Organ Transplantation) OR Organ Graftings) OR Transplantation, Organ) OR Organ Transplantations) OR Transplantations, Organ) OR Grafting, Organ) OR Graftings, Organ) OR Organ Grafting) OR Liver Transplantation [MeSH Terms]) OR Liver Transplantation) OR Transplantations, Hepatic) OR Transplantation, Liver) OR Liver Transplantations) OR Transplantations, Liver) OR Transplantation, Hepatic) OR Grafting, Liver) OR Graftings, Liver) OR Liver Grafting) OR Liver Graftings) OR Hepatic Transplantation) OR Hepatic Transplantations)))) AND ((Sexual Dysfunctions, Psychological[MeSH Terms]) OR Sexual Dysfunctions, Psychological) OR Psychosexual Dysfunction) OR Dysfunction, Psychological Sexual) OR Dysfunctions, Psychological Sexual) OR Psychological Sexual Dysfunction) OR Psychological Sexual Dysfunctions) OR Sexual Dysfunction, Psychological) OR Psychosexual Dysfunctions) OR Dysfunction, Psychosexual) OR Dysfunctions, Psychosexual) OR Sexuality[MeSH Terms]) OR Sexuality) OR Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) OR Erectile Dysfunction) OR Dysfunction, Erectile) OR Sexual dysfunctions) OR Sexual Activities) OR Sexual functioning) OR Sexual function) OR Sexual dysfunction))</p>	1.972
Total		5.752

*resultado de busca não manejável

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 7 - Estratégias de busca realizadas com descritores controlados e palavras-chave na base de dados CINAHL

Nº	Estratégia	Encontrados
01	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care) AND (Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	6
02	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care) AND Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	7
03	((Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care) AND (Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	12
04	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care) OR (Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	22

05	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) OR (Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care) OR (Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	28.151*
06	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction))	93
07	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) OR (Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction))	1392
08	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care))	14
09	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	31

Método

10	((Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Preoperative Period OR Pre-Transplant Period OR Pre-transplantation Period OR Presurgical Period OR Preoperative Care OR Presurgical Care))	20
11	((Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction) AND (Postoperative Period OR Postsurgical Period OR Postoperative Care OR Postsurgical Care))	42
12	((waiting list OR waiting lists OR waiting list for organ transplant OR Transplantation Waiting Period OR Pretransplantation Period OR Liver Failure OR End Stage Liver Disease) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction))	536
13	((Transplantation OR Transplantations OR Transplant Recipients OR Organ Recipients OR Recipient Transplantation, Liver OR Liver Transplantation OR Organ Transplantation OR Transplantation, Organ OR Organ Transplantations OR Transplantations Organ) AND (Sexuality OR Sexual Dysfunction Sexual functioning OR Sexual function OR Sexual dysfunctions OR Erectile Dysfunction))	949
Total		3.124

*resultado de busca não manejável

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 8 - Estratégias de busca realizadas com descritores controlados e palavras-chave na base de dados LILACS

Nº	Estratégia	Encontrados
01	((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatía em Estágio Final OR Hepatopatía em Estágio Terminal) AND (Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction, Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR função sexual) AND (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória) AND (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))	0
02	((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatía em Estágio Final OR Hepatopatía em Estágio Terminal) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction, Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) AND (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória) AND (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))	0

03	<p>((Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Erétil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) AND (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória) AND (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))</p>	0
04	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatia em Estágio Final OR Hepatopatia em Estágio Terminal) AND (Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR- Transplante OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Erétil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR função sexual) AND (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória) OR (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))</p>	0

05	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatía em Estágio Final OR Hepatopatía em Estágio Terminal) AND (Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction, Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) OR (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória) OR (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))</p>	2
06	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatía em Estágio Final OR Hepatopatía em Estágio Terminal) AND (Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction, Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual))</p>	0

07	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatia em Estágio Final OR Hepatopatia em Estágio Terminal) OR (Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual))</p>	210
08	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatia em Estágio Final OR Hepatopatia em Estágio Terminal) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) AND (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória))</p>	0
09	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatia em Estágio Final OR Hepatopatia em Estágio Terminal) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Eréctil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) AND (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))</p>	0

10	<p>((Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Erétil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) AND (Período Pré-Operatório OR Preoperative Period OR Periodo Preoperatorio OR Cuidados Pré-Operatórios OR Preoperative Care OR Cuidados Preoperatorios OR Assistência Pré-Operatória OR Assistência no Período Pré-Operatório OR Assistência na Fase Pré-Operatória))</p>	0
11	<p>((Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órgãos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Erétil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual) AND (Período Pós-Operatório OR Postoperative Period OR Periodo Posoperatorio OR Cuidados Pós-Operatórios OR Postoperative Care OR Cuidados Posoperatorios OR Assistência no Período Pós-Operatório OR Assistência na Fase Pós-Operatória OR Assistência Pós-Operatória OR Cuidados Pós-Cirúrgicos))</p>	0
12	<p>((Listas de Espera OR Waiting Lists OR Listas de Espera OR Liver Failure OR Fallo Hepático OR Falência Hepática OR Falência do Fígado OR Insuficiência Hepática Grave OR Insuficiência do Fígado Grave OR End Stage Liver Disease OR Enfermedad Hepática em Estado Terminal OR Doença Hepática Terminal OR Doença Hepática em Estágio Final OR Doença Hepática em Estágio Terminal OR Hepatopatía em Estágio Final OR Hepatopatía em Estágio Terminal) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Erétil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual))</p>	0

Método

13	((Transplantation OR Trasplante OR Transplantação OR Transplante de Fígado OR Liver Transplantation OR Trasplante de Hígado OR Enxerto de Fígado OR Transplação Hepática OR Transplante Hepático OR Transplantação de Fígado OR Transplantados OR Transplant Recipients OR Receptores de Trasplantes OR Pessoas Transplantadas OR Receptores de Transplantes OR Organ Transplantation OR Trasplante de Órganos OR Transplante de Órgãos OR Enxerto de Órgão OR Enxerto de Órgãos OR Transplantação de Órgão OR Transplantação de Órgãos) AND (Sexualidade OR Sexuality OR Sexualidad OR Sexual Dysfunction,Physiological OR Disfunción Sexual Fisiológica OR Disfunção Sexual Fisiológica OR Erectile Dysfunction OR Disfunción Erétil OR Disfunção Erétil OR Atividade Sexual OR Função Sexual))	210
Total		422

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

Para a seleção dos estudos primários desta revisão selecionou-se os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram:

- Estudos primários que investigaram as alterações na sexualidade de candidatos ou receptores de transplante de fígado;
- Pesquisas publicadas em inglês, português e espanhol;
- Estudos primários publicados nos últimos 10 anos (período 30 de junho de 2006 a 30 de junho de 2016).

Os critérios de exclusão delimitados foram:

- Revisões narrativas ou revisão tradicional de literatura;
- Estudos que empregaram métodos de revisão (por exemplo, revisão sistemática); editoriais; carta reposta e diretrizes clínicas.

A partir dos resultados das estratégias de busca nas bases de dados selecionadas para a condução da revisão, gerou-se um arquivo que foi importado para o gerenciador de referências EndNote, versão X5 (©2015 THOMSON REUTERS). Para o gerenciamento das referências foram criadas pastas para cada base de dados e realizadas filtragens para os estudos duplicados, livros, dissertações, teses e outros textos não científicos, idiomas não delimitados e o período de publicação fora do estabelecido. Foi realizada a pré-seleção pela leitura dos títulos e resumos e, finalmente, a seleção final dos estudos primários com a leitura na íntegra. Os motivos de exclusão das referências foram demonstrados no Quadro 9.

A fim de garantir o rigor na condução da revisão, utilizou-se o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para explicitar de forma ordenada a seleção dos estudos primários (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

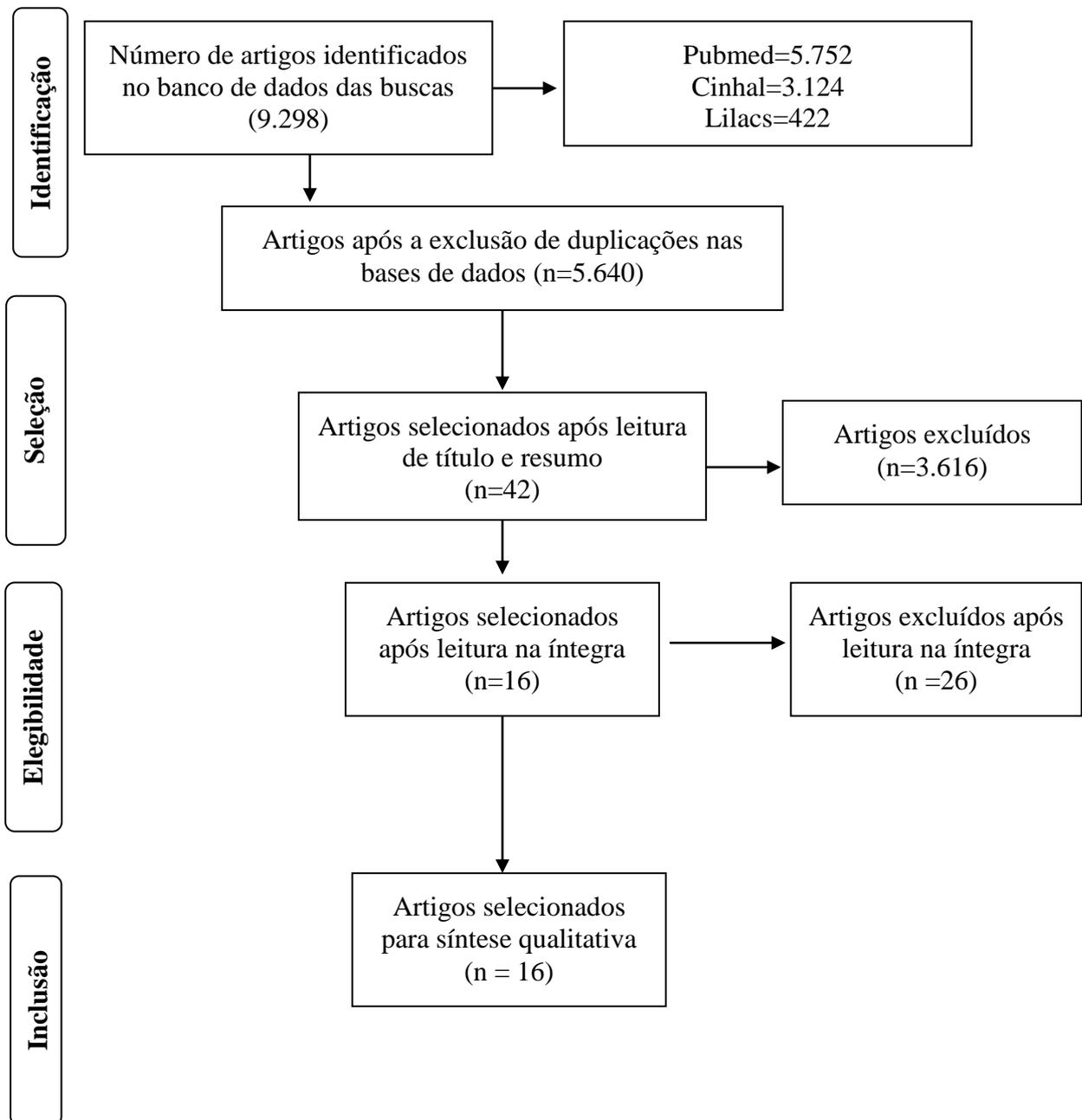
Quadro 9 - Motivos de exclusão das referências de acordo com cada base de dados

Cruzamentos	MOTIVOS PARA EXCLUSÃO DAS REFERÊNCIAS																				
	Referências encontradas			Remoção das duplicadas			Por tempo			Por idioma			Por não responderem à questão norteadora			Metodologia utilizada			EP** selecionados		
	Pubmed	Cinhal	Lilacs	Pubmed	Cinhal	Lilacs	Pubmed	Cinahl	Lilacs	Pubmed	Cinhal	Lilacs	Pubmed	Cinhal	Lilacs	Pubmed	Cinhal	Lilacs	Pubmed	Cinhal	Lilacs
#1	0	6	0	-	0	-	-	3	-	-	0	-	-	2	-	-	1	-	-	0	-
#2	2	7	0	0	6	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
#3	157	12	0	1	6	-	71	1	-	14	0	-	69	5	-	2	-	-	0	0	-
#4	345.517*	22	0	-	6	-	-	5	-	-	0	-	-	11	-	-	-	-	-	0	-
#5	2.770.569*	28.151*	2	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	2	-	-	-	-	-	-
#6	29	93	0	1	24	-	14	18	-	0	0	-	2	49	-	5	1	-	7	1	-
#7	2.120	1.392	210	233	116	1	989	332	124	94	0	0	785	938	85	14	3	-	5	3	-
#8	37	14	0	37	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
#9	2	31	0	2	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
#10	1076	20	0	1076	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
#11	180	42	0	180	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
#12	177	536	0	177	536	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
#13	1972	949	210	1972	949	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub total	5.752	3.124	422	3.679	1.750	213	1.076	360	124	108	0	0	856	1.005	87	21	5	-			
Total	9.298			5.640			1.560			108			1.948			26			16		

Fonte: Dados do Autor, Ribeirão Preto, 2017.

*Dado não computado

**EP (estudos primários)

Figura 1 - Fluxograma da busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas

Fonte: Dados do autor, Ribeirão Preto, 2017.

3.3 Extração de dados dos estudos primários

Esta fase consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos primários selecionados (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010). Para a extração de dados dos estudos empregou-se o instrumento elaborado e submetido à validação de face e conteúdo por (URSI, 2005). O referido instrumento contém conjunto de itens que permitem a identificação do estudo e as suas características metodológicas (Anexo A).

3.4 Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa

Na condução da RI foi utilizada a terminologia indicada pelos próprios autores dos estudos primários para a identificação da abordagem metodológica (quantitativa ou qualitativa), bem como o delineamento de pesquisa. Quando não havia a indicação do tipo de estudo pelos autores, adotou-se os conceitos descritos por (POLIT; BECK, 2011) para classificar a abordagem metodológica e o método empregado na pesquisa.

Para auxiliar na avaliação crítica dos estudos primários utilizou-se também a classificação de hierarquia de evidências de Fineout-Overholt e Stillwell (2011), na qual é preconizada determinada hierarquia de evidências de acordo com o tipo de questão clínica do estudo primário (Quadros 10, 11 e 12).

Quadro 10 - Classificação dos níveis de evidência para questão clínica de significado

Questão clínica	Nível	Qualificação de evidência
Significado	I	Evidências obtidas de metassíntese de estudos qualitativos
	II	Evidências alcançadas a partir de um único estudo qualitativo
	III	Evidências derivadas de síntese de estudos descritivos
	IV	Evidências provenientes de um único estudo descritivo
	V	Evidências oriundas de opinião de especialistas

Fonte: Traduzido livremente pelo autor de Fineout-Overholt e Stillwell (2011).

Quadro 11 - Classificação dos níveis de evidência para questão clínica de Prognóstico / Predição ou Etiologia

Questão clínica	Nível	Qualificação de evidência
Prognóstico/Predição ou Etiologia	I	Evidências obtidas de síntese de estudos de coorte ou caso-controle
	II	Evidências alcançadas a partir de um único estudo de coorte ou caso-controle
	III	Evidências derivadas de metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos
	IV	Evidências provenientes de um único estudo qualitativo ou descritivo
	V	Evidências oriundas de opinião de especialistas

Fonte: Traduzido livremente pelo autor de Fineout-Overholt e Stillwell (2011).

Quadro 12 - Classificação dos níveis de evidência para questão clínica de Intervenção / Tratamento ou Diagnóstico / Teste Diagnóstico

Questão clínica	Nível	Qualificação de evidência
Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico	I	Evidências obtidas de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados
	II	Evidências alcançadas a partir de ensaios clínicos randomizados bem delineados
	III	Evidências derivadas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
	IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e caso-controle bem delineados
	V	Evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
	VI	Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo
	VII	Evidências oriundas de opinião de especialistas

Fonte: Traduzido livremente pelo autor de Fineout-Overholt e Stillwell (2011).

3.5 Análise e síntese dos resultados da revisão integrativa

A partir da avaliação crítica dos estudos primários incluídos, realizou-se a comparação com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões resultantes da revisão integrativa (GANONG, 1987). Assim, a análise e síntese dos resultados da revisão foram realizadas na forma descritiva, com a elaboração de quadro-síntese para cada estudo primário incluído na

RI. No quadro-síntese apresentaram-se informações que permitem ao leitor a identificação de cada pesquisa (título, autor(es), periódico, ano de publicação, base de dados), as características metodológicas (objetivo(s), detalhamentos amostral e metodológico), bem como os principais resultados e conclusões.

3.6 Apresentação da revisão integrativa

A apresentação da RI possibilitará ao leitor o entendimento das etapas percorridas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A síntese do conhecimento sobre a sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado propiciou subsídios para a tomada de decisão de enfermeiros envolvidos nas equipes de transplante, auxiliando no planejamento de intervenções direcionadas para a melhoria do cuidado, bem como na identificação de lacunas do conhecimento para o desenvolvimento de novos estudos.

Para elaboração da presente revisão integrativa foram identificados 9.298 artigos por meio das diferentes estratégias de busca executadas. Na base de dados PubMed identificou-se um número maior de resultados, com 5.752 referências, seguido pelas bases de dados CINAHL (3.124 artigos) e LILACS, com o menor resultado (422 artigos).

O número de exclusão das duplicações de referências nas bases de dados foi de 5.640 artigos. Pelo critério de tempo, 1.560 artigos foram excluídos e 108 artigos pelo critério de idioma. Os títulos e resumos de 1.990 artigos foram avaliados e, destes, 1.948 foram excluídos por não responderem à questão norteadora. Quarenta e dois artigos foram lidos em sua integralidade e dentre eles, 26 artigos foram excluídos pela metodologia utilizada (estudos secundários), resultando em 16 estudos primários.

No Quadro 13 apresenta-se a caracterização dos estudos primários incluídos na revisão integrativa. Em relação ao período de publicação, três estudos (18,7%) foram publicados em 2006, quatro pesquisas (25%) entre 2008 e 2011 e cinco estudos (31,2%) nos anos de 2013, 2014 e 2015. Observou-se incremento no número de publicações a partir do ano de 2013 que pode ser atribuído ao aumento do número de procedimentos realizados mundialmente, como terapia de escolha para doenças terminais, sendo o transplante a única alternativa de tratamento. A cirurgia tem sido difundida com consequente aumento na sobrevivência dos pacientes. No geral, a preocupação com qualidade de vida e cuidados de saúde tem aumentado exponencialmente.

Verificou-se que dez artigos (62,5%) foram publicados em periódicos da área de transplantes (*Liver Transplantation, American Journal of Transplantation, Annals of Transplantation, Progress in Transplantation, Transplant Infection Disease, Experimental Clinical Transplant, Transplant Internacional e Transplantation Proceedings*). Dois estudos primários (12,5%) foram publicados em periódicos da área de sexualidade, dois (12,5%) em revistas de saúde reprodutiva e um (6,2%) em periódico da área de urologia.

Em relação à base de dados, treze estudos primários (81,2%) foram identificados na PubMed e três (18,7%) na CINAHL. Nenhum estudo foi identificado na LILACS, o que pode indicar carência de publicações sobre a temática de investigação nos periódicos da América Latina e Caribe.

