



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**

**MARIA JOSÉ NASCIMENTO FLOR**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE TRANSPLANTADO**  
**HEPÁTICO**

**FORTALEZA**

**2015**

MARIA JOSÉ NASCIMENTO FLOR

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE TRANSPLANTADO  
HEPÁTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas.

Área de Concentração: Metabolismo, Fisiologia e Biologia Celular no Estresse.

Linha de Pesquisa: Mecanismos de Proteção nas Lesões e Reperfusão dos Transplantes de Órgãos e Tecidos.

Orientador: Prof. Dr. José Huygens Parente Garcia

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- F649a Flor, Maria José Nascimento.  
Avaliação da qualidade de vida do paciente transplantado hepático./ Maria José Nascimento Flor.  
– 2015.  
51f.: il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia, Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas, Fortaleza, 2015.  
Área de Concentração: Metabolismo, Fisiologia e Biologia Celular no Estresse.  
Orientação: Prof. Dr. José Huygens Parente Garcia.
1. Transplante de Fígado. 2. Doadores de Tecidos. 3. Qualidade de Vida. I. Título.

---

CDD 617.5560592

]
MARIA JOSÉ NASCIMENTO FLOR

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE TRANSPLANTADO
HEPÁTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Huygens Parente Garcia (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Marcos de Meneses e Silva
Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará/HEMOCE

Prof.ª Dr.ª Maria Isis Freire de Aguiar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A minha família, pela compreensão e pelo apoio.  
À equipe de profissionais do Ambulatório de  
Transplante de Fígado, pela competência e  
dedicação.  
E aos participantes deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Leitão de Vasconcelos, professor titular do Departamento de Cirurgia e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, pela dedicação à Pós-Graduação dessa Instituição.

Ao Prof. Dr. José Huygens Parente Garcia, chefe do Departamento de Cirurgia da Universidade do Ceará e do Centro de Transplante de Fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio, orientador, exemplo de dedicação e profissionalismo, liderança, perseverança e determinação.

À Professora Dra. Josenilia Maria Alves Gomes, pelas colaborações na construção deste estudo.

Ao Prof. Dr. Gustavo Rego Coelho, pela disponibilidade, colaboração e pelos conhecimentos transmitidos na concretização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Cícero Igor Simões M. Silva, por disponibilizar parte de seu tempo nas questões de análise estatística e contribuição na banca de qualificação.

À Dra. Denissa Ferreira Gomes de Mesquita e a Profa. Dra. Ângela Maria Alves de Sousa, pelas contribuições na banca de qualificação.

Ao Prof. Dr. João Marcos de Meneses E Silva e à Profa. Dra. Maria Isis Freire de Aguiar, por terem aceitado participar da banca de defesa.

A Clébia Azevedo de Lima, enfermeira, gerente de enfermagem do Ambulatório de Transplante de Fígado do Universitário Walter Cantídio, exemplo de dedicação, incentivadora do ensino e da pesquisa.

Ao Bartolomeu Neto, enfermeiro do Ambulatório de Transplante de Fígado do HUWC, pela participação na tradução do resumo.

A Jaqueline Gomes, mestre em políticas públicas e gestão da educação, especialista em gestão universitária, enfermeira do Ambulatório de Hematologia, parceira, amiga e aliada na construção deste estudo.

Ao Prof. Lamartine Moreira Lima David, ao Prof. Paulo César De Almeida, pelas contribuições na estatística e por compreender as minhas deficiências.

A todos que compõem a Equipe Multiprofissional do Ambulatório de Transplante de Fígado, pela torcida e apoio na concretização deste trabalho.

Às mestras Francisca Diana da Silva Negreiros, Maria Verônica Almeida de Brito e Silvana Linhares de Carvalho, enfermeiras, pelo apoio acadêmico e logístico no desenvolvimento deste estudo.

À professora Dra. Eanes Delgado Pereira, pelas orientações iniciais no tratamento estatístico deste estudo.

À mestrande e colega de turma Clarissa de Araújo Magalhães, pelo incentivo e compartilhamento de ideias.

Às secretárias Maria Luciene de Oliveira e Magda Maria Gomes Fontenele, pelo apoio e companheirismo.

A Deus, pelo dom da vida e do conhecimento.