Quadro 13 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo a ordem cronológica de publicação, título, ano de publicação, tema, periódico e base de dados

Estudo	Título	Ano	Tema	Periódico	Base de Dados
01	<i>Gynecologic symptoms and sexual function before and after liver transplantation</i>	2006	Sexualidade feminina	<i>Journal of Reproductive Medicine</i>	CINAHL
11	<i>Sexual health after orthotopic liver transplantation</i>	2006	Sexualidade masculina e feminina	<i>Liver Transplantation</i>	PubMed
12	<i>Sexual functioning in patients with end-stage liver disease before and after transplantation</i>	2006	Sexualidade masculina e feminina	<i>Liver Transplantation</i>	PubMed
06	<i>Erectile dysfunction in liver transplant patients</i>	2008	Sexualidade masculina	<i>American Journal of Transplantation</i>	PubMed
07	<i>Erectile dysfunction in end-stage liver disease men</i>	2009	Sexualidade masculina	<i>The Journal of Sexual Medicine</i>	PubMed
13	<i>Sexual dysfunction after liver transplantation</i>	2009	Sexualidade masculina e feminina	<i>Liver Transplantation</i>	PubMed
16	<i>Assessment of sexual dysfunction and sexually related personal distress in patients who have under gone orthotopic liver transplantation for end-stage liver disease</i>	2011	Sexualidade masculina e feminina	<i>The Journal of Sexual Medicine</i>	PubMed
10	<i>Outcomes of pregnancies fathered by solid-organ transplant recipient sex posed to mycophenolic acid products</i>	2013	Sexualidade masculina	<i>Progress in Transplantation</i>	CINAHL
14	<i>Assessment of sexual function and conjugal satisfaction prior to and after liver transplantation</i>	2013	Sexualidade masculina e feminina	<i>Annals of Transplantation</i>	PubMed
02	<i>Prevalence of high-risk human papilloma virus among women with hepatitis C virus before liver transplantation</i>	2013	Sexualidade feminina	<i>Transplant Infectious Disease</i>	PubMed
08	<i>Liver transplant may improve erectile function in patients with benign end-stage liver disease: single-center Chinese experience</i>	2013	Sexualidade masculina	<i>Experimental and Clinical Transplantation</i>	PubMed
15	<i>Initial prevalence of anal human papilloma virus infection in liver transplant recipients</i>	2014	Sexualidade masculina e feminina	<i>Transplant Internacional</i>	PubMed
05	<i>Contraceptive use in female recipients of a solid-organ transplant</i>	2014	Sexualidade feminina	<i>Progress in Transplantation</i>	CINAHL
03	<i>Contraceptive awareness and birth control selection in female kidney and liver transplant recipients</i>	2014	Sexualidade feminina	<i>Contraception</i>	PubMed
04	<i>Contraception in women after organ transplantation</i>	2014	Sexualidade feminina	<i>Transplantation Proceedings</i>	PubMed
09	<i>Erectile function in men with end-stage liver disease improves after living donor liver transplantation</i>	2015	Sexualidade masculina	<i>BioMed Central Urology</i>	PubMed

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Observa-se que 68,7% (n=11) dos estudos primários foram publicados em revistas médicas. Quanto ao país de origem, seis estudos (37,5%) eram dos Estados Unidos da América, três (18,7%) da Polônia, dois (12,5%) da França e um (6,2%) do Canadá, Suíça, China e Taiwan, respectivamente. Cem por cento dos artigos foram publicados no idioma inglês (Quadro 14).

O tipo de questão clínica de todos os estudos primários incluídos foi de Prognóstico/Predição ou Etiologia dentre os quais 14 pesquisas (87,5%) com nível de evidência IV (evidências provenientes de um único estudo qualitativo ou descritivo) e duas (12,5%) classificadas com nível de evidência II (evidências derivadas de um único estudo de coorte ou caso-controle).

Após a leitura na íntegra e realização do quadro síntese de cada estudo primário incluído na revisão para organização dos dados, houve o agrupamento das pesquisas em três categorias: (1) sexualidade feminina (n=5); (2) sexualidade masculina (n=5) e; (3) sexualidade masculina e feminina (n=6). Assim, nos Quadros 15 a 19, apresentou-se a síntese dos estudos primários agrupados na categoria 1, nos Quadros 20 a 24, as pesquisas delimitadas na categoria 2 e nos Quadros 25 a 30, os estudos selecionados para a categoria 3.

Quadro 14 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo o tipo de estudo, autoria, nível de evidência e características de origem

Estudo	Tipo	Autoria	Instituição sede	Tipo de revista*	Nível de evidência	País	Idioma
01	Não experimental, tipo descritivo	Médicos	Hospital escola	Médica (ginecologia e obstetrícia)	IV	EUA	Inglês
11	Não experimental, tipo descritivo	Médicos	Hospital	Médica (doenças do fígado)	IV	Canadá	Inglês
12	Não experimental, tipo transversal	Médicos	Hospital escola	Médica (doenças do fígado)	IV	EUA	Inglês
06	Não experimental, tipo transversal (autores)	Médicos	Hospital escola	Médica (transplantes)	IV	França	Inglês
07	Não experimental, tipo descritivo	Médicos	Hospital escola	Médica (medicina sexual)	IV	França	Inglês
13	Estudo transversal	Médicos	Hospital escola	Médica (transplantes)	IV	Itália	Inglês
16	Não experimental, tipo transversal	Médicos	Hospital escola	Médica (medicina sexual)	IV	EUA	Inglês
10	Não experimental, tipo descritivo	Médicos e enfermeiros	Cadastro nacional	Multiprofissional	IV	EUA	Inglês
14	Estudo de caso controle (autores)	Médicos	Hospital escola	Médica (transplantes)	II	Suíça	Inglês
05	Não experimental, tipo transversal (autores)	Farmacêutico, médicos e psicólogos	Hospital escola	Multiprofissional	IV	EUA	Inglês
08	Não experimental, tipo transversal	Médicos e farmacêutico	Hospital	Médica (transplantes)	IV	China	Inglês
15	Não experimental, tipo transversal	Médicos e engenheiros	Hospital escola	Médica (transplantes)	IV	Polônia	Inglês
02	Estudo retrospectivo (autores)	Médicos e enfermeiros	Hospital	Médica (transplantes)	IV	EUA	Inglês
03	Estudo transversal (autores)	Médicos	Hospital escola	Médica (saúde reprodutiva)	IV	Polônia	Inglês
04	Caso controle (autores)	Médicos	Hospital escola	Médica (transplantes)	II	Polônia	Inglês
09	Estudo transversal (autores)	Médicos	Hospital	Médica (urologia)	IV	Taiwan	Inglês

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

* Obtido por meio de consulta no UlrichsWeb™ *Global Serial Directory*

Quadro 15 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina – E01

Número do Estudo	01	Fonte	<i>Journal of Reproductive Medicine</i>	Ano	2006	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico / Predição ou Etiologia
Autores	Gomez-Lobo, V.; Burgansky, A.; Kim-Schluger, L.; Berkowitz, R.					Nível de Evidência	IV
Título	<i>Gynecologic symptoms and sexual function before and after liver transplantation</i>						
Objetivo	Descrever sintomas ginecológicos e a função sexual em grupo de candidatas e receptoras de transplante hepático.						
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo.</p> <p>A amostra inicial foi composta por 291 candidatas e 233 receptoras de transplante, com idade entre 17 e 75 anos. As participantes foram divididas em dois grupos de acordo com a idade: aquelas com mais de 50 anos e aquelas com idade igual ou menor de 50 anos. Em cada grupo havia candidatas e receptoras de transplante. Essas pacientes responderam ao questionário enviado por correspondência, contendo 25 itens sobre padrão menstrual, paridade, uso de contraceptivos, atividade e satisfação sexual, sintomas urinários e ginecológicos, bem como uso de medicamentos diuréticos.</p>						
Resultado	<p>A amostra final foi de 81 mulheres, sendo 41 candidatas e 40 receptoras de transplante hepático (sem menopausa). A taxa de amenorreia em mulheres candidatas foi de 44%, enquanto nas receptoras foi de 27%. Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de mulheres em amenorreia, mas houve prevalência aumentada de amenorreia entre pacientes com cirrose hepatocelular, em comparação com doença colestática (60% versus 19%, respectivamente). As receptoras de transplante reportaram período menstrual mais intenso (45%), do que as candidatas (26%). Em contrapartida, as candidatas apresentaram ocorrência maior de incontinência urinária do que as receptoras (14% vs. 8%). Assim, o uso de fraldas por incontinência urinária foi maior nas candidatas ao transplante (14%) do que no pós-transplante (7%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre ter parceiro sexual, atividade sexual, satisfação sexual, orgasmo, dispareunia, dismenorreia ou prolapso uterino com a etiologia da doença hepática, ou com a fase do transplante, ou mesmo com a classificação <i>Child-Pugh</i>, ou seja, da severidade da doença.</p>						
Conclusão	<p>Pacientes com falência hepática diferem em relação à presença de sintomas ginecológicos a depender da etiologia da doença hepática e da fase do transplante. As candidatas apresentaram sintomas mais severos de incontinência urinária, os quais possivelmente melhoraram após o transplante. As candidatas submetidas ao transplante experimentaram a reversão da amenorreia após a cirurgia e permaneceram sexualmente ativas. Portanto, há necessidade de conhecer quais são os sintomas e como eles são afetados pelo transplante, ressaltando que intervenções para a resolução de problemas uro/ginecológicos devem ser postergadas ao transplante.</p>						

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 16 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina – E02

Número do Estudo	02	Fonte	<i>Transplant Infectious Disease</i>	Ano	2013	Tipo de questão clínica	Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Tarallo, P. A.; Smolowitz, J.; Carriero, D.; Tarallo, J.; Siegel, J.; Jia, H.; Emond, J. C.						Nível de Evidência	IV
Título	<i>Prevalence of high-risk human papilloma virus among women with hepatitis C virus before liver transplantation</i>							
Objetivo	Avaliar a prevalência e os fatores de risco para a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) de alto risco entre mulheres candidatas ao transplante hepático.							
Detalhamento Metodológico	Estudo retrospectivo (autores) A amostra foi composta de 62 mulheres candidatas ao transplante hepático, entre 18 e 70 anos de idade, submetidas aos exames de Papanicolau e HPV, e educação sobre o rastreamento do câncer cervical, como parte da avaliação pré-transplante. As variáveis demográficas e clínicas investigadas foram: idade, etnia, resultado prévio de Papanicolau, fatores de risco para o HPV, idade da primeira relação sexual, número de parceiros ao longo da vida, atividade sexual recente, tabagismo, uso de medicamento anticoncepcional, histórico de doenças sexualmente transmissíveis, medicamentos imunossupressores, diagnóstico médico, outros medicamentos utilizados e história de hepatite A, B, C ou D.							
Resultado	A idade média das participantes do estudo foi de 56 anos (valores mínimo e máximo de 27 e 69 anos). A hepatite C foi a etiologia da doença hepática em 54,8% da amostra estudada. Três mulheres tinham o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sete (11,6%) referiram história de outras doenças sexualmente transmissíveis; 25% das mulheres tiveram cinco ou mais parceiros sexuais ao longo da vida. A atividade sexual atual vs. abstinência de 10 anos ou mais foi identificada entre 38,5% e 61,5% das mulheres, respectivamente. O exame Papanicolau era normal em 58 participantes (93,5%), enquanto cinco (6,5%) apresentavam células escamosas atípicas de significância indeterminada. O teste de HPV identificou 10 mulheres (16,1%), de idade entre 46 e 61 anos, com HPV de alto risco. Todas as mulheres com HPV de alto risco tinham cirrose por vírus da hepatite C (HCV) e 90% delas não tinham fatores de risco para HPV (p=0,0013).							
Conclusão	Os resultados demonstraram forte evidência de associação entre HCV e HPV em candidatas ao transplante hepático. O HPV positivo foi detectado em mulheres sexualmente inativas, sugerindo reativação do HPV latente. A associação entre hepatite C e o HPV de alto risco, pode envolver enfraquecimento do funcionamento de células T pelo HCV. Como o transplante de fígado tornou-se modalidade bem-sucedida e os pacientes vivem por mais tempo, as equipes de saúde devem compreender os riscos de desenvolvimento de câncer secundário e a necessidade de detecção precoce e prevenção, melhorando a vigilância antes e após o transplante.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 17 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina – E03

Número do Estudo	03	Fonte	<i>Contraception</i>	Ano	2014	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico / Predição ou Etiologia
Autores	Szpotanska-Sikorska, M.; Pietrzak, B.; Wielgos, M.				Nível de Evidência		IV
Título	<i>Contraceptive awareness and birth control selection in female kidney and liver transplant recipients</i>						
Objetivo	Avaliar a proporção de usuárias de contraceptivos, o nível de satisfação e o motivo para a escolha do método contraceptivo, bem como determinar os fatores que podem afetar a escolha de contraceptivos efetivos durante o período pré e pós-transplante em mulheres receptoras do enxerto renal e hepático.						
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal (autores). Houve a participação de 217 mulheres, sendo 37 receptoras de rim e 80 receptoras de fígado, que responderam ao questionário aplicado pelo ginecologista, com 43 perguntas (instrumento dos autores) sobre utilização de métodos anticoncepcionais, consciência do controle de natalidade, aconselhamento contraceptivo e os fatores que determinaram a escolha do contraceptivo efetivo (contracepção hormonal, dispositivos intrauterinos e histerectomia) no período pré e pós-transplante. As mulheres também foram questionadas sobre a satisfação com o método de controle de natalidade. Foram selecionadas receptoras de transplante, com idade entre 18 e 45 anos, com mais de três meses de pós-operatório.						
Resultado	Das pacientes que receberam o transplante até um ano antes da inclusão no estudo, 33% desconheciam a necessidade de prevenir a gravidez no primeiro ano pós-transplante. As receptoras que usavam medicamentos contraindicados na gravidez, só tomaram consciência disso quando engravidaram. No grupo de receptoras de fígado, 38% receberam recomendações contraceptivas antes do transplante e 35%, após. Dessas mulheres que foram consultadas no pós-transplante, apenas 30% das transplantadas renais e 29% das transplantadas hepáticas usavam métodos contraceptivos efetivos. A proporção do uso de qualquer método contraceptivo em mulheres sexualmente ativas foi de 83% nas receptoras renais e 90% nas receptoras hepáticas. No pós-transplante, o preservativo permaneceu sendo o método contraceptivo mais utilizado. Houve aumento no uso de contraceptivos efetivos em mulheres sexualmente ativas no período pós-transplante quando comparado ao período pré-transplante (6% vs. 14%, respectivamente). Houve uma melhora significativa de satisfação com o uso de contraceptivos hormonais após o transplante ($p < 0,001$). A escolha por métodos facilmente acessíveis e aplicáveis aumentou significativamente (44% vs. 26%). No entanto, no pós-transplante a escolha de contraceptivos dependeu significativamente da recomendação médica e da ausência de interferência do método no corpo (11% vs. 23% e 18% vs. 29%, respectivamente). Os fatores que afetaram o uso de contraceptivo efetivo foram o aconselhamento contraceptivo apenas no pós-transplante e ausência e/ou baixa atividade sexual pré-transplante.						
Conclusão	A seleção de método contraceptivo efetivo em mulheres transplantadas permanece abaixo do ideal. Apesar do número baixo de participantes que receberam aconselhamento contraceptivo neste estudo, esta prática foi significativamente associada com a escolha de método efetivo de controle da natalidade.						

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 18 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina – E04

Número do Estudo	04	Fonte	<i>Transplantation Proceedings</i>	Ano	2014	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Szymusik, I.; Szpotanska-Sikorska, M.; Mazanowska, N.; Ciszek, M.; Wielgos, M.; Pietrzak, B.						Nível de Evidência	II
Título	<i>Contraception in women after organ transplantation</i>							
Objetivo	Avaliar se mulheres receptoras de transplante de órgãos aplicam métodos de planejamento familiar e contracepção adequados.							
Detalhamento Metodológico	Estudo observacional, tipo caso controle (autores). O estudo foi conduzido com a participação de dois grupos de mulheres em idade fértil, sendo um grupo de receptoras de transplantes (n=100) e o grupo controle de mulheres saudáveis (n=67). A coleta de dados foi por meio de questionário autoadministrado, o qual abrangeu dados do padrão menstrual, atividade sexual, aconselhamento ginecológico, métodos contraceptivos, história obstétrica e doenças crônicas.							
Resultado	No grupo de receptoras, os tipos de órgãos sólidos mais comuns transplantados foram rim (63%) e fígado (34%). Houve melhora na regularidade do ciclo menstrual, após o transplante (73% vs. 50% antes do transplante; p=0,005), mas ainda foi menor na comparação com o grupo controle (91% vs. 73%; p=0,0046). As mulheres submetidas ao transplante tornaram-se sexualmente mais ativas depois da cirurgia (87% vs. 64%; p=0,0001), sendo após o procedimento tão ativas quanto as participantes do grupo controle. Após a cirurgia, 18 mulheres engravidaram, sendo seis (33,3%) não planejadas. As transplantadas sexualmente ativas usavam menos contraceptivos que o grupo controle (51,7% vs. 82,06%; p=0,0001). O preservativo foi o método mais usado pelas transplantadas, enquanto o contraceptivo oral o mais utilizado pelo grupo controle. As receptoras de transplante sexualmente ativas foram mais ao ginecologista que o grupo controle (58,6% vs. 48,3%; p=0,22). As recomendações dos ginecologistas acarretaram o aumento no uso de dispositivo intrauterino (DIU), de 0 para 4%, bem como diminuiu o uso de contraceptivos orais (13,7% para 3,9%) nas receptoras de transplante. Doenças crônicas, na maioria hipertensão e diabetes <i>mellitus</i> , ocorreram mais frequentemente nas receptoras de transplante do que no grupo controle (55,8% vs. 20,7%; p<0,0001). Pacientes transplantadas, sexualmente ativas, com doenças crônicas usavam DIU mais frequentemente do que as mulheres sexualmente ativas do grupo controle (4% vs. 0), enquanto o contraceptivo oral foi prescrito com frequência maior para o grupo controle (8,3% vs. 50%; p<0,001).							
Conclusão	A contracepção segura e eficaz é crucial para mulheres transplantadas. É essencial estabelecer o registro compulsório de gravidez entre as receptoras de transplantes, para obtenção de informações precisas sobre a efetividade dos métodos contraceptivos, a ocorrência de complicações maternas, avaliação em longo prazo do efeito dos imunossupressores no feto e a influência da gravidez na função do enxerto. O aconselhamento contraceptivo de mulheres transplantadas em idade reprodutiva deve ser incluído como parte do cuidado após o transplante.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 19 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade feminina – E05

Número do Estudo	05	Fonte	<i>Progress in Transplantation</i>	Ano	2014	Tipo de questão clínica		Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Rafie, S.; Lai,S.; Garcia, J. E.; Mody, S. K.					Nível de Evidência	IV		
Título	<i>Contraceptive use in female recipients of a solid-organ transplant</i>								
Objetivo	Avaliar o aconselhamento sobre o uso de contraceptivos e os métodos contraceptivos escolhidos entre as mulheres submetidas a transplante de órgãos sólidos. Identificar as preferências no uso de métodos anticoncepcionais.								
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo transversal (autores). A amostra foi composta de 21 mulheres de 18 a 50 anos, sexualmente ativas, que receberam enxerto de rim, pâncreas ou fígado nos últimos 24 meses, responderam ao questionário autoaplicado, contendo 21 questões (instrumento adaptado de estudo prévio) sobre o seu padrão menstrual, histórico de gravidez, uso de anticoncepcionais antes e após o transplante e planejamento familiar, além de caracterização demográfica dos participantes.								
Resultado	Das 21 mulheres receptoras de transplantes de órgãos sólidos, 15 (71%) tinham histórico de gravidez antes do transplante, com total de 42 gestações, sendo que 23 (55%) não foram planejadas. A maioria das gestações gerou recém-nascidos a termo (mais de 37 semanas). Nenhuma gravidez ocorreu após o transplante. Dois terços das mulheres transplantadas (67%, n=14) receberam aconselhamento sobre período de segurança para engravidar após a cirurgia. A maioria (52%, n=11) recebeu orientações do médico transplantador, enquanto sete (33%) foram aconselhadas pela enfermeira da equipe de transplante. Um terço (33%, n=7) referiu ter recebido a informação do risco da gravidez no primeiro ano do transplante, enquanto que cinco mulheres (33%) foram orientadas a aguardar dois anos, sendo que 90% estavam conscientes do risco de deformidade ao feto, associado ao uso dos medicamentos após o transplante. Tanto no ano anterior ao transplante quanto no ano após, o método anticoncepcional predominante utilizado foi o preservativo. Nenhuma paciente recebeu orientações do obstetra ou ginecologista. As receptoras de transplantes indicaram interesse em receber aconselhamento sobre métodos anticoncepcionais mais efetivos, tais como dispositivo intrauterino (48%), seguido pelo uso de medicamentos (33%). Também indicaram a preferência de receber aconselhamento contraceptivo pelo profissional da equipe de transplante (48%), obstetra/ginecologista (43%) e pelo enfermeiro do programa de transplante (38%).								
Conclusão	Receptoras de transplante em idade fértil podem restaurar a fertilidade após a cirurgia, sendo fundamental o aconselhamento quanto aos métodos contraceptivos efetivos. As receptoras de transplantes devem ser orientadas sobre os riscos da gravidez após o transplante, tanto para a mulher, quanto para o feto e o enxerto. As orientações devem ser feitas não apenas antes, mas também após o transplante. Futuras intervenções em mulheres receptoras de órgãos sólidos podem incluir a avaliação do obstetra/ginecologista com experiência na indicação de contraceptivos para esta clientela.								

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 20 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina – E06

Número do Estudo	06	Fonte	<i>American Journal of Transplantation</i>	Ano	2008	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Huyghe, E.; Kamar, N.; Wagner, F.; Yeung, S. J.; Capietto, A. H.; El-Kahwaji. L.; Muscari, F.; Plante, P.; Rostaing, L.						Nível de Evidência	IV
Título	<i>Erectile dysfunction in liver transplant patients</i>							
Objetivo	Avaliar a frequência e os fatores de risco para disfunção erétil, bem como a satisfação com a ereção em homens após o transplante de fígado.							
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo transversal (autores). A amostra do estudo foi composta de 98 homens submetidos ao transplante hepático. Para a coleta de dados utilizou-se os seguintes instrumentos de medida: <i>International Index of Erectile Function (IIEF-5)</i> , também conhecido como <i>The Sexual Health Inventory for Men (SHIM)</i> e <i>The Patient-baseline Treatment Satisfaction Scale (TSS)</i> para avaliação da função erétil no pré e pós-transplante.							
Resultado	A proporção global de pacientes sexualmente inativos diminuiu de 29% antes do transplante para 15% depois da cirurgia, embora a proporção de homens com disfunção erétil permaneceu a mesma nos dois períodos. Destaca-se que 5% dos pacientes que eram ativos antes do transplante, tornaram-se sexualmente inativos após a cirurgia, 10% mantiveram-se inativos nos dois períodos (antes e depois da cirurgia) e 19% evoluíram de inativos para sexualmente ativos após o transplante. A ausência de atividade sexual depois do transplante foi associada com a idade ($p=0,08$), histórico de doença cardiovascular ($p=0,03$), uso de diuréticos ($p=0,04$), anticoagulantes, anti-inflamatórios não-esteroides ($p=0,001$), estatinas ($p=0,01$) e tratamento para diabetes <i>mellitus</i> ($p=0,03$). O uso dos medicamentos imunossuppressores não foi correlacionado com a atividade sexual após o transplante. Fatores significantes associados ao escore baixo no instrumento IIEF-5 após o transplante incluiu história de doença cardiovascular ($p=0,05$), ocorrência de diabetes <i>mellitus</i> após o transplante ($p=0,04$), abuso de álcool ($p=0,03$), uso de antidepressivos ($p=0,05$) e bloqueadores de angiotensina II ($p=0,05$). Não houve correlação entre o tratamento imunossupressor e a qualidade das ereções. Após o transplante hepático, 58 dos 98 pacientes perceberam melhora na função erétil. O escore baixo na escala TSS pós-transplante foi associado com histórico de doença endócrina ($p=0,03$), tratamento antidepressivo ($p=0,04$) e uso de diuréticos ($p=0,03$).							
Conclusão	A população de pacientes candidatos ao transplante hepático é caracterizada por frequência alta de perda da atividade sexual e pela prevalência alta de disfunção erétil. O transplante de fígado melhorou a atividade sexual, mas a disfunção erétil permaneceu na maioria dos pacientes após a cirurgia. A satisfação com a sexualidade também permaneceu estática após o transplante. Na ocorrência de melhoria da função sexual, esta geralmente ocorreu 18 meses após o transplante. Pacientes em programas de transplante de fígado devem ser acompanhados antes da cirurgia e ao longo do primeiro ano após o transplante (ideal por dois anos). O manejo específico de problemas sexuais deve ser promovido, incluindo acompanhamento urológico, bem como psicossocial.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 21 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina – E07

Número do Estudo	07	Fonte	<i>Journal Sexual Medicine</i>	Ano	2009	Tipo de questão clínica	Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Huyghe, E.; Kamar, N.; Wagner, F.; Capietto, A. H.; El-Kahwaji, L.; Muscari, F.; Plante, P.; Rostaing, L.					Nível de Evidência	IV	
Título	<i>Erectile dysfunction in end-stage liver disease men</i>							
Objetivo	Determinar a prevalência, período e fatores de risco para disfunção erétil em homens com doença hepática terminal e candidatos a transplante de fígado.							
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo. A função erétil foi avaliada em 98 homens maiores de 18 anos, candidatos ao transplante de fígado. O questionário foi enviado aos participantes, por meio do qual a avaliação incluiu contato por e-mail e contato telefônico. As informações sobre a função erétil foram coletadas por meio do instrumento <i>International Index of Erectile Function (IIEF-5)</i> e para avaliar a satisfação com a sexualidade foi utilizada <i>The Patient-baseline Treatment Satisfaction Scale (TSS)</i> . O prontuário médico também foi usado como fonte de dados demográficos e clínicos.							
Resultado	Dos participantes, 28 (28,6%) foram considerados sexualmente inativos. Entre os 70 pacientes sexualmente ativos, 52 (74%) apresentaram disfunção erétil, sendo que 50% dos homens perceberam que a deterioração da função erétil ocorreu dentro dos seis meses anteriores ao estudo. No geral, os dados da classificação <i>Child-Pugh</i> demonstraram não haver influência significativa sobre a atividade sexual, disfunção erétil e satisfação sexual. A ausência de atividade sexual foi mais frequente nos participantes com hepatite B ou C (p=0,02). Os fatores de risco para disfunção erétil foram: a ingestão de álcool (p=0,03), o uso do tabaco (p=0,03) e a doença cardiovascular (p=0,004). Os fatores de risco significativos para os escores baixos da escala TSS foram as hepatites virais (p=0,01) e a doença cardiovascular (p=0,01). A preocupação com a ereção foi citada por 61,4% dos homens sexualmente ativos. Pacientes com parceiros sexuais tinham escore alto de IIEF-5. Apenas 11 (11,2%) homens tomavam medicamentos para disfunção erétil e seus escores de IIEF-5 foram significativamente menores.							
Conclusão	Candidatos ao transplante hepático foram caracterizados por frequência alta de perda da atividade sexual e pela prevalência alta de disfunção erétil. O manejo específico de problemas sexuais deve ser promovido incluindo tanto acompanhamento urológico quanto psicosssexual.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 22 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina – E08

Número do Estudo	08	Fonte	<i>Experimental and Clinical Transplantation</i>	Ano	2013	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
Autores	Wang, G.; Yang, J.; Li, M.; Liu, B.; Jiang, N.; Fu, B.; Jin, H.; Li, H.; Yang, Y.; Chen, G.						Nível de Evidência IV
Título	<i>Liver transplant may improve erectile function in patients with benign end-stage liver disease: single-center chinese experience</i>						
Objetivo	Avaliar disfunção erétil em homens com falência hepática por doença benigna, candidatos e receptores de transplante de fígado.						
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo transversal. A amostra foi composta por dois grupos de pacientes, a saber: candidatos ao transplante hepático (n=57) e receptores de transplante de fígado (n=60), os quais foram avaliados por meio do instrumento <i>International Index of Erectile Function (IIEF-5)</i> , validado para a cultura chinesa. Os dados foram coletados durante a avaliação ambulatorial no centro transplantador. O prontuário médico foi utilizado para obtenção de dados demográficos e clínicos.						
Resultado	A proporção de pacientes sexualmente ativos foi maior no grupo de receptores de transplante do que no grupo de candidatos (80% vs. 47,7%), com $p < 0,01$. A média do escore do IIEF-5 foi significativamente maior para os receptores (15,9 pontos vs. 8,5 pontos), com $p < 0,01$. Para cada participante do grupo de receptores, a média de tempo para recuperar a libido, desde a realização do procedimento foi de 60 dias (sete a 365 dias) e a média de tempo para recuperar a atividade sexual, desde o transplante foi 90 dias (15 a 390 dias). No grupo de candidatos, houve incidência maior de disfunção erétil grave e disfunção erétil total e menor incidência de ausência de disfunção erétil, do que no grupo de receptores. Houve incidência comparável de disfunção erétil leve e leve a moderada entre os grupos investigados. As variáveis associadas ao escore IIEF-5 dos receptores de transplante foram: idade, profissão e protocolo de imunossupressão. Entre os pacientes que faziam uso de tacrolimus e ciclosporina como protocolo imunossupressor, os receptores que utilizavam a ciclosporina apresentaram escores IIEF-5 maiores ($p < 0,05$).						
Conclusão	Os pacientes com falência hepática terminal e candidatos ao transplante foram caracterizados pela frequência alta de inatividade sexual, escore IIEF-5 baixo e incidência alta de disfunção erétil. O transplante hepático pode melhorar a função erétil desses pacientes. No entanto, a disfunção erétil ainda permanece como problema na maioria dos receptores. A função erétil após o transplante hepático pode ser afetada pela idade, profissão e protocolo de imunossupressão. A equipe deve investir em esforços para o manejo específico de problemas sexuais, com vistas à melhoria da função sexual dos pacientes transplantados.						

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 23 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina – E09

Número do Estudo	09	Fonte	<i>BioMed Central (BMC)</i>	Ano	2015	Tipo de questão clínica		Estudo de Prognóstico /Predição ou Etiologia	
Autores	Chien, Y.C.; Chiang, H.C.; Lin, P.Y.; Chen, Y.L.					Nível de Evidência	IV		
Título	<i>Erectile function in men with end-stage liver disease improves after living donor liver transplantation</i>								
Objetivo	Avaliar as diferenças da função erétil e sexual no pré e pós-operatório do transplante de fígado com doador vivo.								
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo transversal (autores).</p> <p>A amostra foi composta de 58 homens com doença hepática terminal, os quais tiveram a função erétil medida antes e depois do transplante hepático com doador vivo. Para a coleta de dados utilizou-se versão modificada do instrumento <i>International Index of Erectile Function (IIEF-5)</i> e o questionário <i>Androgen Deficiency in the Aging Male (ADAM)</i> para avaliar o hipogonadismo, os quais foram aplicados por dois médicos urologistas, antes da cirurgia e seis meses após o transplante, durante o atendimento ambulatorial no centro transplantador. As diferenças nos valores médios dos questionários, antes e após o transplante, foram avaliadas para determinar a existência de associação entre o transplante hepático com doador vivo e a melhoria da função sexual.</p>								
Resultado	<p>A média do escore IIEF-5 aumentou significativamente após o transplante (de 11,7 pontos no pré para 14,7 no pós, $p < 0,01$), indicando que a cirurgia melhorou a função erétil. A porcentagem de pacientes com escore IIEF-5 indicando disfunção erétil severa e média a moderada foi menor após o transplante (37,9% vs. 24,1% e 31% vs. 17,2%, respectivamente) e a ausência de disfunção erétil foi maior após o transplante (6,9% - pré-transplante, contra 13,8% - pós-transplante). A prevalência de hipogonadismo entre os pacientes com doença hepática terminal diminuiu após o transplante baseado no escore ADAM aplicado antes e após a cirurgia (hipogonadismo antes = 41 pontos; hipogonadismo após = 31 pontos, $p = 0,031$). O hipogonadismo antes do transplante foi associado com melhora na função erétil após o transplante. Houve correlação significativa entre hipogonadismo e o escore IIEF-5 antes do transplante. Em paciente com escore de ADAM indicativo de hipogonadismo, a média do score IIEF-5 foi 8,75 pontos antes do transplante e 10,53 pontos após transplante.</p>								
Conclusão	O transplante hepático com doador vivo resulta em melhoria na função erétil. Além disso, a melhora nesta função foi associada com ausência de hipogonadismo antes do transplante.								

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 24 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina – E10

Número do Estudo	10	Fonte	<i>Progress in Transplantation</i>	Ano	2013	Tipo de questão clínica	Prognóstico/Predição ou Etiologia
Autores	Jones, A.; Clary, M. J.; McDermott, E.; Coscia, L. A.; Constantinescu, S.; Moritz, M. J.; Armenti, V. T.						Nível de Evidência IV
Título	<i>Outcomes of pregnancies fathered by solid-organ transplant recipient sex posed to mycophenolic acid products</i>						
Objetivo	Descrever os resultados de gestações de filhos de receptores de transplante de órgãos expostos ao tratamento com produtos à base de ácido micofenólico no momento da concepção e comparar com dados da população geral.						
Detalhamento Metodológico	<p>Delimitação de pesquisa não experimental, tipo descritivo.</p> <p>A amostra composta por homens receptores de órgãos sólidos, recrutados para o estudo pelo <i>National Transplantation Pregnancy Registry</i> (NTPR) e por indicação da equipe transplantadora. Os dados foram coletados por meio de prontuário médico dos pacientes e de seus filhos e, por entrevista telefônica, em acompanhamento periódico ao longo de 1 a 2 anos.</p>						
Resultado	<p>Dos 830 homens receptores de transplantes registrados pelo NTPR, 152 foram expostos aos produtos à base do ácido micofenólico, tendo como produto filhos de 205 gestações (208 nascimentos, incluindo três pares de gêmeos). A média de idade destes homens, no momento da concepção dos filhos, foi de 33 anos, com média de quatro anos de intervalo entre o transplante e a concepção. Os resultados das gestações dos filhos foram 194 nascidos vivos e 14 abortos espontâneos. Não houve aborto terapêutico ou ocorrência de natimorto. Dos nascidos vivos, 21 (10,8%) foram prematuros (menos que 37 semanas de gestação), oito (4,1%) nasceram com peso baixo (<2.500g), mas nenhum com peso baixo extremo (<1.500g). A média de tempo gestacional foi de 37 semanas e a média de peso ao nascer foi 3.401,5g. Entre os nascidos vivos, seis más-formações foram identificadas, com incidência de 3,1%.</p>						
Conclusão	<p>Os resultados do estudo relativos às gestações de filhos de receptores de transplante de órgãos, em tratamento com medicamentos com ácido micofenólico, apresentaram semelhanças aos dados de gestações da população geral. A bula dos produtos contendo ácido micofenólico adverte para o potencial risco de aborto e possíveis efeitos teratogênicos ao feto durante a gravidez ou até seis semanas da concepção, para mulheres que utilizam este medicamento. A bula do medicamento e a <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) não fornecem qualquer informação para os homens que desejam ser pais e em tratamento com ácido micofenólico.</p>						

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 25 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina – E11

Número do Estudo	11	Fonte	<i>Liver transplantation</i>	Ano	2006	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Ho, J. K.; Ko, H. H.; Schaeffer, D. F.; Erb, S. R.; Wong, C.; Buczkowski, A. K.; Scudamore, C. H.; Yoshida, E. M.						Nível de Evidência	IV
Título	<i>Sexual health after orthotopic liver transplantation</i>							
Objetivo	Descrever a frequência e a extensão da disfunção sexual em receptores de transplante de fígado antes e após a cirurgia. Determinar o grau de satisfação com a vida sexual, os fatores relacionados à disfunção sexual e a necessidade de buscar ajuda médica em relação aos problemas sexuais após o transplante.							
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo. A coleta de dados foi por meio de questionário auto aplicado, com 24 perguntas (instrumento dos autores), composto de informações demográficas, médicas (comorbidades e medicamentos atuais) e da saúde sexual (como a falta de interesse em sexo, ausência de prazer e dificuldade em tornar-se sexualmente excitado, bem como qualidade de vida e satisfação geral com a vida sexual após o transplante).							
Resultado	Do total de questionários encaminhados (n=320), 150 completos (88 homens e 62 mulheres) retornaram aos pesquisadores (taxa de resposta global de 42%), sendo que 36 pacientes (24%, 21 homens e 15 mulheres) experimentaram problemas sexuais antes do transplante, que persistiram em 22 participantes (15%, 14 homens e oito mulheres) após o transplante. No geral, 70 pacientes (47%, 45 homens e 25 mulheres) referiram problemas sexuais após o transplante. A incidência de problemas sexuais em homens e mulheres antes do transplante foi de 23,8% e 24,1%, tendo aumentado para 51,1% e 40,3%, respectivamente, após o transplante. Com relação às questões do sexo masculino (n=77), 16 pacientes (20%) sem problemas com a libido antes do transplante sentiram sua diminuição após a cirurgia; 14 (18%) referiram ter problemas com ejaculação precoce, 23 (30%) tiveram algum grau de disfunção erétil e 25 (33%) relataram ter dificuldades em atingir o orgasmo após o transplante. Os problemas sexuais citados pelas mulheres (n=51) após o transplante foram: diminuição da libido (n=13, 26%); dificuldade de manter a lubrificação (n=17, 34%); dispareunia (n=20, 40%); e incapacidade de atingir o orgasmo (n=13, 26%). Apesar dos problemas sexuais relatados, 86 pacientes (59%) referiram satisfação com sua vida sexual após o transplante, 19% dos participantes faziam uso de medicamento para disfunção sexual (citrato de sildenafila) e 65% dos homens que usara o medicamento, reportaram melhora da função sexual.							
Conclusão	Os pacientes perceberam a existência de problemas sexuais depois do transplante hepático. A saúde sexual em pacientes que recebem o transplante hepático não é bem estudada na América do Norte, sendo uma área que precisa de mais estudos para se compreender a relação entre o transplante hepático e a saúde sexual.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 26 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina – E12