## RESUMO

O aumento da sobrevida com o transplante hepático despertou a preocupação com a qualidade de vida (QV) de pacientes no pós-operatório a curto e longo prazo. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes transplantados que receberam fígado de doador com idade menor ou igual a sessenta anos e acima de sessenta anos e analisar a influência das variáveis: escore MELD, idade do receptor e tempo decorrido de transplante. Estudo prospectivo, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo pacientes submetidos ao transplante hepático no Hospital Universitário Walter Cantídio, no período de 2007 a 2013. Utilizou-se para coleta dos dados formulário para identificação dos participantes da pesquisa e o questionário Short Form-36 (SF-36) para avaliar a QV. A amostra foi composta por 141 participantes, dividida em dois grupos: Grupo A (n=100), composto por receptores que receberam enxerto hepático de doador com idade menor ou igual a 60 anos e Grupo B (n=41), formado por receptores que receberam enxerto hepático de doador com idade acima de 60 anos. No Grupo A, a idade média foi de 52,5 anos, predominou o sexo masculino (71%), a média do tempo de transplante foi 34 meses, a etiologia principal foi cirrose hepática viral (27%) e a média do MELD foi 20. No Grupo B, a idade média foi de 54 anos; predominou o sexo masculino (75,7%), a média do tempo de transplante foi 36 meses, a etiologia principal foi cirrose viral (22%) e a média do MELD foi 20. Com relação aos escores do SF-36, os transplantados hepáticos apresentaram melhor QV nos domínios aspectos sociais, com diferença significativa ( $p=0,026$ ) e na capacidade funcional, porém sem diferença significativa ( $p=0,061$ ). Foram identificadas maiores níveis de qualidade de vida com diferenças estatisticamente significativas: o Grupo A, no aspecto social ( $p=0,02$ ), e o Grupo B, com >50 meses de transplante ( $p=0,05$ ), no componente sumarizado físico. Conclui-se que a qualidade de vida de receptores de fígado de doador idoso foi semelhante a dos que receberam enxerto de doadores mais jovens na maioria dos aspectos avaliados. O tempo decorrido do transplante teve impacto positivo na qualidade de vida de receptores idosos.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Transplante de Fígado. Doador com critério expandido.



## ABSTRACT

Increased survival after liver transplantation aroused concerns with the quality of life (QOL) of patients in the short and long-term postoperative period. The aim of this study was to compare the quality of life of transplant patients who received liver grafts from donors 60 years of age and less with those who received livers from donors older than 60 years and analyze the influence of variables: MELD score, recipient age and time after transplantation. This was a prospective, descriptive and analytical study with a quantitative approach. Participated in the study, patients who underwent liver transplantation between 2007 and 2013 at the Walter Cantídio University Hospital. For data collection it was used a form for identification of research subjects and the Short Form-36 (SF-36) to evaluate QOL. The sample consisted of 141 subjects divided into two groups: Group A (n = 100) composed of recipients who received liver grafts from donors 60 years and less, and Group B (n = 41), composed of recipients receiving liver graft from donors over 60 years. In Group A, the average recipients age was 52.5 years, male prevalent (71%), the average time of transplantation was 34 months, the main cause was viral cirrhosis (27%) and the average MELD was 20. In Group B the average recipients age was 54 years; male prevalent (75.7%), the average time of transplantation was 36 months, the main cause was viral cirrhosis (22%) and the average MELD was 20. In relation to the scores of the SF-36, the liver transplant showed better QOL in the areas social aspects, with significant difference ( $p = 0.026$ ) and functional capacity, but without significant difference ( $p = 0.061$ ). Were identified higher levels of quality of life with statistically significant differences: Group A, in the social aspect ( $p = 0.02$ ), and Group B, > 50 months of transplantation ( $p = 0.05$ ) in the physical component summarized. It is concluded that the quality of life of elderly donor liver recipients was similar to those people who received grafts from younger donors in most aspects evaluated. The elapsed time of the transplant had positive impact on quality of life of elderly recipients.

**Keywords:** Quality of Life. Liver Transplantation. Expanded Criteria Donor.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens dos instrumentos genéricos e específicos para avaliar a QV.....	17
Tabela 1 – Distribuição dos doadores de fígado conforme perfil clínico e sociodemográfico. ...	26
Tabela 2 – Distribuição de pacientes submetidos ao transplante hepático conforme perfil clínico e sociodemográfico.....	27
Tabela 3 - Análise comparativa entre os receptores dos grupos A e B em relação aos domínios do CSF e CSM do SF-36.....	28
Tabela 4 - Análise comparativa entre o valor do MELD e os componentes sumarizados CSM e CSF do SF-36. (n = 141).....	29
Tabela 5 - Análise da influencia da idade dos receptores dos grupos A e B em relação aos componentes sumarizados CSM e CSF do SF-36. (n = 141).....	30
Tabela 6 – Análise do tempo de transplante dos receptores dos grupos A e B sobre os componentes sumarizados CSM e CSF do SF-36. (n = 141).....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