Número do Estudo	12	Fonte	<i>Liver transplantation</i>	Ano	2006	Tipo de questão clínica		Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Sorrell, J. H.; Brown, J. R.				Nível de Evidência		IV		
Título	<i>Sexual functioning in patients with end-stage liver disease before and after transplantation</i>								
Objetivo	Avaliar a prevalência da disfunção sexual em pacientes com falência hepática, antes e depois do transplante de fígado. Avaliar fatores clínicos, tais como a gravidade e etiologia da doença hepática e sua relação com o funcionamento sexual.								
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo transversal.</p> <p>A amostra inicial da pesquisa foi composta por 173 candidatos ao transplante, sendo 102 homens e 71 mulheres. No <i>follow up</i>, por meio de entrevista por telefone, houve a participação de 39 receptores de transplante, sendo 25 homens e 14 mulheres.</p> <p>As entrevistas foram realizadas por telefone (questionário do próprio autor) e precederam avaliação inicial no período de espera para a cirurgia, a qual compreendeu avaliação física, psicológica, neuropsicológica e funcionamento social, pela equipe multidisciplinar. Além dos aspectos sociodemográficos e clínicos, levantaram-se a história e avaliação sexual de cada participante.</p>								
Resultado	<p>Antes do transplante, 73 pacientes (42,2%) referiram inatividade sexual, 42 (24,3%) não ter havido mudança na frequência da atividade sexual e 40 (23,1%) relataram ser sexualmente ativos, com queda da frequência das relações sexuais em detrimento da doença hepática e 18 (10,4%) não responderam à questão. Da amostra investigada, 75 pacientes (43,4%) tiveram o interesse em sexo inalterado desde o diagnóstico da doença, enquanto 70 (40,5%) referiram diminuição. Entre os homens, 41 (40,2%) negaram qualquer disfunção erétil, enquanto disfunção parcial ocorreu em 21 homens (20,6%) e disfunção total em 35 (34,3%). Os participantes que referiram inatividade sexual obtiveram média maior do escore do <i>Model for End-Stage Liver Disease</i> (MELD) (13,88 pontos) do que aqueles considerados “sem mudança” (MELD de 13,78 pontos). Os homens que relataram disfunção erétil total tiveram escore maior MELD (16,85 pontos), quando comparados com os participantes com presença de disfunção parcial (11,76 pontos) e sem disfunção erétil (12,63 pontos). Antes do transplante, os resultados indicaram níveis elevados de disfunção sexual, sendo que as mulheres demonstraram níveis mais elevados do que os homens. A idade elevada e a gravidade da doença hepática foram relacionadas com frequência sexual e satisfação sexual menores. Os resultados apontaram continuidade e persistência da disfunção sexual após o transplante. O aumento do interesse (35,1%) e a habilidade de atingir orgasmos (45,4%) aumentaram após a cirurgia, contudo a frequência (38,9%) e satisfação (44,4%) diminuíram neste período. Entre os oito homens que referiram disfunção erétil pré-transplante, apenas um relatou função normal pós-transplante. Não houve relação significativa entre funcionamento sexual e a causa da doença hepática. No entanto, pacientes com diagnóstico de cirrose hepática alcoólica apresentaram disfunção erétil total maior, do que qualquer outro grupo.</p>								
Conclusão	Espera-se que o funcionamento sexual se recupere no prazo de um ano após o transplante, mas nem sempre isso ocorre. Esforços clínicos devem ser direcionados para identificar e tratar a disfunção sexual em pacientes com falência hepática antes e após o transplante, contribuindo para o bem-estar e auxiliando na restauração de seus papéis que foram forçadamente perdidos por conta da doença crônica.								

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 27 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina – E13

Número do Estudo	13	Fonte	<i>Liver transplantation</i>	Ano	2009	Tipo de questão clínica		Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Burra, P.					Nível de Evidência	IV		
Título	<i>Sexual dysfunction after liver transplantation</i>								
Objetivo	Avaliar a prevalência da disfunção sexual em pacientes com cirrose e em pacientes submetidos ao transplante de fígado								
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo transversal.</p> <p>No estudo houve a participação de 79 pacientes com cirrose (35 homens e 44 mulheres) e 98 pacientes submetidos ao transplante de fígado (44 homens e 54 mulheres), sendo que todos foram submetidos à dosagem de nível de hormônio sexual. Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos: para avaliar a disfunção sexual foram empregados o <i>International Index of Erectile Function (IIEF)</i> e <i>Female Sexual Function Index</i>; para depressão, aplicado o <i>Beck Depression Inventory</i>; e para qualidade de vida, adotado o <i>Short Form 36 Health Survey</i>.</p>								
Resultado	<p>Entre as mulheres com cirrose houve diminuição significativa nos níveis totais de testosterona e aumento nos níveis de prolactina e delta-4 androsterona em comparação com os receptores de transplante (diferença estatisticamente significativa). A prevalência de disfunção sexual foi menor em pacientes que receberam o transplante do que naqueles com cirrose, entretanto os resultados não apresentaram diferença estatística significativa. A disfunção sexual foi correlacionada com idade avançada em mulheres com cirrose, enquanto que após o transplante hepático isso foi maior em pacientes com depressão e reduzida qualidade de vida.</p> <p>Entre os homens, os pacientes com cirrose apresentaram níveis mais elevados de prolactina e globulina ligadora de hormônios sexuais em comparação com os receptores de transplante (diferença estatisticamente significativa). A porcentagem de disfunção erétil severa foi significativamente maior em pacientes com cirrose do que nos receptores de transplante (43% vs. 22%). Pacientes com cirrose apresentaram pior escore de IIEF do que de pacientes transplantados (14,3 pontos vs. 19,5 pontos). A disfunção sexual foi correlacionada com idade avançada, embora sua presença tenha sido maior em pacientes com depressão após o transplante. Tanto para homens quanto para mulheres com cirrose hepática, a disfunção sexual foi confirmada e, infelizmente, isto permaneceu após o transplante hepático, sendo a depressão o fator de risco maior para a disfunção sexual.</p>								
Conclusão	Os resultados indicaram melhoria significativa na disfunção sexual após a cirurgia, mas apesar dos bons resultados, no geral, a função sexual e qualidade de vida após o transplante hepático permaneceu menor que o esperado. Essa discrepância pode estar relacionada às complicações médicas depois da cirurgia e dificuldades psicossociais. Por estes motivos, novas estratégias são necessárias para dar suporte e informações aos candidatos e receptores de transplante hepático.								

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 28 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina – E14

Número do Estudo	14	Fonte	<i>Annals Transplantation</i>	Ano	2013	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico / Predição ou Etiologia	
Autores	Klein, J.; Sao-NamTran; Mentha-Dugerdil, A.; Giostra, E.; Majno, P.; Morard, I.; Berney, T.; Dendauw, P.; Morel, P.; Mentha, G.; Iselin, C. E.; Toso, C.						Nível de evidência	II
Título	<i>Assessment of sexual function and conjugal satisfaction prior to and after liver transplantation</i>							
Objetivo	Avaliar a função sexual e satisfação conjugal em receptores de transplante de fígado e comparar com candidatos a transplante de fígado e indivíduos saudáveis.							
Detalhamento Metodológico	Estudo de caso controle (autores). Os participantes do estudo constituíram três grupos, a saber: indivíduos saudáveis, entre 45 e 70 anos sem história pregressa ou atual de doença hepática (n=31); pacientes candidatos ao transplante hepático (n = 29); e o grupo formado por receptores de transplante hepáticos (n = 136) adultos de ambos os sexos (≥ 18 anos), com mais de seis meses de cirurgia. Os dados foram obtidos por meio dos instrumentos <i>International Index of Erectile Function</i> (IIEF) para homens e <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) para as mulheres. A satisfação conjugal foi avaliada por meio do <i>The Locke-Wallace Marital Adjustment Test</i> (Locke-Wallace Score).							
Resultado	Diversos fatores que alteram a função sexual foram similares entre os grupos, incluindo a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes <i>mellitus</i> (DM), dislipidemia e alterações psicológicas. Questões sexuais foram consideradas importantes de forma semelhante entre os grupos. Não houve diferença no uso de medicação pró-ereção entre os grupos. Os receptores de transplante não apresentaram hábito de procurar ajuda especializada para lidar com os problemas sexuais ou terapia de casal. A função sexual melhorou após o transplante, mas permaneceu menor do que nos indivíduos saudáveis com a mesma faixa etária. Em pacientes homens, a função sexual melhorou clinicamente após o transplante (score IIEF 38 pontos) quando comparado ao grupo de candidatos (28 pontos), mas permaneceu pior do que em indivíduos saudáveis (55 pontos). Em mulheres, a função sexual também melhorou após a cirurgia (score FSFI 20,1 pontos) quando comparado ao grupo de candidatas (12 pontos). O nível de satisfação conjugal nos homens após o transplante permaneceu estável e semelhante aos outros grupos, mas entre as mulheres a satisfação conjugal melhorou significativamente, com níveis maiores do que nos outros grupos. A idade, índice de massa corporal (IMC), HAS, DM e dislipidemia foram associados à pior função sexual após o transplante, tanto em homens quanto em mulheres.							
Conclusão	Os resultados do estudo demonstraram que a função sexual melhorou após o transplante, mas não no mesmo nível do grupo de indivíduos saudáveis. Além disso, pela primeira vez, os resultados evidenciaram também que a satisfação conjugal dos receptores de transplante foi similar aos de indivíduos saudáveis. Recomenda-se ainda a avaliação e implementação de estratégias para o manejo de problemas sexuais, especialmente no período que antecede a realização do transplante.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 29 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina – E15

Número do Estudo	15	Fonte	<i>Transplant International</i>	Ano	2014	Tipo de questão clínica	Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Autores	Grat, M.; Grat, K.; Holowko, W.; Malejczyk, M.; Walthoffen, S. W.; Lewandowski, Z.; Kobryn, K.; Patkowski, W.; Majewski, S.; Mlynarczyk, G.; Krawczyk, M.						Nível de Evidência	IV
Título	<i>Initial prevalence of anal human papilloma virus infection in liver transplant recipients</i>							
Objetivo	Analisar a prevalência inicial de infecção anal pelo Papilomavírus Humano (HPV) em receptores de transplante de fígado e identificar os fatores de risco.							
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo transversal. A amostra foi composta de 50 receptores de transplante hepático (25 homens e 25 mulheres), sendo excluídos do estudo os pacientes submetidos a mais de um transplante de fígado. Nenhum participante havia sido previamente vacinado contra o HPV. O recrutamento foi realizado no período de internação após a cirurgia. Foram coletadas amostras de <i>swab</i> do canal anal e região perianal e questionamentos sobre a orientação sexual, idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais e história de doenças sexualmente transmissíveis. Dados clínicos e demográficos também foram registrados.							
Resultado	A prevalência de infecção anal por qualquer genótipo de HPV foi de 18%. Com taxa de 8% para genótipos de HPV de baixo risco e de 10% para genótipos de alto risco. A infecção anal por qualquer tipo de HPV foi maior em pacientes com o vírus da hepatite B ($p=0,027$), três ou mais parceiros sexuais ($p=0,031$) e cirrose alcoólica ($p=0,063$). A infecção pelo vírus da hepatite B foi o único fator significativamente associado à infecção por HPV de risco alto ($p=0,038$). Sexo masculino, idade igual ou maior do que 52 anos, 30 ou mais parceiros sexuais, idade da primeira relação sexual igual ou menor do que 18 anos e tempo desde a primeira relação maior ou igual do que 38 anos, foram identificados como fatores preditores de risco baixo para a infecção por HPV. No momento da primeira relação sexual, para prever a presença de infecção com qualquer genótipo de HPV, os valores de corte para o número de parceiros sexuais e idade foram, respectivamente, três ou mais parceiros e 19 anos ou mais jovem.							
Conclusão	Considerando a necessidade do uso de imunossupressão por toda vida em receptores hepáticos, a vigilância de câncer anal pode ser justificável. Como os receptores de órgãos sólidos têm risco maior de desenvolvimento de outras doenças malignas relacionadas ao HPV, os benefícios da vacina do HPV podem ser relevantes para esta clientela. O protocolo de acompanhamento proposto neste estudo deve incluir triagem para o HPV anal antes do transplante, vacinação antes do transplante com vacina quadrivalente (exceto para pacientes infectados com todos os quatro genótipos). Em pacientes com mais de 52 anos e com pelo menos um fator de risco para infecção de HPV anal, realizar citologia anal anual no pós-transplante (em pacientes com genótipos positivos no pré-transplante) e tratamento dos pacientes com lesão de gravidade alta.							

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Quadro 30 - Síntese de estudo primário agrupado na categoria sexualidade masculina e feminina – E16

Número do Estudo	16	Fonte	<i>J Sex Med</i>	Ano	2011	Tipo de questão clínica	Estudo de Prognóstico/Predição ou Etiologia
Autores	Park, E. S.; Villanueva, C. A.; Viers, B. R.; Siref, A. B.; Feloney, M. P.					Nível de Evidência	IV
Título	<i>Assessment of sexual dysfunction and sexually related personal distress in patients who have under gone orthotopic liver transplantation for end-stage liver disease</i>						
Objetivo	Avaliar a disfunção sexual e o sofrimento pessoal relacionado à sexualidade de homens e mulheres submetidos ao transplante de fígado.						
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo transversal.</p> <p>Os participantes elegíveis eram 283 receptores de transplante hepático (182 homens e 101 mulheres), maiores de 18 anos. Os homens responderam aos instrumentos <i>International Index of Erectile Function</i> (IIEF) e <i>Female Sexual Distress Scale-Revised</i> (FSDS-R). As mulheres responderam <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) e FSDS-R.</p>						
Resultado	<p>A amostra foi composta de 96 pacientes, os quais responderam aos instrumentos de medida (34 mulheres, 33,7%; 62 homens, 34%). Os resultados desta amostra foram comparados com sujeitos controles de estudos de validação das escalas utilizadas em todos os domínios, da escala IIEF. Os resultados indicaram que os homens apresentaram disfunção sexual de leve à moderada e severa, quando comparado com controle. Os dados da escala FSFI também foram inferiores na comparação com o grupo controle. Com relação às mulheres, 20 (58,8%) tiveram uma pontuação de 26 ou menos, qualificando-as como tendo disfunção sexual e 14 (41,2%) não. A média do escore FSDS-R em mulheres foi de 13,4 pontos com variação de 0 a 51 ponto(s). Utilizou-se como ponto de corte o valor de 11, ou seja, quem obteve pontuação ≥ 11 foi considerado com “sofrimento pessoal relacionado à sexualidade” (SRPD). Assim, 19 mulheres (59,3%) não apresentaram SRPD, enquanto 13 (40,6%) mulheres foram consideradas com SRPD. Em homens, 23 (37,1%) ficaram no intervalo considerado normal, sendo que 39 (62,9%) tiveram escores ≥ 11 pontos. A média do escore do FSDS-R foi de 19,8 pontos com variação de 0 a 52 ponto(s).</p>						
Conclusão	<p>Os resultados demonstraram que homens e mulheres com insuficiência hepática e que realizaram o transplante de fígado apresentaram média à moderada disfunção sexual. A interpretação dos dados de FSDS-R em homens deve ser feita com cautela, pois a ferramenta não foi validada para testar SRPD em homens. Embora a natureza de gênero da escala FSDS-R seja neutra, ainda não foi cientificamente comprovada sua utilização em homens. Ressalta-se a importância de se avaliar SRPD nesta clientela, além da presença de disfunção sexual em receptores de transplante de forma global, embora nem todos os indivíduos necessitem de terapia.</p>						

Fonte: Dados da pesquisa, Ribeirão Preto, 2017.

Considerando as funções do fígado como órgão responsável pela síntese, metabolismo e excreção de proteínas e hormônios, o desempenho hepático dentro da normalidade é condição essencial para a atividade dos hormônios sexuais em homens e mulheres (NITSCHE et al., 2014).

A doença hepática terminal afeta a homeostase no eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, desencadeando o hipogonadismo, determinado pelo nível baixo de testosterona e nível alto de estrogênio (ZACHARIAS et al., 2014). A fisiopatologia do hipogonadismo em pacientes com doença hepática terminal é complexa, podendo ocorrer por dano no metabolismo, principalmente em pessoas com cirrose por etiologia alcoólica, uma vez que o álcool é responsável por causar insuficiência gonadal primária (BANNISTER et al., 1987). A diminuição de gonadotrofinas (redução do hormônio luteinizante – LH e hormônio folículo estimulante - FSH), a elevação dos níveis de estrogênio (devido à depuração prejudicada dos hormônios sexuais, como a testosterona, catabolizada pelo fígado), bem como a desnutrição proteico-calórica (responsável pela diminuição de proteínas circulantes, como a albumina, que é responsável por carrear a testosterona), alteram os níveis de hormônios sexuais livres (FORESTA et al., 2008; DURAZZO et al., 2010).

Nos homens, os sinais clínicos do hipogonadismo incluem a ginecomastia, a diminuição de pelos, a atrofia testicular e a redução da próstata e oligospermia, resultando em complicações como a disfunção erétil, diminuição da libido e da fertilidade. Nas mulheres, o hipogonadismo é caracterizado por nível baixo de estradiol, acarretando na disfunção ovariana, amenorreia (ausência menstrual pelo período de 6 meses ou mais), infertilidade, redução da libido, secura vaginal e dispareunia (OLIVEIRA; CASSAL; PIZARRO, 2003).

Assim, a sexualidade de pacientes com doença hepática terminal é comprometida, não somente pela alteração dos hormônios sexuais, mas também, por outras manifestações clínicas desencadeadas pela patologia hepática. O fígado recebe aproximadamente 30% de sangue do débito cardíaco, por meio da veia porta que drena para as veias hepáticas e para a veia cava inferior. Entretanto, este fluxo é alterado pela hipertensão portal, decorrente do aumento da resistência ao fluxo de sangue na veia porta, causada pela alteração do parênquima hepático (cirrose). As complicações da hipertensão portal são as varizes gastroesofágicas (principal causa de sangramento gastrointestinal), hiperesplenismo e ascite associada ao edema periférico (VECCHI et al., 2014). Todas essas alterações afetam a qualidade de vida dos pacientes.

No paciente com cirrose, a ascite (líquido acumulado na cavidade abdominal) formada pelo escape de proteínas séricas para o espaço intersticial provoca dor abdominal, dificuldade respiratória, fadiga, bem como mudanças na imagem corporal, principalmente nas mulheres, impactando negativamente na vida destes pacientes (JARA et al., 2014).

Frente ao contexto, a sexualidade integra conceito abrangente de qualidade de vida que, em paciente com doença hepática avançada, encontra-se comprometida (PAROLIN et al., 2004a). Mediante o transplante de fígado é possível a reversibilidade das complicações da cirrose, evidenciado pela melhora no relacionamento íntimo com o parceiro (com a recuperação da atividade normal dos hormônios sexuais), pela disposição para o convívio social (ausência de encefalopatia e descompensação clínica que leve à internação hospitalar) e pela recuperação da imagem corporal (com a resolução da ascite e função nutricional) (HELLGREN et al., 1998).

No entanto, a melhoria nas condições de vida advinda com o transplante pode ser percebida de forma diferente pelos indivíduos, sendo que a recuperação plena da saúde nem sempre é possível. Os receptores do enxerto hepático podem continuar com a qualidade de vida comprometida devido às complicações após a cirurgia. A constante necessidade de vigilância da saúde (com risco iminente de rejeição e alterações da função do enxerto), uso contínuo dos imunossupressores, de diuréticos e anti-hipertensivos, o surgimento de doenças secundárias ao transplante (como a diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica) são alguns dos fatores responsáveis pela continuidade da disfunção sexual após o transplante (HUYGHE et al., 2008).

Conforme mencionado anteriormente, os estudos primários incluídos nesta RI foram agrupados em três categorias, sendo cinco pesquisas na categoria sexualidade feminina, cinco na categoria sexualidade masculina e seis na categoria sexualidade masculina e feminina.

5.1 Sexualidade Feminina

Nesta categoria, os estudos primários agrupados apresentaram como principais temas de investigação: a contracepção e a gravidez (E03, E04 e E05), disfunção sexual e presença de sintomas ginecológicos (E01) e a infecção sexualmente transmissível (E02).