ANOVA – *Analysis of Variance*

AS – Aspecto Social

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CF – Capacidade Funcional

CHC - Carcinoma Hepatocelular

CSF – Componente Sumarizado Físico

CSM – Componente Sumarizado Mental

CTFC – Centro de Transplante de Fígado do Ceará

DCE – Doador com Critério Expandido

DP – Desvio Padrão

EGS – Estado Geral de Saúde

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio

INR – *International Normalized Ratio*

LAF – Limite por Aspecto Físico

LAE – Limite por Aspecto Emocional

LDQOL – *Liver Disease Quality of Life*

ME – Morte Encefálica

MELD - *Model End-Stage Liver Disease*

SF-36 – *Short Form-36*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PELD – *Pediatric End-stage Liver Disease*

pmp – percentual por milhão de pessoa

QV - Qualidade de Vida

RBT – Revista Brasileira de Transplante

SM – Saúde Mental

SNT – Sistema Nacional de Transplante

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TH - Transplante Hepático

UFC – Universidade Federal do Ceará

V - Vitalidade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
<b>2.1 Geral</b> .....	21
<b>2.2 Específicos</b> .....	21
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	22
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	22
<b>3.2 Local do estudo</b> .....	22
<b>3.3 População e amostra</b> .....	22
<b>3.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	22
<b>3.3.2 Critérios de não conformidade</b> .....	23
<b>3.4 Coleta de dados</b> .....	23
<b>3.5 Análise dos dados</b> .....	24
<b>3.6 Aspectos éticos legais da pesquisa</b> .....	24
<b>4 RESULTADOS</b> .....	26
<b>4.1 Perfil do doador</b> .....	26
<b>4.2 Perfil do receptor</b> .....	27
<b>4.3 Resultados de qualidade de vida segundo o SF-36</b> .....	28
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	32
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	38
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39
<b>APÊNDICES</b> .....	43
<b>APÊNDICE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR</b> .....	43
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ....	44
<b>ANEXOS</b> .....	45
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	45
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA SF-36</b> .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

O fígado é a maior glândula do corpo, localizada na parte superior direita da cavidade abdominal, possui função vital essencial para manutenção da homeostase, funções metabólicas e imunológicas. Quando adoecidos de forma aguda ou grave podem apresentar desordens que na sua evolução tornem-se irreversíveis a ponto de necessitar de transplante como intervenção efetiva (FOCACIA, 2013).

A hepatologia moderna teve grande avanço na última década, e vários tipos de intervenções são capazes de modificar substancialmente a qualidade de vida e a história natural das doenças que acometem o fígado, com aumento significativo de sobrevida, sendo o transplante hepático a única medida terapêutica efetiva para portadores de doença hepática terminal (QIAN *et al.*, 2004).

As formas de cirrose descompensada, ou mesmo as neoplasias malignas primárias do fígado, embora possam ser controladas paliativamente com vários tipos de intervenção clínica, apresentam caráter progressivo e imprevisível, sendo o transplante hepático o tratamento de escolha (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

Ao se estabelecer a indicação de transplante hepático (TH), várias particularidades para tentar diminuir os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico são analisadas. Além disso, no momento que surge um doador, devem-se também selecionar receptores adequados para evitar a perda de enxertos hepáticos diante da carência de órgãos para transplante (MARTINEZ *et al.*, 2009).

No Brasil, os critérios para seleção do receptor para transplante de fígado eram por ordem cronológica e a partir de 2006 entrou em vigor a Portaria nº 1160/06 que passou a adotar o *Model End-Stage Liver Disease/Pediatric End-Stage Liver Disease* (MELD/PELD), fórmula matemática que aponta sobre a gravidade da doença e prevê melhor a mortalidade precoce em lista de espera, utilizando três parâmetros laboratoriais: creatinina, bilirrubina total e Razão Normalizada Internacional do Tempo de Protrombina (INR). A classificação de Child-Turcotte-Pugh é o modelo ainda vigente para avaliação da doença hepática crônica e indicação para transplante (GARCIA, 2006).

Diferente de qualquer outra forma de tratamento, o transplante envolve, além do paciente e da equipe de saúde, o doador (vivo ou em Morte Encefálica) que disponibiliza os órgãos e tecidos (GARCIA *et al* 2013).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (1997), morte encefálica é caracterizada pela parada total e irreversível das funções encefálicas, sendo constatada por meio dos parâmetros clínicos e exames complementares. A avaliação clínica deverá diagnosticar o coma aperceptivo, com ausência de atividade motora supraespinhal e apneia. Essa avaliação deverá ser efetuada em duas etapas, com intervalo mínimo de seis horas. Os exames complementares deverão demonstrar de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral ou metabólica cerebral ou de perfusão sanguínea cerebral. O doador com ME é submetido a exames clínico, neurológico e laboratorial e mais um exame complementar (eletroencefalograma, doppler ou arteriografia), conforme protocolo da resolução nº 1.480/97 (CFM, 1997).