Devido aos avanços referentes às técnicas cirúrgicas e medicamentos imunossupressores, em esfera global, o transplante de fígado tem sido indicado em casos de

falência hepática terminal. Com aumento no número de indicações deste procedimento cirúrgico estima-se que um terço de todos os receptores de fígado no mundo sejam mulheres e que 65% delas encontram-se em idade fértil (JABIRY-ZIENIEWICZ et al., 2009). Assim, faz-se necessário que os profissionais da saúde estejam preparados para atender a esta clientela e intervir nas queixas relacionadas à função sexual, planejamento familiar (contracepção e gravidez) e sintomas ginecológicos.

Em mulheres com cirrose hepática em fase terminal, a amenorreia, antecipação da menopausa e infertilidade são comuns devido à fisiopatologia da doença que reduz a secreção de gonadotrofinas (MCGUIRE et al., 2009). A taxa de amenorreia varia em mulheres com doença hepática, sendo em média, aproximadamente, 60% (n=22) das mulheres afetadas antes do transplante de fígado (PAROLIN et al., 2004a).

Com o transplante, as mulheres em idade fértil podem recuperar a normalidade do ciclo menstrual dentro de até um ano após a cirurgia, com média de um a sete meses (PAROLIN et al., 2004a). Os resultados do E04 demonstraram que a regularidade menstrual melhorou após o transplante hepático, quando comparado com as mulheres com cirrose (p=0,005), mas ainda foi menor do que em mulheres saudáveis (p=0,0046), com diferença estatisticamente significativa (SZYMUSIK et al., 2014). No período em que ocorre o retorno da menstruação e a normalização do ciclo menstrual, a gravidez deve ser evitada, devido à exposição do feto ao regime de medicamentos imunossupressores necessário para se evitar a rejeição do órgão transplantado (HAMMOUD et al., 2013).

A gestação após o transplante, além do risco para o feto exposto aos imunossupressores, com seus efeitos teratogênicos, também pode acarretar complicações para a mulher grávida, como demonstrado em estudo prospectivo com 146 gestantes receptoras de transplantes e 4.060 gestantes que não necessitavam e/ou receberam transplantes (grupo controle). Entre tais complicações, destacam-se: diabetes gestacional (4% mulheres saudáveis vs. 2% gestantes transplantadas; p=0,038); a hipertensão cuja ocorrência foi de 9% em mulheres saudáveis vs. 30% gestantes transplantadas (p<0,0001); e hemorragia puerperal (3% mulheres saudáveis vs. 8% gestantes transplantadas; p=0,009) (COFFIN et al., 2010). Além do binômio mulher-feto, a gestação pode por em risco a funcionalidade do órgão transplantado acarretando a rejeição do enxerto e o risco da necessidade de novo transplante (MCGUIRE et al., 2009), sendo de suma importância o planejamento familiar de mulheres submetidas ao transplante de órgãos.

Os resultados do E04 também evidenciaram que, após o transplante, as mulheres tornaram-se sexualmente mais ativas do que as candidatas ao transplante ($p=0,0001$) e igualmente ativas em relação ao grupo controle (mulheres saudáveis). Além disso, as receptoras frequentaram mais o ginecologista do que as mulheres saudáveis (58,6% vs. 48,3%) (SZYMUSIK et al., 2014). Já no E03, 38% das candidatas ao transplante e 35% das receptoras se consultaram com médicos para obter recomendações sobre contraceptivos efetivos (SZPOTANSKA-SIKORSKA; PIETRZAK; WIELGOS, 2014).

As receptoras de transplantes participantes do E05 (67%) receberam orientações sobre o período de segurança necessário para enfrentar uma possível gravidez. Nenhuma dessas pacientes foi orientada por ginecologistas. Em 52% dos casos, a informação foi dada pelo médico transplantador e 43% das mulheres afirmaram ter sido orientadas após o transplante (RAFIE et al., 2014).

No E03, os autores avaliaram o método contraceptivo de escolha utilizado por mulheres no período pré e pós-transplante de enxerto hepático e renal. Entre as pacientes transplantadas, 33% não sabiam da necessidade do uso de contraceptivos. No entanto, 77% das mulheres transplantadas que usaram medicamentos contraindicados na gravidez estavam cientes desta contraindicação (SZPOTANSKA-SIKORSKA; PIETRZAK; WIELGOS, 2014). De acordo com os resultados do E05, 90% das transplantadas foram avisadas sobre os riscos de má formação fetal relacionado aos medicamentos imunossupressores utilizados (RAFIE et al., 2014).

Os métodos contraceptivos efetivos, ou seja, aqueles com ocorrência de falha menor do que 1% (WHO, 2004), foram utilizados por uma em cada três mulheres de acordo com os dados do E03. O método de controle da natalidade escolhido por 26% das candidatas ao transplante foi o contraceptivo mais acessível e fácil de ser usado, ou seja, o preservativo. Após o transplante, 23% das mulheres fizeram a escolha baseada na recomendação médica (SZPOTANSKA-SIKORSKA; PIETRZAK; WIELGOS, 2014).

Assim, as mulheres que receberam aconselhamento sobre o controle de natalidade após o transplante tiveram 6,67 mais chances de usar contraceptivos efetivos após o procedimento. No pré-transplante, as mulheres com frequência baixa de atividade sexual tiveram 0,56 mais chances de opção por métodos mais efetivos de contracepção (SZPOTANSKA-SIKORSKA; PIETRZAK; WIELGOS, 2014).

Ainda de acordo com os resultados do E03, a proporção de consultas médicas para orientações sobre o controle de natalidade foi de 38% nas candidatas ao transplante de

fígado e 35% nas receptoras do enxerto hepático (SZPOTANSKA-SIKORSKA; PIETRZAK; WIELGOS, 2014). Assim, as taxas de aconselhamento contraceptivo para esta população são baixas e a consciência sobre a importância da contracepção em receptoras de transplante em idade fértil ainda é insuficiente (RAFIE et al., 2014; SZPOTANSKA-SIKORSKA; PIETRZAK; WIELGOS, 2014; SZYMUSIK et al., 2014).

Os resultados do E04 indicaram que quase metade das mulheres transplantadas, sexualmente ativas, não adotaram nenhum método contraceptivo (48,3%) (SZYMUSIK et al., 2014).

Segundo os resultados do E03, o preservativo foi o método mais utilizado tanto por candidatas, quanto por receptoras do transplante hepático (66% e 55%, respectivamente). Esses dados foram semelhantes nos estudos E05 e E04. No entanto, os resultados do E03 demonstraram aumento no uso de anticoncepcionais orais (ACO) ($p=0,044$) pelas receptoras, quando comparado com as pacientes que aguardavam o transplante. Nas receptoras que participaram do E04, a frequência de uso de ACO era menor do que nas candidatas ao transplante ($p<0,0001$). A escolha das mulheres transplantadas no E03, por contraceptivos mais efetivos, aumentou ($p=0,018$). O aconselhamento contraceptivo por ginecologistas possibilitou o aumento no uso do dispositivo intrauterino (DIU) de 0% para 4% no período posterior ao transplante (SZYMUSIK et al., 2014).

Apesar do preservativo ser o único método contraceptivo capaz de prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis, é necessário ressaltar que a taxa de falha é de 18%, não sendo, portanto, considerado o método mais efetivo na prevenção da gravidez após o transplante (CURTIS et al., 2016).

O DIU parece ser o método contraceptivo mais seguro para receptoras de transplante, devido ao efeito duradouro e reversível, baixa taxa de falha e ausência de interação medicamentosa (CURTIS et al., 2016). No entanto, mesmo diante da escolha de método efetivo, o uso do preservativo não pode ser dispensado, por ser o único capaz de proteger contra doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com os dados do E05, 71% das mulheres engravidaram antes do transplante. Das 42 gestações desta casuística, 55% não foram planejadas (RAFIE et al., 2014). Os resultados do E04 demonstraram que 18 mulheres engravidaram após o transplante, sendo que em 33,3% dos casos não houve planejamento da gravidez (SZYMUSIK et al., 2014).

Em centro transplantador brasileiro, relatou-se que de 22 mulheres em idade fértil,

(86,4%) que recuperaram o ciclo menstrual, quatro evoluíram com gravidez, entre 9 e 36 meses após o transplante hepático. Neste estudo, uma das gestações foi gemelar e o parto foi realizado por meio de cesariana, com a geração de cinco recém-nascidos saudáveis a termos (PAROLIN et al., 2004b). Em outra pesquisa, os autores compararam os resultados das gestações entre 146 mulheres receptoras de transplante de fígado e mulheres saudáveis (grupo controle, n=4.060) e a taxa de mortalidade fetal foi de 6,3% vs. 2%, respectivamente (p=0,0006). Dos partos realizados, 38% vs. 24% foi cesárea e 27% vs. 11% (p<0,0001) dos nascimentos prematuros, sendo que 5% vs. 2% tiveram restrição de crescimento (p=0,05) e nenhuma anomalia congênita foi identificada (COFFIN et al., 2010).

No E01, os autores investigaram os sintomas ginecológicos referidos por mulheres candidatas e receptoras do transplante hepático, sendo que os resultados evidenciaram ocorrência alta de incontinência, com perdas urinárias que necessitaram de uso de fraldas, nas mulheres na fase pré-transplante (p=0,004) (GOMEZ-LOBO et al., 2006).

Outro tópico de interesse em relação à saúde sexual da mulher refere-se a alterações urinárias, uma vez que a doença hepática crônica favorece a ocorrência de sintomas de incontinência urinária, em decorrência da pressão intra-abdominal causada pelo fluxo sanguíneo e pela presença de ascite. O acúmulo de líquido na cavidade abdominal em decorrência da ascite em pacientes com cirrose dificulta não somente a expansão do diafragma (por exemplo, provocando esforço respiratório), mas também diminui o espaço ocupado pela bexiga, ocasionando urgência e perda urinária (LOWDERMILK; PERRY, 2011).

Os sintomas severos de incontinência urinária, que podem acometer as mulheres com falência hepática, tendem a melhorar após o transplante. Assim, é recomendado que intervenções invasivas para estes sintomas sejam realizadas somente após a cirurgia, nos casos em que não há melhora dos sintomas após o transplante (GOMEZ-LOBO et al., 2006).

Ainda em relação às questões ginecológicas específicas das mulheres transplantadas, destaca-se o apresentado no E02, quanto às lesões precursoras de câncer no cérvix uterino desta população (TARALLO et al., 2013).

O câncer cervical está associado com a transmissão do Vírus Papiloma Humano (HPV) de alto risco. Nesta clientela, as dosagens altas de imunossupressão, cruciais para o sucesso do transplante, favorecem o risco de infecções e de neoplasias, sendo a vigilância e detecção precoce de fundamental importância. Além disso, reforçar a necessidade de relação

sexual segura contra transmissão de doenças, sendo o preservativo o único método de barreira disponível para esta finalidade (MARTINS; VAL; VELARDE, 2017).

A cirrose hepática é caracterizada como causa multifatorial de imunodeficiência no paciente associada a anormalidades do sistema imune, como decréscimo da função de monócitos e alteração na ativação de células natural *killers*. Quando a cirrose é causada pelo vírus da hepatite C (VHC), isto pode contribuir com o desenvolvimento da infecção pelo HPV, aumentando as chances de lesões malignas. O HPV é uma das doenças sexualmente transmissíveis que podem ser prevenidas pelo uso de preservativo, seja ele masculino ou feminino (TARALLO et al., 2013).

O rastreio do câncer cervical por meio do exame de papanicolau é preconizado para mulheres acima de 21 anos, independentemente de serem sexualmente ativas. Mas há situações especiais em que as mulheres devem ser rastreadas de forma constante e com a realização de exames complementares. Como exemplo, destacam-se as mulheres com histórico de cancro do colo do útero, expostas ao dietilestilbestrol (DES) (estrogênio sintético – antineoplásico) e imunocomprometidas, com infecção pelo HIV (SASLOW et al., 2012). Assim sendo, as mulheres imunodeprimidas pela doença hepática terminal deveriam ser incluídas no grupo de situações especiais e serem triadas quanto ao câncer cervical, a fim de garantir a prevenção e detecção precoce, por meio da vigilância desse grupo de mulheres antes e após o transplante (TARALLO et al., 2013).

No E02, das 62 mulheres candidatas ao transplante de fígado avaliadas, 39% tinham comportamento de risco associado ao HPV. Dessas mulheres, 16,1% tinham HPV de alto risco, identificado no exame de papanicolau e todas tinham vírus da hepatite C como etiologia da doença hepática. Em contrapartida, pacientes com comportamento de risco para infecção pelo HPV e que não tinham cirrose por vírus da hepatite C não foram diagnosticadas com HPV. Ou seja, a presença do vírus da hepatite C foi associada à ocorrência de HPV ($p=0,0013$), tendo a mulher candidata ao transplante 24,4 vezes mais chances de ser acometida por essa infecção cérvix-uterina (TARALLO et al., 2013).

5.2 Sexualidade Masculina

Nesta categoria, o foco principal dos estudos primários agrupados foi a disfunção erétil (E06, E07, E08, E09). Duas pesquisas abordaram também o desejo/satisfação sexual (E06, E07) e em um estudo (E10) investigou-se as consequências de homens que tiveram

filhos, em regime imunossupressor com ácido mycofenólico. Estes foram os principais problemas que afetaram a sexualidade masculina nesta RI.

No que se refere aos instrumentos utilizados para mensurar a sexualidade masculina, destaca-se o uso do *International Index of Erectile Function* (IIEF), ferramenta adotada pela maioria dos autores dos estudos primários incluídos na revisão para investigar a função erétil. Trata-se de questionário constituído de 15 itens, desenvolvido na língua inglesa, mas já validado em outros idiomas, incluindo na língua portuguesa. É autoaplicável, com grau alto de sensibilidade e especificidade para a identificação da disfunção erétil. O IIEF-5 é a escala reduzida com itens do instrumento, dividido em cinco categorias: função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral (ROSEN et al., 1997; FERRAZ; CICONELLI, 1998).

A pontuação do IIEF-5, também conhecido como *Sexual Health Inventory for Men* (SHIM), é obtida pela soma das respostas, em que cinco é a pontuação mínima e 25 a pontuação máxima. A gravidade da disfunção erétil está inversamente relacionada à sua pontuação, sendo de cinco a sete pontos definida como disfunção erétil grave, de oito a 11 pontos considerada disfunção moderada, de 12 a 16 pontos como disfunção leve a moderada, de 17 a 21 pontos como disfunção leve e acima de 22 pontos como ausência de disfunção erétil (PECHORRO et al., 2011).

Em quatro estudos primários (E06, E07, E08, E09), os autores optaram pela aplicação da escala reduzida (IIEF-5). No E07, os pesquisadores avaliaram a disfunção sexual em homens com falência hepática terminal, candidatos ao transplante, e os resultados demonstraram frequência de inatividade sexual de 28,6%, sendo que nos pacientes sexualmente ativos, 74% tinham algum grau de disfunção erétil (HUYGHE et al., 2009). Nos demais estudos, a frequência de disfunção erétil em algum grau foi de 68,9% (E09), 71% (E06) e 84,1% (E08).

A ausência de vida sexual satisfatória na fase adulta pode resultar em qualidade baixa de vida, ainda mais na ótica masculina em que, culturalmente, a virilidade está intimamente relacionada com a potência sexual (WAGNER; FUGL-MEYER; FUGL-MEYER, 2000; HEILBORN, 2006).

Na literatura, há dados que estimam que, em 2025, 322 milhões de homens no mundo apresentarão disfunção erétil. Cinquenta e dois por cento da população já convive com este problema que tende a aumentar, de acordo com o envelhecimento populacional, de 38% para 70% (MCKINLAY, 2000).

Em estudo mais recente conduzido com a população europeia, cujo objetivo foi investigar a ocorrência de impotência, os resultados evidenciaram que 55,6% (n= 790) apresentavam algum grau de disfunção erétil (SALONIA et al., 2014). No panorama brasileiro, em pesquisa cujo autor investigou a prevalência de disfunção erétil, 35% dos 681 homens tinham algum grau de comprometimento erétil (MARTINS, 2008).

As causas de disfunção erétil em pacientes com cirrose podem ser originadas por distúrbio do funcionamento do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, causando diminuição dos níveis de testosterona, alteração nos níveis dos hormônios sexuais masculinos acarretando ginecomastia, diminuição da libido, redução de volume prostático (com consequente oligoespermia) e redução da fertilidade (FORESTA et al., 2008). Essas condições foram evidenciadas no E09, no qual pacientes com hipogonadismo apresentaram frequência maior de disfunção erétil, mesmo após o transplante, em comparação com candidatos ao transplante não acometidos pelo hipogonadismo ($p < 0,01$) (CHIEN et al., 2015).

A etiologia da doença hepática terminal é fator de risco para a ocorrência de disfunção erétil nos pacientes com cirrose. Quando a etiologia da doença é alcoólica, as chances do paciente desenvolver disfunção erétil é maior, uma vez que o álcool causa efeitos tóxicos, com ação direta sobre o eixo hipofisário, interferindo na produção de hormônios como a testosterona, prejudicando, assim, a função sexual saudável. Independentemente da presença de doença hepática, o alcoolismo é danoso para a saúde sexual (VAN THIEL et al., 1990).

Assim, a associação entre as variáveis alcoolismo e risco de ocorrência de disfunção erétil foi identificada nos estudos E06 e E07, ambos com $p=0,03$, nas fases pré e pós-transplante, respectivamente (HUYGHE et al., 2008; HUYGHE et al., 2009).

Nos resultados do E06, a presença de diabetes *mellitus* (DM) ou o seu surgimento após o transplante foi identificada como fator de risco significativo ($p=0,03$) nos receptores de transplante sexualmente inativos e ($p=0,04$) nos receptores que desenvolveram DM após o transplante (HUYGHE et al., 2008). Os resultados do E09 demonstraram que os pacientes não acometidos por DM tiveram média de escore IIEF-5 pré-transplante de 12,77 pontos vs. 17 pontos no pós-transplante ($p=0,002$) (CHIEN et al., 2015). Sendo o DM considerado doença metabólica crônica, o nível elevado de glicemia é prejudicial para os vasos sanguíneos e nervos, dando origem à neuropatia autônoma. Esse quadro resulta em danos vasculares e, como consequência, os nervos e os vasos sanguíneos de extremidades (como

os genitais) deixam de funcionar adequadamente. Dessa forma, o pênis desenvolve capacidade menor de manter-se rígido o suficiente para obter a ereção satisfatória que propicie a penetração (MALAVIGE et al., 2014).

A disfunção endotelial também é provocada por doenças cardiovasculares (valvulopatias, coronariopatia, hipertensão arterial), que têm como fator de risco outras síndromes metabólicas além do diabetes, como a dislipidemia, obesidade e trombose. É caracterizada por síntese deficiente, diminuição da liberação e atividade de óxido nítrico no endotélio vascular, reduzindo assim a capacidade em manter ereção peniana (CHEW et al., 2008). A relação entre doenças cardiovasculares como fator de risco para o aparecimento de disfunção sexual foi evidenciada nos estudos E06 e E07, com ($p=0,01$) em candidatos a transplante e ($p=0,05$) em receptores do enxerto hepático, respectivamente (HUYGHE et al., 2008; HUYGHE et al., 2009).