A notificação de potenciais doadores ocorreu, inicialmente, de maneira pouco estruturada. A procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de terapia intensiva. As primeiras regulamentações regionais foram desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e aos critérios de distribuição dos órgãos captados (BRASIL, 2014).

Pesquisa realizada pela ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos), em 2014 foram realizados no Ceará, 03 transplantes hepáticos com doador vivo e 192 com doador em ME (ABTO, 2014).

O transplante hepático com êxito do mundo foi realizado em Denver, por Thomas Stars, em 1967. Silvano Raia realizou o primeiro transplante intervivos do mundo 1988, no Hospital das Clínicas de São Paulo (MIES, 1998).

Atualmente, os doadores com morte encefálica são notificados às Centrais de Transplantes cujos trâmites evoluíram desde a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) que é regido pela Lei dos Transplantes (Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano) e pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997 que regulamenta a Lei dos Transplantes, na tentativa de minimizar as distorções e até mesmo injustiças na destinação dos órgãos (BRASIL, 2014).

No Brasil, o primeiro transplante clínico de fígado foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em agosto de 1968, pelo

professor Marcel Machado e sua equipe, tendo o paciente sobrevivido por uma semana. Duas outras tentativas foram feitas nessa instituição, pela mesma equipe, em 1969 e 1971, ambas com sucesso técnico e sobrevivência de 18 e 30 dias, respectivamente (GARCIA, 2002).

Em 1985, ocorreu o primeiro transplante de fígado com êxito no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e, anos depois, outros centros, em Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo, Campinas, Curitiba e Rio de Janeiro iniciaram seus programas (GARCIA *et al.*, 2005).

A história do transplante de fígado no Ceará teve início em maio de 2002, com o médico José Huygens Parente Garcia, no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará. Atualmente, prestando atendimento terciário, o HUWC recebe pacientes de várias regiões do país, buscando a recuperação da saúde. As demandas de novas pessoas que necessitam de transplante hepático, em situações cada vez mais graves e complexas, têm aumentado em grandes proporções, superando as doações de órgãos. A cada semana, novos atendimentos são realizados e mais pacientes são inscritos em fila, dispostos a enfrentar o desconhecido, as mudanças dos hábitos de vida e de seus costumes, longe de parentes e amigos, na esperança de serem contemplados com um órgão que lhes devolva a saúde.

No período de 2007 a 2014, foram realizados 813 transplantes de fígado no HUWC. Esses pacientes foram acompanhados no ambulatório do Centro de Transplante de Fígado do Ceará, desde o primeiro contato, através da triagem, até o momento de serem chamados para o transplante. Nesse mesmo período, 1.157 pessoas estavam inscritas na lista única e 242 óbitos aconteceram em lista de espera (CTFC, 2014).

Muitos fatores contribuem para o número limitado de transplantes, mas o principal deles é a escassez de doadores. A elevada mortalidade de pacientes em lista de espera para transplante hepático ainda é uma realidade no Brasil (BRASIL *et al.*, 2006).

Independente do tamanho do Centro Transplantador, a demanda de pessoas em lista de espera para transplante de fígado aumenta desproporcionalmente a cada semana, comparada com as doações. De acordo com Garcia *et al.* (2013), não faltam prováveis doadores, mas potenciais doadores que não se tornam efetivos pela falta de notificação às Centrais de Transplantes ou por negação da família. Outros fatores, como a falta de capacitação de equipes, manutenção inadequada do doador e equipamentos para comprovar a ME, também colaboram para não efetivação do processo de doação.



De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), o crescimento anual do transplante hepático de 2008 a 2014, foi de 1.9%, sendo 1,1 % com doador falecido e 10,3% com doador vivo. No primeiro trimestre de 2014, dos 76,7pmp potenciais doadores de órgãos, apenas 14,2pmp tornaram-se doadores efetivos (ABTO, 2014).

A escassez de doadores ideais e o longo tempo em lista de espera despertaram nas equipes transplantadoras a necessidade de utilização do doador limítrofe como estratégia para aumentar o número de transplantes (ABTO, 2014). Esses doadores em diversos serviços têm proporcionado diminuição entre demanda de receptores e órgãos ofertados, atentando para avaliação o mais cuidadosa possível desses enxertos.

O doador limítrofe ou doador com critério expandido, teoricamente, é aquele cujo órgão apresenta risco aumentado de função inicial pobre ou ausente. Entre os fatores de risco estão a idade maior que 60 anos, esteatose maior que 30%, isquemia fria maior que 13 horas e quente acima de cinquenta minutos, sódio acima de 155mEq/l, internação em unidade de terapia intensiva acima de três dias, hipotensão prolongada, altas doses de drogas vasoativas, coração parado entre outros (BRICENO *et al.*, 2002).

A disfunção primária e a sua forma mais grave, a falência primária do enxerto, são consequências da lesão de isquemia e reperfusão e representam importante causa no aumento da morbidade e mortalidade após o transplante de fígado (BRICENO *et al.*, 2002).

O uso dos DCE, em diversos serviços, tem proporcionado diminuição da mortalidade em lista de espera para transplante e boa sobrevida do enxerto. Contudo, não há consenso na definição do doador hepático limítrofe (FONSECA NETO, 2011).

O número de transplantes hepáticos tem aumentado com uso dos DCE, desde 2004, no HUWC. Essa conduta tem contribuído para redução da taxa de mortalidade dos candidatos a transplante em lista de espera. Há alguns anos atrás, doador maior de sessenta anos era considerado critério de exclusão (GARCIA, 2002).

Em 2013, cerca de 7,4% da população brasileira (14,9 milhões) representavam o grupo de pessoas com idade acima de 65 anos. Os centros transplantadores, atualmente, têm usado mais enxertos de doadores com idade acima de 60 anos, visto que a oferta de órgãos nessa faixa etária aumentou em 40%, no período de 1991 a 2001 (MENDONÇA; FREIRE; TORRES, 2013).

De acordo com Fonseca Neto (2011), o fígado de pessoas idosas apresenta alterações, como diminuição do peso, do volume e da redução do fluxo, sem acarretar prejuízo na função. Quanto às complicações pós-transplante com uso de doadores com mais de 60 anos, existem controvérsias. Entre as causas mais comuns de mortalidade, estão o aparecimento de tumores novos e cirrose por recorrência do vírus C (JIMÉNEZ-ROMERO *et al.*, 2014).

Há mais de uma década realizando transplante de fígado, a equipe multiprofissional do HUWC tem preocupação especial com a qualidade de vida do transplantado hepático e a introdução de novas rotinas em suas vidas.

A expressão qualidade de vida (QV) existe desde o início da civilização e, ao longo dos anos, vem passando por vários conceitos complexos de acordo com a ótica de quem a utiliza. Atualmente, é preocupação de várias áreas que trabalham com o ser humano, mas sem consenso em relação ao conceito. Os pesquisadores compartilham a ideia de que QV tem significados diferentes para diferentes pessoas e assumem diferentes significados de acordo com a área de aplicação (SCATTOLIN, 2006).

Para a Organização Mundial da Saúde, 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 (WHOQOL GROUP, 1995).

Estudo realizado, em 1998, identificou 446 instrumentos utilizados para avaliação da QV, em um período de 60 anos, sendo que 322 destes apareceram na literatura a partir dos anos de 1980. Diferenciam-se entre genéricos e específicos e são usados por pesquisadores das diferentes áreas que trabalham com o ser humano. Os instrumentos são questionários que avaliam a qualidade de vida e seguem estrutura de perguntas similares, ponderando vários domínios específicos para avaliação física, mental e social. A escolha do instrumento adequado depende do objetivo do estudo e do período de avaliação (TREVISOL, 2010).

O Quadro 1 apresenta vantagens e desvantagens dos instrumentos genéricos e específicos.

**Quadro 1** - Vantagens e desvantagens dos instrumentos genéricos e específicos para avaliar a QV.

<b>Instrumentos Genéricos</b>	
<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>

Único instrumento; Detecta efeitos diferenciais em diferentes aspectos de QV; Possibilitam comparações entre grupos com diferentes doenças, intervenções.	Pode não focar na área de interesse; Pode não ser responsivo.
Um único número representa o impacto na quantidade e qualidade de vida; Possibilita uso em estudos de custo-utilidade; Incorpora morte como desfecho.	Dificuldade em se determinar valores de utilidade; Não possibilita avaliar o efeito em diferentes aspectos de qualidade de vida; Pode não se responsivo.
<b>Instrumentos Específicos</b>	
<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Clinicamente sensíveis; Podem ser mais responsivos.	Não permite comparações entre grupos com diferentes condições; Pode ser limitada para estudar populações e intervenções.

Fonte: TREVISOL, 2010

No Brasil, observou-se que existem poucos trabalhos que avaliam a qualidade de vida na população de pacientes submetidos ao transplante de fígado e o impacto das condições associadas ao procedimento (GOTARDO, 2007).