A infecção pelo vírus da hepatite C desencadeia manifestações extra-hepáticas, como alteração na quantidade e motilidade dos espermatozoides, por afetar as células germinativas masculinas (HOFNY et al., 2011). A incidência de disfunção erétil em pacientes com o vírus da hepatite C foi significativamente maior do que em pacientes com o vírus da hepatite B (83 de 94 pacientes com infecção pelo vírus C vs. 13 de 21 pacientes com infecção pelo vírus B) ($p<0,005$) (TODA et al., 2005).

Foi identificada associação estatisticamente significativa entre função erétil e hepatite pelo vírus B e C, com $p=0,01$ no E07 e $p=0,015$ no E09, dado que demonstrou a correlação da etiologia da doença hepática por causa viral, com a satisfação sexual e a qualidade da ereção, respectivamente (HUYGHE et al., 2009; CHIEN et al., 2015).

Outra variável que apresentou correlação significativa com a ocorrência de disfunção erétil foi o protocolo imunossupressor implementado para a prevenção da rejeição. Nos resultados do E08, os pacientes transplantados em uso de ciclosporina tinham escore IIEF-5 maior do que aqueles que usavam tacrolimus como regime terapêutico imunossupressor (WANG et al., 2013).

Após a realização do transplante existe a expectativa da recuperação da função sexual, com o retorno do desempenho semelhante ao anterior à doença. A substituição do órgão doente pelo sadio tem por objetivo reestabelecer a saúde do indivíduo como um todo, eliminando os sinais e sintomas clínicos desencadeadores da disfunção sexual. Entretanto, é preciso lembrar que as causas da disfunção sexual são multifatoriais e que alguns fatores podem persistir após o transplante. Estes fatores estão associados com o envelhecimento,

presença de doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, estilo de vida não saudável (tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo), depressão, cirurgia pélvica, efeitos colaterais dos medicamentos utilizados antes e após o procedimento (HUYGHE et al., 2008; BURRA et al., 2010).

Os resultados do E06 evidenciaram que a inatividade sexual após o transplante diminuiu de 29% para 15% ($p=0,01$), mas a proporção de homens com disfunção erétil não mudou: 85,5% dos receptores de transplante tinham risco alto para disfunção erétil (HUYGHE et al., 2008). Com relação aos dados do E07, dos candidatos a transplante que eram sexualmente ativos, 75% tinham disfunção erétil. Verificou-se também que 50% dos participantes perceberam deterioração da função sexual seis meses antes do transplante, ou seja, aparecimento tardio da disfunção, indicando que o avanço da doença aumentou o risco de aparecimento de disfunção erétil (HUYGHE et al., 2009).

Os resultados do E08 demonstraram que a proporção de pacientes sexualmente ativos após o transplante foi maior do que nos pacientes em fila de espera (80% vs. 47,7%; $p<0,01$) (WANG et al., 2013). A média de pontos no escore IIEF-5 foi significativamente maior nos transplantados do que no grupo de candidatos (15,9 vs. 8,5; $p<0,01$), nos resultados do E09 foi 14,7 vs. 11,7; $p<0,01$, respectivamente (CHIEN et al., 2015). Dos candidatos ao transplante, 84% tinham disfunção erétil severa vs. 66,7% no grupo pós-transplante, o que demonstra ocorrência baixa de disfunção severa no grupo dos transplantados ($p<0,05$) (WANG et al., 2013). Quase metade dos receptores submetidos ao transplante com doador vivo reportaram melhora na função sexual. No entanto, ainda assim a proporção (66,7%) de disfunção com algum grau no grupo pós-transplante permaneceu inalterada (WANG et al., 2013). Assim, ressalta-se que este resultado pode demonstrar que mesmo que o transplante ocorra com doador vivo, isto não tem impacto na ocorrência de problemas na sexualidade.

No E09, apenas 12% dos participantes queixaram-se de diminuição da função erétil após a cirurgia. Os participantes com hipogonadismo relataram frequência maior de disfunção erétil após o transplante, do que os pacientes que não apresentavam tal sintoma ($p<0,01$) (CHIEN et al., 2015).

Ao comparar os resultados mencionados com os dados de estudo descritivo, cujos autores investigaram a qualidade de vida e a sexualidade em candidatos e receptores de transplante cardíaco ($n=10$), oito pacientes expressaram satisfação com a vida sexual. Dos dois pacientes que se queixaram de impotência, um tinha 30 anos e sofria de doença de armazenamento de glicogênio tipo 3 (síndrome genética que resulta de algum defeito

metabólico na síntese ou catabolismo de glicogênio) e o outro tinha 62 anos e diabetes insulínica. Assim sendo, os dados sugeriram que apesar dos pacientes sofrerem algum desconforto, a maioria referiu boa vida familiar e sexual, indicando grau alto de satisfação e qualidade de vida após o transplante (ARAVOT et al., 2000).

Em estudo transversal, com a participação de 50 indivíduos saudáveis, 53 transplantados renais e 47 homens com doença renal dialítica, a presença de disfunção erétil foi de 61,7% entre os receptores de transplante renal, percentual considerado elevado. Os pacientes com síndrome renal crônica em tratamento dialítico apresentaram função sexual significativamente mais baixa e qualidade de vida inferior aos homens saudáveis (YAVUZ et al., 2013).

Em estudo de caso-controle, cujo objetivo foi comparar a função sexual entre homens transplantados renais (n=89) e em hemodiálise (n=25), os resultados evidenciaram incremento da função sexual nos receptores, como exemplo, houve aumento do número de relações sexuais (diferença estatisticamente significativa). Além disso, 88% dos pacientes com doença renal terminal apresentavam algum grau de disfunção erétil em relação a 43% de receptores de transplante de rim (TAVALLAI et al., 2009).

É possível que a função erétil retorne ao normal após o transplante, mas não para todos os pacientes. Em estudo descritivo, os autores avaliaram o desempenho sexual em pacientes com doença renal crônica dialítica (n=32) e receptores de transplante renal (n=37). Os resultados indicaram melhora da função erétil após o transplante renal (em 73% dos pacientes houve aumento da libido e da tumescência peniana), em contrapartida, o aumento na frequência sexual foi reportado por apenas 37,8% dos pacientes transplantados renais (CHU et al., 1998).

Na comparação dos resultados dos estudos que avaliaram disfunção sexual em homens, candidatos e receptores de transplante hepático, com candidatos e receptores de outros órgãos, observou-se que não há comprovação por unanimidade de que o transplante melhore a função sexual, mas quando esta melhora ocorre, pode demorar até 18 meses após o transplante (HUYGHE et al., 2008), muito embora esta melhora seja esperada, considerando que o transplante bem-sucedido seja capaz de restabelecer a saúde global do indivíduo.

Quadro 31 - Função sexual de homens candidatos e/ou receptores de transplante de fígado

Estudos Primários	Amostra	Forma de avaliação	Escala	Conclusão
E06	98♂	Pré e pós (mesmos participantes)	IIEF-5 e TSS	Disfunção erétil persiste após o transplante
E07	98♂	Pré (mesmos participantes)	IIEF-5 e TSS	Alta frequência de inatividade sexual e de disfunção erétil
E08	60♂	Pré e pós (participantes distintos)	IIEF-5	Disfunção erétil melhora após o transplante
E09	58♂	Pré e pós (mesmos participantes)	IIEF-5	Disfunção erétil é comum após o transplante (54%)

Fonte: Traduzido e adaptado pelo autor, Ribeirão Preto, 2017.

Outra questão discutida no contexto da sexualidade masculina é o uso de medicamentos imunossupressores, em especial o micofelanato de sódio, por homens em idade fértil que se tornaram pais. O ácido mycofenólico (inibidores da síntese de purinas) é categorizado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) como classe “D”, ou seja, classificação de risco de medicamentos durante a gravidez, com risco fetal humano na sua administração. No entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem justificar o risco (MATAS et al., 2013). Nem o FDA, nem o próprio fabricante deste medicamento, fornecem orientações sobre os riscos do uso dos produtos oriundos do ácido fenólico por homens transplantados em idade fértil (JONES et al., 2013). Em contrapartida, a empresa suíça Novartis® traz a recomendação, aos homens em idade fértil e sexualmente ativos que utilizam esta medicação, da necessidade de uso do preservativo durante o tratamento e até 13 semanas após o término (MYFORTIC, 2013).

Os resultados do E10 demonstraram que das 205 gestações provenientes de casais cujos homens utilizavam o micofelanato de sódio, como regime imunossupressor, 10,8% resultaram em partos prematuros. Verificou-se também taxa de baixo peso em relação à idade gestacional (PIG) de 4,1%, ocorrência de 14 abortos e 3,1% casos de má formação. No entanto, não foi observada a identificação de padrão definido para as más formações. Os números do estudo estão dentro da ocorrência encontrada na população em geral (12,8% de prematuridade, 8,16% de PIG e 3% de má formação). Ainda assim, é importante a atenção

dos pesquisadores para esta temática, considerando que a fertilidade dos homens, em uso de imunossupressor que induzem toxicidade testicular, pode ser afetada (JONES et al., 2013).

Em estudo observacional, os autores avaliaram a frequência e severidade de alterações no espermograma associado ao uso de sirolimus (inibidores da *mammalian target of rapamycin* - mTOR), entre 19 pacientes com uso contínuo deste medicamento, 67 que não utilizavam o medicamento e 30 com uso intermitente, sendo que no grupo de transplantados em uso de sirolimus, os resultados indicaram redução quantitativa do espermograma na comparação com homens transplantados que não usavam este medicamento, respectivamente ($28,6 \pm 31,2 \times 10^6$ vs. $292,2 \pm 271,2 \times 10^6$, $p=0,006$), redução na mobilidade ($22,2 \pm 12,3$ vs. $41,0 \pm 14,5\%$, $p=0,01$) e aumento da mortalidade dos espermatozoides ($86,6 \pm 9,8\%$ vs. $65,4 \pm 31,3\%$, $p=0,06$) (ZUBER et al., 2008).

5.3 Sexualidade Masculina e Feminina

Nesta categoria, a avaliação da função sexual foi o principal tema abordado nos estudos primários agrupados (E11, E12, E13, E14 e E16). Em três pesquisas, a mensuração ocorreu por meio das escalas *International Index of Erectile Function* (IIEF) e *Female Sexual Function Index* (FSFI) (E13, E14 e E16), sendo que os autores também utilizaram quatro outras escalas para ambos os sexos, o *Beck Depression Inventory*, que avalia depressão e o *Short Form (36) Health Survey*, que avalia qualidade de vida (E13), o *Locke-Wallace Marital Adjustment Test*, que avalia a satisfação conjugal (E14), e o *Female Distress Scale – Revised* (FSDS-R) que avalia o sofrimento pessoal relacionado à sexualidade (E16). Em dois estudos (E11 e E12), os autores adotaram questionário próprio para a coleta dos dados. Em uma pesquisa (E15), o objetivo foi identificar, em receptores de transplante de fígado, a ocorrência de infecção pelo HPV anal e os potenciais grupos de risco.

Os resultados dos estudos primários incluídos na revisão que abordaram as queixas referidas por homens e mulheres no período pré e pós-transplante demonstraram a importância de analisar as causas dos problemas, tanto na ótica masculina, quanto na feminina. A forma de mensurar as alterações da sexualidade em ambos os sexos exige diferentes instrumentos, uma vez que no homem as dificuldades sexuais estão intimamente ligadas ao órgão genital, fornecendo assim dados objetivos. Entretanto, na mulher as

dificuldades sexuais vão além de queixas associadas diretamente à genitália, necessitando de olhar global para os dados encontrados.

A escala *Female Sexual Function Index* (FSFI), validada no Brasil, é constituída de seis itens que mensuram o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor no coito (dispareunia) relacionados à função sexual feminina. A pontuação pode variar de 2 a 36 pontos, sendo que o melhor grau da função sexual está relacionado às pontuações mais elevadas (ROSEN et al., 2000; HENTSCHEL et al., 2007).

Os níveis de hormônios sexuais em homens e mulheres, antes e após o transplante hepático, foram avaliados no E13. Nos homens, houve aumento da prolactina ($p=0,00001$) e dos hormônios carreados por globulina ($p=0,0006$). Nas mulheres, o nível de testosterona diminuiu ($p=0,0001$) e o de prolactina aumentou ($p=0,006$). Tais resultados evidenciaram que os pacientes com doença hepática terminal apresentaram alterações nos hormônios sexuais causadas pelo hipogonadismo devido à presença da cirrose (BURRA, 2009).

No E16, a função sexual e o sofrimento pessoal relacionado à sexualidade foram avaliados em homens e mulheres receptores do transplante de fígado. Os dados obtidos foram comparados com os resultados de estudos de validação de escalas (IIEF, FSFS-R e FSFI) em indivíduos saudáveis. Os resultados demonstraram que 67,7% dos homens e 76,5% das mulheres eram sexualmente ativos. A pontuação no escore IIEF foi menor, em todos os domínios da escala, em comparação com os resultados obtidos na população geral com homens saudáveis ($p=0,06$ para o item de desejo sexual e $p<0,05$ para os demais itens). Na avaliação sexual da mulher, os dados obtidos em todos os domínios da escala, também foram menores do que os encontrados no grupo controle de mulheres saudáveis ($p<0,05$), sendo que 58,8% das mulheres sofriam com disfunção sexual. Aproximadamente 2/3 dos homens e das mulheres transplantados sofriam de disfunção sexual de média a moderada: 40,6% das mulheres e 62,9% dos homens foram identificados com sofrimento pessoal relacionado à sexualidade. Apesar destes resultados, 2/3 dos homens e 3/4 das mulheres permaneceram sexualmente ativos, sugerindo que a funcionalidade sexual não foi necessariamente afetada a ponto de dificultar a prática sexual (PARK et al., 2011).

No E14, os participantes do estudo constituíram três grupos: indivíduos saudáveis ($n=31$); pacientes candidatos ao transplante hepático ($n=29$); e o grupo formado por receptores de transplante hepáticos ($n=136$). Os resultados apontaram que a função sexual nos homens e mulheres melhorou após o transplante ($p=0,065$ e $p=0,072$) respectivamente, mais ainda foi menor do que no grupo controle (pessoas saudáveis) ($p=0,001$). Em relação

ao *status* “sexualmente ativos”, transplantados hepáticos e indivíduos saudáveis eram mais ativos do que os pacientes candidatos ao transplante ($p=0,038$). Nas mulheres candidatas e receptoras do enxerto hepático, houve melhora com relação ao sintoma de dispareunia ($p=0,0043$) (KLEIN et al., 2013).

Dentre os problemas sexuais masculinos evidenciados nos resultados do E11, a ejaculação precoce esteve presente em 18% dos transplantados e a disfunção erétil em 30%. Nas mulheres, os problemas evidenciados foram a secura vaginal e a dispareunia que acometeu 34% e 40% das receptoras de transplante, respectivamente. Além desses dados, 23% dos homens e 26% das mulheres apresentaram diminuição da libido após o transplante hepático, bem como 33% e 26% de homens e mulheres, respectivamente, reportaram dificuldades de alcançar o orgasmo (HO et al., 2006).

Os resultados do E12 demonstraram que o interesse por sexo, a frequência de relação sexual, a disfunção erétil (nos homens) e a satisfação com o coito, entre homens e mulheres candidatos ao transplante que fizeram a cirurgia ($n=39$; 14 mulheres e 25 homens), não apresentaram mudanças (48,6%; 33,3%; 34,6% e 30,6% dos participantes, respectivamente). A disfunção erétil parcial foi identificada em 20,6% dos homens candidatos ao transplante e a disfunção completa em 34,3% (SORRELL; BROWN, 2006). Esses dados são reforçados pelos resultados do E13, no qual a porcentagem de disfunção erétil severa foi maior em pacientes com cirrose do que em transplantados ($p=0,04$) (BURRA, 2009).

No E11, os dados apontaram que a frequência de disfunção sexual em homens e mulheres antes do transplante hepático foi de 24%. Depois da cirurgia, essa taxa aumentou para 51% nos homens e 40% nas mulheres, ou seja, em 15% dos casos, a disfunção sexual persistiu após o transplante (HO et al., 2006). A frequência de disfunção sexual no E13 foi menor em pacientes transplantados do que naqueles que aguardavam pela cirurgia (60% vs. 65%), no entanto, o aumento foi pouco representativo. Complementarmente, a depressão foi identificada como variável de fator de risco para a ocorrência de disfunção erétil após o transplante ($p=0,003$ em mulheres e $p=0,02$ em homens) (BURRA, 2009).

O grau de satisfação com o relacionamento sexual em homens e mulheres após o transplante foi de 59% de acordo com os dados do E11 (HO et al., 2006). Nos resultados do E14, a satisfação sexual das mulheres aumentou após o transplante ($p=0,072$), bem como o nível de satisfação conjugal em comparação ao nível de satisfação marital masculina ($p=0,008$). Tais dados foram melhores do que os obtidos com mulheres consideradas saudáveis ($p=0,05$) (KLEIN et al., 2013).

A frequência da atividade sexual foi correlacionada com a gravidade do paciente, ou seja, pela pontuação MELD nos estudos E12 e E14. Os candidatos ao transplante sexualmente ativos tinham escore MELD menor do que os sexualmente inativos ($p=0,003$ (SORRELL; BROWN, 2006) e $p=0,038$ (KLEIN et al., 2013)). Os pacientes com disfunção erétil severa apresentaram escore MELD maior ($p=0,013$) (SORRELL; BROWN, 2006).

O tipo de protocolo de imunossupressão empregado no pós-transplante pode ser fator contribuinte para a disfunção sexual. Os resultados do E11 apontaram que dos participantes que usavam tacrolimus como terapia, 33% ($n=14$) queixaram-se de problemas sexuais somente após o transplante. Quando a terapia era baseada no uso da ciclosporina, os números foram semelhantes (35%; sete receptores) (HO et al., 2006). A relação entre tipo de regime imunossupressor e a ocorrência de problemas na sexualidade foi também investigada no E14, porém não entrou correlação com esta variável. (KLEIN et al., 2013).

A seguir, apresentam-se estudos que avaliaram a disfunção sexual em homens e mulheres, respectivamente, com doença renal terminal, por meio das escalas IIEF para homens e FSFI para mulheres. Em homens que realizavam hemodiálise e receberam o transplante renal, a disfunção sexual severa acometeu 44,4% (dos 36 sujeitos). Após o transplante essa frequência foi de 43,7% (dos 32 sujeitos), indicando os resultados prevalência maior de disfunção erétil em algum grau, em pacientes que faziam diálise em comparação com aqueles que receberam o enxerto renal ($p=0,007\%$) (BARROSO et al., 2008). Em estudo cujo objetivo foi identificar a prevalência de disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres com doença renal dialítica e não dialítica, a ocorrência de disfunção sexual foi de 79,3% ($n=46$ de 58 mulheres) nas mulheres com síndrome renal dialítica (SANTOS et al., 2012).

Em pesquisa cujos autores analisaram o estado emocional, sexual e relação afetiva com seus parceiros, em 36 pacientes que receberam o enxerto cardíaco (30 homens e 6 mulheres), os resultados indicaram que a frequência de relações sexuais variou de duas vezes por semana, para uma vez por mês após o transplante de coração e esta diminuição na atividade sexual foi considerada inadequada por 50% dos pacientes. Além disso, 17 dos 23 pacientes transplantados queixaram-se de dificuldade de interação com o parceiro durante a relação sexual, como falta de iniciativa e qualidade insatisfatória da relação. Mesmo com a volta da libido e do desejo sexual após o transplante, o comprometimento sexual de pacientes com insuficiência cardíaca, após a cirurgia, ainda permaneceu (BASILE et al., 2001).