Conforme Ciconelli (1999), a avaliação de QV é realizada basicamente pela administração de instrumentos ou questionários que, em sua maioria, foram formulados na língua inglesa e, atualmente, são consultados por profissionais de várias categorias, desde sua tradução para a língua portuguesa e adaptação cultural através das medidas de reprodutibilidade e validade.

Estudo realizado em 1998 identificou 446 instrumentos utilizados para avaliação da QV, em um período de 60 anos, sendo que 322 destes apareceram na literatura a partir dos anos de 1980. Diferenciam-se entre genéricos e específicos e os pesquisadores das diferentes áreas utilizam conforme seus objetivos (TREVISOL, 2010).

No cenário brasileiro, instrumentos traduzidos e validados na população estão sendo aplicados em vários grupos de pacientes para avaliar o impacto de diversas doenças e intervenções na vida dos indivíduos afetados (CRUZ, 2010).

O impacto negativo das doenças hepáticas sobre a QV de seus portadores é um evento atualmente definido e objeto de estudo de diversos pesquisadores. Contudo, o uso de

instrumentos de medida da QV em indivíduos transplantados é bastante limitado (GOTARDO, 2007).

Neste estudo, utilizou-se o questionário Short Form - 36 (SF-36) para avaliar a QV do transplantado hepático com enxerto de doador acima de 60 anos. A escolha desse instrumento genérico foi importante por avaliar a QV relacionado à saúde nos aspectos positivos (bem-estar) e negativos (doença ou enfermidade) (WARE; SHERBOURNE, 1992).

Adaptado e validado por Ciconelli (1999) para a população brasileira, os domínios do SF-36, indicam:

**O primeiro domínio:** capacidade funcional, composta por 10 itens que medem desde a limitação para executar atividades físicas menores, até às mais extenuantes, passando por atividades intermediárias.

**O segundo domínio:** limites por aspecto físico, com quatro itens, medem a limitação da saúde com relação ao tipo e a quantidade de trabalho executado ou outras atividades diárias como resultado da saúde física.

**O terceiro domínio:** limites por aspecto emocional, com três itens, medem a limitação da saúde com relação ao tipo e a quantidade de trabalho executado ou outras atividades diárias, como resultado de problemas emocionais.

**O quarto domínio:** dor, com dois itens, representam a intensidade e o desconforto causados pela dor e a forma como esta interfere nas atividades normais.

**O quinto domínio:** saúde em geral, com cinco itens, pretende medir o conceito da percepção holística da saúde.

**O sexto domínio:** vitalidade, com quatro itens, inclui os níveis de energia e de fadiga permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar.

**O sétimo domínio:** função social, com dois itens, pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais da pessoa que responde.

**O oitavo domínio:** saúde mental, com cinco itens, mede a ansiedade, a depressão, a perda de controle comportamental e emocional, assim como o bem-estar psicológico.

Os oito domínios foram agrupados formando dois componentes que representam a saúde física e a mental. O componente de saúde física (CSF) compreende os domínios 1, 2, 4 e 5 e o componente de saúde mental (CSM) compreende os domínios 3, 6, 7 e 8.

Os procedimentos que envolvem o transplante hepático são aspectos de interesse coletivo e de relevância no contexto social. Consequentemente, conduz à necessidade de desenvolver conhecimentos específicos nessa área, para melhoria da prática profissional, da equipe envolvida com a captação e o implante do enxerto hepático.

Em consonância com Pereira (2012), a atuação do enfermeiro no transplante hepático inicia-se no serviço ambulatorial, quando o cliente é direcionado para avaliação da indicação do transplante. Neste período, o enfermeiro tem a oportunidade de orientar cliente e família quanto ao protocolo de exames pré-transplante; procedimentos do pré, trans e pós-cirurgia; importância da adesão ao tratamento com imunossupressores e dos critérios legais, éticos e técnicos da lista de espera. Na existência de um potencial doador, cabe ao enfermeiro convocar o receptor para internação hospitalar; acionar a equipe de enfermagem da captação e do laboratório; comunicar a enfermagem da unidade de internação, do centro cirúrgico e da sala recuperação, e solicitar transporte.

No período pós-transplante, na concepção de Potter e Perry (2013), o enfermeiro, o cliente e a família trabalham unidos na preparação para alta. A educação referente aos cuidados da ferida operatória, nível de atividade, dieta e medicamentos constitui processo contínuo ao longo da hospitalização. O profissional deve assegurar que os materiais educativos entregues aos clientes sejam sensíveis às diversas culturas.

Ao receber alta hospitalar, o transplantado e o familiar são conduzidos ao serviço ambulatorial, para agendar as consultas médicas e de enfermagem, com retornos semanais (duas vezes no primeiro mês, e uma vez no segundo mês), quinzenal no terceiro mês, mensal no quarto mês e após, estes são marcados de acordo com os resultados dos exames laboratoriais.

De modo geral, os cuidados dos enfermeiros em todas as etapas do TH, pré, trans e pós-operatório relacionam-se à educação do cliente e família, na percepção da natureza da doença, dos sinais e sintomas esperados, das características de riscos potenciais, com vistas à diminuição do nível de ansiedade e medo, acelerando o retorno às funções fisiológicas normais, aumentando a autoestima e o desenvolvimento de empenho do autocuidado (BORK, 2011).

Pode-se afirmar que o papel da equipe multiprofissional neste contexto de assistência é incontestável, visto que pretende atender às necessidades que se caracterizam não apenas pela gravidade clínica dos transplantados, como também pela promoção à saúde nos aspectos biopsicossociais, objetivando a melhoria na qualidade de vida.

No acompanhamento ambulatorial dos pacientes de pré-transplante, percebeu-se inquietação com relação ao perfil do doador com idade avançada e repercussões no pós-transplante, surgindo o interesse em investigar se a idade avançada do doador poderia interferir na qualidade de vida do transplantado hepático. Assim, buscou-se avaliar e comparar a qualidade de vida dos pacientes transplantados hepáticos que receberam fígado de doador com idade  $\leq 60$  ou  $> 60$  anos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes transplantados que receberam fígado de doador com idade menor ou igual a sessenta anos e acima de sessenta anos.

### **2.2 Específicos**

- Analisar a influência do escore MELD, sobre a qualidade de vida do transplantado hepático;
- Verificar a influência da idade do transplantado hepático sobre a qualidade de vida pós-transplante;
- Observar a influência do tempo decorrido de transplante sobre a qualidade de vida do transplantado hepático.

### **3 CASUÍSTICA E MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo prospectivo, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa.

#### **3.2 Local do estudo**

Foi realizado no Ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC), em que são desenvolvidas atividades por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, anesthesiologista e cirurgião) de ensino, pesquisa e consultas pré e pós-transplante hepático. Também são realizadas assistências médica e de enfermagem nas intercorrências pré e pós-transplante.

#### **3.3 População e amostra**

A população foi composta por pacientes submetidos ao transplante hepático, no período de 2007 a 2013, no Hospital Universitário Walter Cantídio. A amostra foi determinada mediante a aplicação dos critérios de inclusão e de não conformidade e distribuída em dois grupos: Grupo A: (n=100) - receptores que receberam enxerto hepático de doadores com idade menor ou igual a sessenta anos e Grupo B (n=41) - receptores que receberam enxerto hepático de doadores com idade maior que sessenta anos.

##### ***3.3.1 Critérios de inclusão***

- Aceitar participar do estudo;



- Ter no mínimo seis meses de transplante;
- Paciente transplantado no HUWC;
- Em condições físicas e psicológicas para preencher o instrumento de coleta de dados;
- Estar em acompanhamento no HUWC;
- Saber ler e escrever.

### ***3.3.2 Critérios de não conformidade***

- Dados incompletos da amostra ou da população;
- Transplante duplo (rim e fígado);
- Retransplante;
- Transplante por hepatite fulminante;
- Receptor com idade menor ou igual a dezoito anos, no momento da coleta de dados.

### **3.4 Coleta de dados**

Foram coletadas 141 amostras, no período de março de 2012 a julho de 2014, no ambulatório de transplante hepático. Os pacientes foram convidados a participar do estudo, durante avaliação clínica ambulatorial de pós-transplante e direcionados para um dos consultórios de atendimento médico, garantindo a privacidade destes. A maioria dos questionários (139) foi aplicada pelo pesquisador aos participantes, em forma de entrevista; os dois restantes foram autoadministrados.

Utilizou-se formulário estruturado, elaborado pelo pesquisador, para dados de identificação do receptor: idade, sexo, diagnóstico da doença hepática, MELD no dia do transplante e tempo de transplante (Apêndice A), que foi aplicado aos participantes após explicação do estudo e concordância em participar da pesquisa.

Os dados do doador foram obtidos do relatório de cirurgia da captação, incluindo sexo, idade e diagnóstico da doença.