A partir da comparação dos estudos primários que abordaram a função sexual de homens e mulheres (candidatos e receptores do transplante hepático), com receptores de outros órgãos, como rim e coração, pode-se inferir que não existe um padrão e mesmo sendo inquestionável a melhora na qualidade de vida após o transplante de órgãos, ocasionalmente a função sexual plena consegue ser restabelecida. Quando a melhora ocorreu, nem sempre pôde ser equiparada com a função sexual de indivíduos saudáveis que nunca foram acometidos por doenças em estágio irreversível.

Alguns dados dos estudos primários agrupados nesta categoria, sobre o impacto do transplante hepático na função sexual de homens e mulheres, foram sintetizados no quadro 32.

Quadro 32 - Função sexual de homens e mulheres candidatos e receptores de transplante de fígado

Estudos	Amostra	Forma de avaliação	Escala	Conclusão
E11	88♂ 62♀	Pré e pós (mesmos participantes)	Questionário próprio	Disfunção sexual é comum após o transplante (30% de disfunção erétil nos homens)
E12	25♂ 14♀	Pré e pós (mesmos participantes)	Questionário próprio	Disfunção sexual persiste após o transplante
E13	44♂ 54♀	Pré e pós (participantes distintos)	IIEF e FSFI	Função sexual melhora após o transplante
E16	62♂ 34♀	Pós-transplante	IIEF-5	Não houve melhora na função sexual após o transplante (60% de disfunção erétil nos homens)
E14	91♂ 45♀	Pré e pós (participantes distintos)	IIEF e FSFI	Função sexual melhora após o transplante

Fonte: Traduzido e adaptado pelo autor, Ribeirão Preto, 2017.

Ainda sobre a sexualidade de homens e mulheres, no E15, os autores investigaram sobre doença sexualmente transmissível. A infecção anal pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) foi avaliada por meio de coleta de *swab* anal de receptores do enxerto hepático nas três primeiras semanas (média de nove dias) após a cirurgia. A frequência de infecção anal

por qualquer genótipo de HPV foi de 18%, sendo identificados 8% e 10% de genótipos de HPV de alto risco (genótipos 16 e 18) e baixo risco (genótipos 6, 11 e 16), respectivamente. Os fatores de risco para infecção com qualquer tipo de HPV anal foram: pacientes com o vírus da hepatite B ($p=0,027$), números de parceiros sexuais maior ou igual a três ($p=0,031$) e doença hepática alcoólica ($p=0,063$). O HPV com genótipo de alto risco foi associado unicamente à presença de infecção pelo vírus da hepatite B ($p=0,038$). Já os genótipos de baixo risco de HPV tiveram associação com: o gênero masculino ($p=0,050$), idade igual ou maior a 52 anos ($p=0,016$), número de parceiros sexuais igual ou superior a três ($p=0,003$), idade da primeira relação sexual com 18 anos ou menos ($p=0,045$) e início da relação sexual acima de 38 anos ($p=0,012$) (GRAT et al., 2014).

A preocupação com a utilização de método de barreira contra doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, o uso de preservativo), por homens e mulheres em relações heterossexuais, bissexuais ou homoafetivas deve ser permanente, sobretudo, na condição de receptor de transplante. Nesta etapa do tratamento, a saúde do paciente encontra-se mais fragilizada por conta da necessidade de imunossupressão, empregada na prevenção da rejeição do órgão transplantado que, em contrapartida, expõe também ao risco de infecções oportunistas e ao surgimento de lesões precursoras tumorais (MARTINS; VAL; VELARDE, 2017).

Vale ressaltar que os medicamentos imunossupressores inibem ou reduzem a resposta do sistema imunitário aos alo-antígenos do enxerto. Os agentes imunossupressores agem de acordo com seus sítios de atuação na cascata das células T, inibindo a síntese de IL-2 (no caso dos inibidores da calcineurina referente ao uso de ciclosporina e tacrolimus), interferindo na síntese de ácidos nucleicos (como nos inibidores da síntese de purinas referente ao uso de azatioprina e micofenolato) ou inibindo o sinal de proliferação de crescimentos das células (no caso dos inibidores *mammalian target of rapamycin* – mTOR referente ao uso do sirolimus e everolimus) (BRASIL, 2016). Tais fatores favorecem a incidência de infecções, principalmente nos primeiros meses após o transplante, quando as dosagens dos medicamentos imunossupressores são elevadas (ASHOOR et al., 2015).

A imunossupressão é necessária para que o corpo do receptor não identifique o órgão implantado como estranho, atacando-o com suas células de defesa. As células T, principais células de defesa do sistema imunológico, exercem ação no combate aos microrganismos invasores que nos causam doenças, além da vigilância no comportamento celular, identificando células com potenciais mutagênicos (induzindo-as à morte por meio da

apoptose) e evitando o surgimento de doença linfoproliferativa. Para o sucesso do transplante é preciso encontrar o equilíbrio entre a maior efetividade em evitar a rejeição e a menor supressão do sistema imune (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2012).

Frente ao exposto, faz-se necessário fornecer orientações aos receptores de transplantes sobre a importância de manter a vida sexual saudável, que não inclui apenas o manejo de disfunções para garantir atividade sexual satisfatória, mas também de comportamento sexual seguro por meio do uso de preservativos. O objetivo é a prevenção de gestações não planejadas, bem como de doenças sexualmente transmissíveis. A vacinação contra HPV de homens e mulheres, candidatos ao transplante de fígado e/ou em grupos de alto risco para o HPV anal, deve ser considerada, em concordância com as evidências científicas disponíveis (GRAT et al., 2014; MARTINS; VAL; VELARDE, 2017).

Com relação à síntese das evidências disponíveis na literatura sobre as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado, na presente revisão foram incluídos 16 estudos primários com temas relevantes, tais como: disfunção sexual em homens e mulheres, em fila de espera pelo transplante e transplantados; planejamento familiar e contracepção; e sinais e sintomas pélvicos (problemas urológicos e rastreamento de lesões precursoras oncóticas em decorrência da infecção pelo HPV). As pesquisas foram agrupadas em três categorias, a saber: sexualidade feminina, sexualidade masculina e sexualidade masculina e feminina.

Todos os estudos primários analisados foram classificados com questões clínicas de prognóstico/predição ou etiologia e apenas dois com nível de evidência II, ou seja, estudo de coorte ou caso-controle. Os demais (quatorze estudos) foram classificados com nível de evidência IV (estudo qualitativo ou descritivo).

A PubMed foi a base de dados em que o número maior de estudos foi encontrado, perfazendo 81,25% das pesquisas desta revisão integrativa e todos os estudos primários incluídos foram publicados no idioma inglês. Esse dado pode ser entendido como barreira para aquisição de conhecimento pelos enfermeiros que atuam nos serviços de saúde, uma vez que o idioma e as habilidades para utilização de fontes de informação como as bases de dados exigem capacitações adequadas destes profissionais.

No que se refere aos resultados da revisão integrativa, observou-se que os pacientes com doença hepática terminal à espera pelo transplante e receptores do enxerto hepático apresentaram disfunção sexual, sendo, nos homens, manifestada pela impotência, enquanto, nas mulheres pela dispareunia. A diminuição da libido/interesse sexual foi identificada nos dois sexos. Embora a realização do transplante proporcione recuperar a saúde do indivíduo por meio da substituição do órgão doente por outro sadio, soluciona-se, assim, teoricamente, as patologias envolvidas na causa da disfunção sexual. Entretanto, é sabido que para o sucesso do transplante, diferentes fatores estão envolvidos e a terapia por meio de reposição de órgão implica em cuidados especiais vitalícios, bem como pode desencadear problemas secundários. Assim, a realização do transplante nem sempre é capaz de restabelecer a plena função sexual dos indivíduos transplantados e, quando a melhora ocorre, ainda é menor do que na população em geral, podendo levar até dezoito meses para ocorrer.

Na análise da ocorrência de disfunção sexual em homens e mulheres candidatos e receptores a outros órgãos sólidos como rim e coração, os resultados das pesquisas foram semelhantes com os identificados no transplante de fígado, ou seja, nem todos os pacientes transplantados apresentaram recuperação global da saúde sexual, sendo o prognóstico da

disfunção relacionado com a função sexual apresentada pelo indivíduo, antes de ser acometido pela doença que levou a indicação de transplante. Em outras palavras, os pacientes que tinham boa saúde sexual, mesmo com função sexual prejudicada pela doença, tiveram chances maiores de recuperação pós-transplante do que aqueles pacientes que já apresentavam qualidade baixa de saúde sexual previamente à doença.

Nas mulheres transplantadas, o ciclo menstrual é retomado dentro da normalidade, até um ano após a cirurgia, possibilitando que as mulheres em idade fértil possam ser mães, entre um a dois anos pós-transplante, de acordo com o que é recomendado pelos médicos. No entanto, as mulheres transplantadas precisam de cuidados especiais, devido ao uso de medicamentos teratogênicos, no momento da gestação, necessitando de que a gravidez ocorra de forma planejada para evitar complicações materno-fetais, bem como a disfunção do enxerto transplantado. Os resultados dos estudos primários incluídos na revisão (n=3) evidenciaram que as mulheres transplantadas eram pouco conscientes da problemática e/ou os profissionais de saúde não estavam atentos para as orientações sobre a necessidade de planejamento familiar e a utilização de métodos contraceptivos efetivos, ficando as mulheres receptoras do enxerto hepático, expostas aos riscos para si, para o feto e para o órgão recebido.

Com relação à saúde da criança gerada por mães e pais que utilizavam medicamentos imunossupressores da categoria D, segundo o FDA, a prevalência dos problemas verificados foi comparável com aqueles encontrados na população em geral.

A orientação e conscientização sobre o controle de natalidade e a utilização de métodos contraceptivos, por parte dos profissionais de saúde, não podem ser direcionadas apenas para o público feminino, uma vez que o público masculino que deseja ser pai também requer cuidados no momento de engravidar a parceira. Isso se deve ao uso de medicamentos imunossupressores teratogênicos durante a concepção, bem como a utilização de algumas classes de medicamentos antirrejeição que provocam toxicidade testicular, afetando a fertilidade masculina.

Os resultados dos estudos E03, E04 e E05 apontaram que o aconselhamento contraceptivo para homens e mulheres é deficitário e ocorre, muitas vezes, em momento que não seria o mais adequado, ou seja, logo após o transplante, quando o receptor recebe quantitativo elevado de informações e vivencia experiências novas que requerem uma fase de adaptação, mesmo que a pessoa tenha sido bem preparada, de forma teórica, para os enfrentamentos subsequentes à cirurgia. Quando as orientações para o controle de natalidade não são assimiladas ou incorporadas, pois o foco da preocupação do paciente está na sua

recuperação no pós-transplante, a sexualidade só terá importância quando as necessidades básicas principais estiverem atendidas.

As orientações contraceptivas e de planejamento familiar para homens e mulheres devem ser feitas antes do transplante e reforçadas após a cirurgia, antes mesmo da alta hospitalar, pelos profissionais de saúde da equipe transplantadora (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) e, se possível, por ginecologista preparado para atender as demandas das pacientes com doença hepática terminal e transplantadas. Desse modo, os pacientes têm chances maiores de escolherem pelo uso de métodos contraceptivos efetivos, duradouros e reversíveis, garantindo que homens e mulheres planejam o momento melhor para gravidez com acompanhamento e orientações do médico transplantador.

Não há consenso entre os pesquisadores sobre qual é o método contraceptivo mais recomendado para mulheres transplantadas. Em alguns estudos, os autores contraindicam o uso do DIU, devido ao potencial risco de infecção, ainda mais em pessoas com imunossupressão (CASTRO, 2003; MCKAY; JOSEPHSON, 2005). Já em outras pesquisas, os estudiosos defendem que a utilização do dispositivo intrauterino por mulheres transplantadas é seguro e que a ocorrência de infecção pélvica em maior número devido à imunossupressão é mito, não havendo contraindicação absoluta para seu uso (MCKAY; JOSEPHSON, 2005; KRAJEWSKI; GEETHA; GOMEZ-LOBO, 2013). Dessa forma, a condução de novos estudos é necessária para investigar quais são os métodos contraceptivos mais indicados para este público de mulheres. No entanto, está claro que a escolha deve ser pelo método que não apresente interação medicamentosa com os imunossupressores e que não ofereça risco à saúde da receptora de transplante. Ressalta-se a necessidade do uso do preservativo, uma vez que, apesar deste método ter percentual de falha de 18%, ele ainda é o único método de barreira capaz de prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis (CURTIS et al., 2016).

O risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis pela população de transplantados é aumentado, devido ao grau de imunossupressão. Na fase pré-transplante, a doença hepática também deprime o sistema imunológico do paciente favorecendo o desenvolvimento de HPV, com chances maiores quando a etiologia da cirrose é pelo vírus da hepatite C, tanto em homens, quanto em mulheres, com surgimento de lesões em região cérvico uterina e anal. Assim sendo, atenção maior deve ser dada a este público com relação à rastreabilidade de lesões precursoras de câncer, devido às infecções e/ou ativação do HPV. Tal avaliação deve ser realizada com frequência maior em candidatos e receptores de transplante, uma vez que mulheres com imunossupressão apresentam risco maior de

desenvolvimento de câncer do colo uterino quando comparadas às mulheres saudáveis (DUGUÉ et al., 2015).

O desenvolvimento de estudos sobre qual é o tipo de parto mais indicado para as mulheres submetidas ao transplante é necessário. O parto vaginal pode minimizar intercorrências que possam ocorrer em cesárea, ou seja, as mulheres após a cirurgia de transplante de fígado têm probabilidade de apresentar aderências e fibrose resultantes da cirurgia abdominal. No entanto, devido à gestação dessas mulheres serem consideradas como de risco materno-fetal, a ocorrência de cesáreas é maior do que as de parto vaginal (JABIRY-ZIENIEWICZ et al., 2007; PAROLIN et al., 2009; GHAZALI et al., 2017). Sendo claro que, a via de parto de escolha deve ser selecionada por aquela que não cause riscos à saúde do feto e da parturiente.

O aleitamento materno por mães submetidas ao transplante também é controverso, sendo necessário que estudiosos conduzam pesquisas futuras sobre os cuidados da amamentação de neonatos. A amamentação é desaconselhada por alguns autores, já outros questionam o risco-benefício de privar o recém-nascido da nutrição materna, uma vez que o feto já foi exposto aos medicamentos imunossupressores durante a gestação. Além disso, a quantidade de medicamentos excretados pelo leite materno não seria suficiente para causar danos ao bebê (PAROLIN et al., 2009; HAMMOUD et al., 2013; CONSTANTINESCU et al., 2014).

Como sugestão, seria de grande valia a criação de sistema de registro brasileiro sobre mulheres grávidas e receptoras de transplantes, para que a maternidade/paternidade no pós-transplante e os efeitos dos medicamentos sobre fertilidade, gravidez e concepção fossem investigados. Ou ainda, que os centros transplantadores brasileiros pudessem registrar os dados referentes a esta problemática no *Transplant Pregnancy Registry International*.

Por fim, enaltecem-se as dificuldades dos profissionais de saúde em explorarem a saúde sexual de pacientes devido ao tabu que permeia as experiências individuais e culturais com a sexualidade, bem como ao pouco treinamento destes profissionais, desde a graduação, na forma de abordagem desta temática, sendo a sexualidade, subestimada e considerada irrelevante frente aos demais problemas apresentados pelo paciente. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde para a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para tratar desta problemática com os pacientes faz-se fundamental diante da falta de preparo, iniciativa e conforto da equipe de saúde (WRIGHT; O'CONNOR, 2015; CESNIK; ZERBINI, 2017). No entanto, salienta-se que a saúde sexual satisfatória é fundamental para a qualidade de vida, não podendo, assim, ser descartada da anamnese

elaborada pelos profissionais de saúde. Recomenda-se então a condução de estudos que tenham por finalidade investigar estratégias para a capacitação dos profissionais de saúde na abordagem da sexualidade de candidatos e receptores de transplantes.

De forma geral, é recomendado que abordar a sexualidade deve ter início de acordo com a demanda dos pacientes. O diálogo deve começar com perguntas abertas, a partir das quais os pacientes não se sintam ameaçados ou constrangidos. É ideal fazer uso de linguagem vocal e corporal que deixem o paciente à vontade, como sentar-se ao lado e contato olho a olho. A escolha do vocábulo deve ser de acordo com a idade, nível de escolaridade e cultura do paciente. Fazer perguntas e estabelecer silêncio é necessário para que haja espaço para reflexão e resposta do paciente (BUSTER, 2013).

Dessa forma, o emprego da Prática Baseada em Evidências na saúde é necessária, uma vez que a incorporação de evidências na prática clínica pode auxiliar na implementação de ações e intervenções efetivas para a assistência ao paciente de acordo com suas preferências e fornecer subsídios aos profissionais de saúde na tomada de decisão.

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Cellular and molecular immunology**. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2012. 560 p.

AMINI LARI, M. et al. Sexual Dysfunction, Depression and Quality of Life in Patients With HIV Infection. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, v. 7, n. 1, p. 61-68, 2013.

ARAVOT, D. et al. Functional status and quality of life of heart transplant recipients surviving beyond 5 years. **Transplant Proc**, v. 32, p. 731-2, 2000.

ARBOUR, R. B. Confounding factors in brain death: cardiogenic ventilator autotriggering and implications for organ transplantation. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 28, n. 6, p. 321-8, 2012.

ASHOOR, I. et al. Sexually transmitted infections in pediatric renal transplant recipients: time to take notice! **Pediatric Transplantation**, v. 19, n. 6, p. 584-7, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes**, v. 22, n. 4, p. 1-89, 2016.

BANNISTER, P. et al. Sex hormone changes in chronic liver disease: a matched study of alcoholic versus non-alcoholic liver disease. **The Quarterly Journal of Medicine**, v. 63, n. 1, p. 305-13, 1987.

BARROSO, L. V. S. et al. Analysis of sexual function in kidney transplanted men. **Transplantation Proceedings**, v. 40, n. 10, p. 3489-91, 2008.

BASILE, A. et al. Sexual disorders after heart transplantation. **Transplant Proc**, v. 33, n. 1-2, p. 1917-9, 2001.

BENTEN, D.; STAUFER, K.; STERNECK, M. Orthotopic liver transplantation and what to do during follow-up: recommendations for the practitioner. **Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol**, v. 6, n. 1, p. 23-36, 2009.

BEUTEL, M. E.; WEIDNER, W.; BRÄHLER, E. Epidemiology of sexual dysfunction in the male population. **Andrologia**, v. 38, n. 4, p. 115-21, 2006.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998.

BOSSINI, L. et al. Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review. **Psychiatria polska**, v. 48, n. 4, p. 715-26, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.160, de 29 de maio de 2006. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**, Brasília, DF, 2015. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos. **Relatório de Recomendação**, Brasília, DF, 2016. 43 p.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts**. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. 2000

BURRA, P. Sexual dysfunction after liver transplantation. **Liver Transpl**, v. 15, Suppl 2, p. S50-6, 2009.

BURRA, P. Liver abnormalities and endocrine diseases. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 27, n. 4, p. 553-63, 2013.

BURRA, P. et al. Sexual dysfunction in chronic liver disease: is liver transplantation an effective cure? **Transplantation**, v. 89, n. 12, p. 1425-9, 2010.

BUSTER, J. E. Managing female sexual dysfunction. **Fertility and Sterility**, v. 100, n. 4, p. 905-15, 2013.

CARUSO, S. et al. Changes in clitoral blood flow in premenopausal women affected by type 1 diabetes after single 100-mg administration of sildenafil. **Urology**, v. 68, n. 1, p. 161-5, 2006.

CASTELA, A. et al. Role of oxidative stress-induced systemic and cavernosal molecular alterations in the progression of diabetic erectile dysfunction. **J Diabetes**, v. 7, n. 3, p. 393-401, 2015.

CASTRO, M. C. R. **Manual de Transplante Renal**. São Paulo 2003.

CASTRO-E-SILVA JR., O. D. et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 17, p. 83-91, 2002.

CAVALCANTI, A. L. et al. Effect of sildenafil on clitoral blood flow and sexual response in postmenopausal women with orgasmic dysfunction. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 102, n. 2, p. 115-9, 2008.

CESNIK, V. M.; ZERBINI, T. Sexuality education for health professionals: A literature review. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, p. 161-72, 2017.

CHEN, C.-H. et al. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 52, n. 1, p. 3-7, 2013.

CHEW, K.-K. et al. Male Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease: Is There an Intimate Nexus? **J Sex Med**, v. 5, n. 4, p. 928-34, 2008.

CHIEN, Y. C. et al. Erectile function in men with end-stage liver disease improves after living donor liver transplantation. **BMC Urol**, v. 15, p. 83, 2015.

CHU, S. H. et al. Male sexual performance and hormonal studies in uremic patients and renal transplant recipients. **Transplant Proc**, v. 30, n. 7, p. 3062-63, 1998.

CLAYTON, A. H.; HAMILTON, D. V. Female Sexual Dysfunction. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 33, n. 2, p. 323-38, 2010.

CLAYTON, M. Assessing patients before and after a liver transplant. **Practice Nursing**, v. 22, n. 5, p. 236-41, 2011.

COFFIN, C. S. et al. Pregnancy outcomes among liver transplant recipients in the United States: A nationwide case-control analysis. **Liver Transplantation**, v. 16, n. 1, p. 56-63, 2010.

CONSTANTINESCU, S. et al. Breast-feeding after transplantation. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 28, n. 8, p. 1163-73, 2014.

COOPER, H. M. **Synthesizing research**: A guide for literature reviews. Sage, 1998.

CURTIS, K. M. et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. **MMWR Recomm Rep**, v. 65, n. 3, p. 1-104, 2016.

DERBY, C. A. et al. Drug Therapy and Prevalence of Erectile Dysfunction in the Massachusetts Male Aging Study Cohort. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, v. 21, n. 6, p. 676-83, 2001.

DIAZ JR., V. A.; CLOSE, J. D. Male Sexual Dysfunction. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 37, n. 3, p. 473-89, 2010.

DRUDI, F. M. et al. Post-transplant hepatic complications: Imaging findings. **J Ultrasound**, v. 10, n. 1, p. 53-8, 2007.

DUGUÉ, P. A. et al. Risk of cervical cancer in women with autoimmune diseases, in relation with their use of immunosuppressants and screening: Population-based cohort study. **Int J Cancer**, v. 136, n. 6, p. E711-E719, 2015.

DURAZZO, M. et al. Male sexual disturbances in liver diseases: What do we know? **J Endocrinol Invest**, v. 33, n. 7, p. 501-5, 2010.

EGEA-GUERRERO, J. J. et al. Severe Supratentorial Intracerebral Hemorrhage: Factors Related to Brain Death Development. **Transplant Proc**, v. 47, n. 9, p. 2564-6, 2015.

ESTES, C. M.; WESTHOFF, C. Contraception for the Transplant Patient. **Seminars in Perinatology**, v. 31, n. 6, p. 372-377, 2007.

FERRAZ, M. B.; CICONELLI, M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Rev Bras Med**, v. 55, n. 1, p. 35-40, 1998.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B. Asking compelling, clinical questions. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 25-39.

FORESTA, C. et al. Male hypogonadism in cirrhosis and after liver transplantation. **J Endocrinol Invest**, v. 31, n. 5, p. 470-8, 2008.

FRENCH, V. A. et al. Contraception and Fertility Awareness Among Women With Solid Organ Transplants. **Obstetrics & Gynecology**, v. 122, n. 4, p. 809-14, 2013.

FULLWOOD, D.; JONES, F.; LAU-WALKER, M. Care of patients following liver transplantation. **Nurs Stand**, v. 25, n. 49, p. 50-6; quiz 58, 60, 2011.

GADES, N. M. et al. Association between Smoking and Erectile Dysfunction: A Population-based Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 161, n. 4, p. 346-51, 2005.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. (Ed.). **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. São Paulo: Iátria, 2010. cap. 4, p. 105-26.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-42, 2015.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GEISSLER, E. K. Fighting malignancy in organ transplant recipients. **Transplant Proc**, Place Published, v. 41, n. 6, Suppl, p. S9-12, 2009.

GHAZALI, S. et al. Pregnancy outcomes in liver transplant patients, a population-based study. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 30, n. 3, p. 261-6, 2017.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, p. 33-40, 2000.

GOMEZ-LOBO, V. et al. Gynecologic symptoms and sexual function before and after liver transplantation. **Journal of Reproductive Medicine**, v. 51, n. 6, p. 457-62, 2006.

GRAT, M. et al. Initial prevalence of anal human papilloma virus infection in liver transplant recipients. **Transpl Int**, v. 27, n. 8, p. 816-23, 2014.

GROGAN, T. A. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. **Crit Care Nurs Clin North Am**, v. 23, n. 3, p. 443-56, 2011.

GROVER, S. A. et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: Importance of risk factors for diabetes and vascular disease. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 2, p. 213-9, 2006.

GUALANDRO, D. M. et al. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 3, Supl. 1, p. 1-68, 2011.

HAMMOUD, G. M. et al. Liver diseases in pregnancy: Liver transplantation in pregnancy. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 19, n. 43, p. 7647-51, 2013.

HARRISON, T. R. et al. **Medicina Interna**. 15. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, v. 2, 2002.

HATZIMOURATIDIS, K. Epidemiology of Male Sexual Dysfunction. **American Journal of Men's Health**, v. 1, n. 2, p. 103-25, 2007.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos feministas**, v. 14, n. 1, p. 43-59, 2006.

HELLGREN, A. et al. Health-related quality of life after liver transplantation. **Liver Transplantation and Surgery**, v. 4, n. 3, p. 215-21, 1998.

HENEGHAN, M. A. et al. Pregnancy and sexual function in liver transplantation. **J Hepatol**, v. 49, n. 4, p. 507-19, 2008.

HENTSCHEL, H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev HCPA**, v. 27, n. 1, p. 10-4, 2007.

HO, J. K. et al. Sexual health after orthotopic liver transplantation. **Liver Transpl**, v. 12, n. 10, p. 1478-84, 2006.

HOFNY, E. R. M. et al. Semen and hormonal parameters in men with chronic hepatitis C infection. **Fertility and Sterility**, v. 95, n. 8, p. 2557-9, 2011.

HUYGHE, E. et al. Erectile dysfunction in liver transplant patients. **Am J Transplant**, v. 8, n. 12, p. 2580-9, 2008.

HUYGHE, E. et al. Erectile dysfunction in end-stage liver disease men. **J Sex Med**, v. 6, n. 5, p. 1395-401, 2009.

INTERNATIONAL TRANSPLANT NURSES SOCIETY. ITNS. **Introduction to transplant nursing: core competencies**. Pittsburg: International Transplant Nurses Society, 2011.

JABIRY-ZIENIEWICZ, Z. et al. Mode of delivery in women after liver transplantation. **Transplant Proc**, v. 39, n. 9, p. 2796-9, 2007.

JABIRY-ZIENIEWICZ, Z. et al. Menstrual Function in Female Liver Transplant Recipients of Reproductive Age. **Transplant Proc**, v. 41, n. 5, p. 1735-9, 2009.

JARA, M. et al. Predictors of quality of life in patients evaluated for liver transplantation. **Clin Transplant**, v. 28, n. 12, p. 1331-8, 2014.

JHA, S.; THAKAR, R. Female sexual dysfunction. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 153, n. 2, p. 117-23, 2010.

JONES, A. et al. Outcomes of pregnancies fathered by solid-organ transplant recipients exposed to mycophenolic acid products. **Progress in Transplantation**, v. 23, n. 2, p. 153-7, 2013.

KAMATH, P. S. et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. **Hepatology**, v. 33, n. 2, p. 464-70, 2001.

KAUL, A. et al. Spectrum of hypertension in post transplant. **J Assoc Physicians India**, v. 58, p. 221-4, 2010.

KLEIN, J. et al. Assessment of sexual function and conjugal satisfaction prior to and after liver transplantation. **Ann Transplant**, v. 18, p. 136-45, 2013.

KRAJEWSKI, C. M.; GEETHA, D.; GOMEZ-LOBO, V. Contraceptive Options for Women With a History of Solid-Organ Transplantation. **Transplantation**, v. 95, n. 10, p. 1183-6, 2013.

KUNERT, K. et al. Prolonged brain death duration: does it improve graft quality? Invited commentary on Nijboer et al. **Transpl Int**, v. 24, n. 1, p. 12-3, 2011.

LATIF, E. Z.; DIAMOND, M. P. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. **Fertility and Sterility**, v. 100, n. 4, p. 898-904, 2013.

LEE, G. H. Hepatic encephalopathy in acute-on-chronic liver failure. **Hepatol Int**, v. 9, n. 4, p. 520-6, 2015.

LORAN, O. B. et al. Sildenafil citrate 100 mg starting dose in men with erectile dysfunction in an international, double-blind, placebo-controlled study: effect on the sexual experience and reducing feelings of anxiety about the next intercourse attempt. **J Sex Med**, v. 6, n. 10, p. 2826-35, 2009.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Elsevier Brasil, 2011.

MAGGI, U. et al. Child-Pugh score and liver transplantation. **Transplant Proc**, v. 25, n. 2, p. 1769-70, 1993.

MAHARSHI, S. et al. Efficacy of Nutritional Therapy for Patients with Cirrhosis and Minimal Hepatic Encephalopathy in a Randomized Trial. **Clin Gastroenterol Hepatol**, v. 14, n. 3, p. 454-60, 2015.

MALAVIGE, L. S. et al. Erectile dysfunction is a strong predictor of poor quality of life in men with Type 2 diabetes mellitus. **Diabet Med**, v. 31, n. 6, p. 699-706, 2014.

MARTINS, C. A. O.; VAL, I. C. C. G.; VELARDE, L. G. C. Relationship between the risk factors for human papillomavirus infection and lower genital tract precursor lesion and cancer development in female transplant recipients. **Transpl Infect Dis**, 2017.

MARTINS, F. G. **Estudo da disfunção erétil em uma população jovem de homens brasileiros**. 2008. 176 f. (Dissertação de Mestrado) - Fisiopatologia Experimental, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2008.

MASSAROLLO, M. C.; KURCGANT, P. [Nursing perceptions in the liver transplantation program of a public hospital in Brazil]. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 66-72, 2000.

MATAS, A. et al. Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN) and Scientific Registry of Transplant Recipients (SRTR) 2011 Data Report. **Am J Transpl**, v. 13, Suppl. 1, p. 11-46, 2013.

- MCGUIRE, B. M. et al. Long-term Management of the Liver Transplant Patient: Recommendations for the Primary Care Doctor. **American Journal of Transplantation**, v. 9, n. 9, p. 1988-2003, 2009.
- MCKAY, D. B.; JOSEPHSON, M. A. Reproduction and Transplantation: Report on the AST Consensus Conference on Reproductive Issues and Transplantation. **American Journal of Transplantation**, v. 5, n. 7, p. 1592-9, 2005.
- MCKINLAY, J. B. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. **Int J Impot Res**, v. 12, Suppl. 4, p. S6-S11, 2000.
- MEIRELLES JR., R. F. et al. Liver transplantation: history, outcomes and perspectives. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 149-52, 2015.
- MENDES, K. D. S.; ALMEIDA, M. C. D. P. D. Sexualidade e transplante de órgãos. **Rev Bras Med**, v. 70, n. 1, p. 27-32, 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, p. 758-64, 2008.
- MENDES, K. D. S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, p. 945-53, 2012.
- MORAES, E. L. D.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, p. 458-64, 2008.
- MYERS, R. E. Promoting healthy behaviors: how do we get the message across? **Int J Nurs Stud**, v. 47, n. 4, p. 500-12, 2010.
- MYFORTIC (micofenolato de sódio). Flavia Regina Pegorer. Basileia (Suíça): Novartis AG. Bula de remédio. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=12647552016&pIdAnexo=3108162>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- NITSCHKE, R. et al. Testosterone changes in patients with liver cirrhosis before and after orthotopic liver transplantation and its correlation with MELD. **Arq Gastroenterol**, v. 51, n. 1, p. 59-63, 2014.

OLIVEIRA, M. C.; CASSAL, A.; PIZARRO, C. B. Avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada e prevalência de hipogonadismo central em homens e mulheres com cirrose hepática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, p. 593-600, 2003.

PARK, E. S. et al. Assessment of sexual dysfunction and sexually related personal distress in patients who have undergone orthotopic liver transplantation for end-stage liver disease. **J Sex Med**, v. 8, n. 8, p. 2292-8, 2011.

PAROLIN, M. B. et al. Função sexual e reprodutiva em receptoras de transplante hepático.. **Arq Gastroenterol**, v. 41, n. 1, p. 10-7, 2004a.

PAROLIN, M. B. et al. Impact of successful liver transplantation on reproductive function and sexuality in women with advanced liver disease. **Transplant Proc**, v. 36, n. 4, p. 943-4, 2004b.

PAROLIN, M. B. et al. Contraceção e gravidez após transplante hepático: uma visão atual. **Arq. gastroenterol**, v. 46, n. 2, p. 154-8, 2009.

PATEL, P. R.; SCHREIBER, C. A. Controversies in family planning: contraceptive counseling in the solid organ transplant recipient. **Contraception**, v. 87, n. 2, p. 138-2, 2013.

PAULEN, M. E. et al. Contraceptive use among solid organ transplant patients: a systematic review. **Contraception**, v. 82, n. 1, p. 102-12, 2010.

PECHORRO, P. S. et al. Validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Erétil-5 (IIEF-5). **Revista Internacional de Andrología**, v. 9, n. 1, p. 3-9, 2011.

PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R. D. C.; SOLER, W. D. V. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgão e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: 2009.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. D. A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, p. 323-30, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Artmed Editora, 2011.

RAFIE, S. et al. Contraceptive use in female recipients of a solid-organ transplant. **Progress in Transplantation**, v. 24, n. 4, p. 344-8, 2014.

RAJKUMAR, R. P.; KUMARAN, A. K. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. **Comprehensive Psychiatry**, v. 60, p. 114-8, 2015.

RAVAGLIA, S. et al. Erectile dysfunction as a sentinel symptom of cardiovascular autonomic neuropathy in heavy drinkers. **Journal of the Peripheral Nervous System**, v. 9, n. 4, p. 209-14, 2004.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)**, v. 25, n. 3, p. 323-33, 2004.

REZENDE, M. B. D. S. et al. Transplante Hepático: História, Panorama Atual, Perspectivas. **Revista Ciências em Saúde**, v. 5, n. 3, 2015.

ROSEN, R. C. et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, v. 49, n. 6, p. 822-30, 1997.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

RUSSO, F. P.; ZANETTO, A.; BURRA, P. Timing for treatment of HCV recurrence after liver transplantation: the earlier the better. **Transpl Int**, 2015.

SALONIA, A. et al. Prevalence and predictors of concomitant low sexual desire/interest and new-onset erectile dysfunction – a picture from the everyday clinical practice. **Andrology**, v. 2, n. 5, p. 702-8, 2014.

SALVALAGGIO, P. R. et al. Testing liver allocation in Sao Paulo, Brazil: the relationship of model for end-stage liver disease implementation with a reduction in waiting-list mortality. **Transplant Proc**, v. 44, n. 8, p. 2283-5, 2012.

SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-11, 2007.

SANTOS, P. R. et al. Quality of life among women with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 10, n. 1, p. 103, 2012.

SASLOW, D. et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 62, n. 3, p. 147-72, 2012.

SCHROEDER, B. J. Sexual Health After Transplant: What Every Patient Should Know. Pittsburgh, **International Transplant Nurses Society**, p. 12, 2010.

SORRELL, J. H.; BROWN, J. R. Sexual functioning in patients with end-stage liver disease before and after transplantation. **Liver Transpl**, v. 12, n. 10, p. 1473-7, 2006.

SUTEDJA, D. S. et al. Long-term post-liver transplant complications of renal impairment and diabetes mellitus: data from Singapore. **Singapore Med J**, v. 47, n. 7, p. 604-8, 2006.

SZPOTANSKA-SIKORSKA, M.; PIETRZAK, B.; WIELGOS, M. Contraceptive awareness and birth control selection in female kidney and liver transplant recipients. **Contraception**, v. 90, n. 4, p. 435-9, 2014.

SZYMUSIK, I. et al. Contraception in women after organ transplantation. **Transplant Proc**, v. 46, n. 10, p. 3268-72, 2014.

TARALLO, P. A. et al. Prevalence of high-risk human papilloma virus among women with hepatitis C virus before liver transplantation. **Transpl Infect Dis**, v. 15, n. 4, p. 400-4, 2013.

TAVALLAI, S. A. et al. Sexual Function: A Comparison Between Male Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients. **J Sex Med**, v. 6, n. 1, p. 142-8, 2009.

TELLES-CORREIA, D. et al. Psychiatric approach of liver transplant. **Acta Med Port**, v. 19, n. 2, p. 165-79, 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

TODA, K. et al. Erectile dysfunction in patients with chronic viral liver disease: its relevance to protein malnutrition. **Journal of Gastroenterology**, v. 40, n. 9, p. 894-900, 2005.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAN THIEL, D. H. et al. Effect of liver transplantation on the hypothalamic-pituitary-gonadal axis of chronic alcoholic men with advanced liver disease. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 14, n. 3, p. 478-81, 1990.

VECCHI, I. C. et al. Hipertensão portal: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 7, p. 45-9, 2014.

WAGNER, G.; FUGL-MEYER, K. S.; FUGL-MEYER, A. R. Impact of erectile dysfunction on quality of life: patient and partner perspectives. **Int J Impot Res**, v. 12, Suppl. 4, p. S144-6, 2000.

WALCOTT, W. O. et al. Successful pregnancy in a liver transplant patient. **Am J Obstet Gynecol**, v. 132, n. 3, p. 340-1, 1978.

WANG, G. et al. Liver transplant may improve erectile function in patients with benign end-stage liver disease: single-center Chinese experience. **Exp Clin Transplant**, v. 11, n. 4, p. 332-8, 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. Geneva, 2004. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42907/1/9241562668.pdf> >. Acesso em: 30 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Defining sexual health**: report of a technical consultation on sexual health. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Developing sexual health programme: a framework for action**. Geneva, 2010.

WRIGHT, J. J.; O'CONNOR, K. M. Female Sexual Dysfunction. **Medical Clinics**, v. 99, n. 3, p. 607-28, 2015.

YAVUZ, D. et al. Male Sexual Function in Patients Receiving Different Types of Renal Replacement Therapy. **Transplant Proc**, v. 45, n. 10, p. 3494-7, 2013.

ZACHARIAS, B. T. et al. Hypothalamic-pituitary-gonadal function in men with liver cirrhosis before and after liver transplantation. **Rev Col Bras Cir**, v. 41, n. 6, p. 421-5, 2014.

ZUBER, J. et al. Sirolimus May Reduce Fertility in Male Renal Transplant Recipients. **American Journal of Transplantation**, v. 8, n. 7, p. 1471-9, 2008.

Anexo A - Instrumento de coleta de dados

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

Fonte: URSI, 2005.