Para avaliação da qualidade de vida dos receptores, foi aplicado o questionário Short Form 36 (SF-36) (ANEXO B), questionário multidimensional formado por 36 itens, adaptado e validado para população brasileira, que engloba oito escalas ou domínios: 1-capacidade funcional

(10 itens), 2-limitação por aspectos físicos (4 itens), 3-dor (2 itens), 4-estado geral de saúde (5 itens), 5-vitalidade (4 itens), 6-aspectos sociais (2 itens), 7-limitação por aspectos emocionais (3 itens), 8-saúde mental (5 itens), e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. O escore final varia de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde (CICONELLI *et al.*, 1999).

Os oito domínios foram agrupados formando dois componentes que representam a saúde física e a mental. O Componente Sumarizado Físico (CSF) compreende os domínios 1, 2, 3 e 4 e o Componente Sumarizado Mental (CSM) os domínios 5, 6, 7 e 8 (ABRUNHEIRO, 2015).

Paralelamente à coleta, os dados foram registrados na planilha Excel *do Office 2008* da *Microsoft®*, para o banco de dados clínicos e epidemiológicos. Posteriormente foram organizados em tabelas.

### **3.5 Análise dos dados**

Foi utilizada estatística descritiva para as variáveis categóricas expressas por frequência absoluta (n) e relativa (%), a média e desvio-padrão para os valores dos escores dos domínios do SF-36.

Utilizou-se o teste *t-Student* para avaliar a diferença entre os Grupos A e B, segundo os domínios do SF-36 e as variáveis MELD ( $\leq 20$  e  $> 20$ ) e tempo de transplante. Recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* para comparação entre os grupos, de acordo com a faixa de idade dos receptores. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de  $p \leq 0,05$ .

As análises foram realizadas por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Consideraram-se estatisticamente significativo os valores de  $p \leq 0,05$  para análise dos domínios do SF-36, para o escore MELD e a variável de tempo de transplante.

### **3.6 Aspectos éticos legais da pesquisa**

Este estudo teve início após aprovação do Comitê de Ética, conforme a obrigatoriedade da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de

pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, sob o nº 123.12.11 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa cientes dos objetivos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) ao final da aplicação do questionário. Também foram esclarecidos sobre a não obrigatoriedade, sendo garantida a continuidade das consultas.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Perfil do doador

Foram coletados dados de 140 doadores com ME e um doador vivo do período de 2007 a 2013 e traçado o perfil clínico e sociodemográfico, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos doadores de fígado conforme perfil clínico e sociodemográfico. Fortaleza, CE, 2014 (n= 141)

Características n = 141	Grupo A				Grupo B			
	Média	±DP	n =100	%	Média	±DP	n = 41	%
<b>Sexo</b>								
Masculino			81	81			30	73,2
Feminino			19	19			11	26,8
<b>Idade</b>	32	± 13,95			65	± 4,95		
<b>Diagnóstico</b>								
TCE			63	63			12	29,3
AVC			30	30			29	70,7
OUTROS			07	07			-	

Nos doadores com idade menor ou igual a 60 anos, predominou o sexo masculino (81%), com idade média de 32 anos. Com relação à causa da morte, a maioria foi por traumatismo crânio encefálico (63%), seguida de acidente vascular cerebral (30%).

Nos doadores com idade maior que 60 anos, predominou o sexo masculino (73,2%), com idade média de 65 anos. Com relação à causa morte, a maioria foi por acidente vascular cerebral (70,7%), seguida de traumatismo crânio encefálica (29,3%).

## 4.2 Perfil do receptor

Participaram do estudo 141 pacientes, sendo que 140 receberam enxerto hepático de doador com ME e um recebeu enxerto hepático de doador vivo.

A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo A, composto por 100 transplantados hepáticos que receberam enxerto de doador com idade menor ou igual a sessenta anos; e Grupo B, composto por 41 transplantados hepáticos que receberam enxerto de doador com idade maior que sessenta anos, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição de pacientes submetidos ao transplante hepático conforme perfil clínico e sociodemográfico. Fortaleza – CE, 2014 (n= 141)

Características	Grupo A				Grupo B			
	Média	±DP	n = 100	%	Média	±DP	n = 41	%
<b>Sexo</b>								
Masculino			71	71			31	75,7
Feminino			29	29			10	24,3
Idade	52,5	±12,4			54	±13,1		
<b>Tempo de Transplante (mês)</b>	34	±19,8			36	±21,7		
MELD	20	±3,3			20	±4,9		
<b>Doença hepática</b>								
Cirrose por hepatite viral B, C, D ou associados								
			27	27			09	22
Cirrose Alcoólica								
			16	16			08	19
Hepatite viral/ Carcinoma Hepatocelular								
			16	16			07	17
Cirrose Criptogênica								
			10	10			06	14,7
Doença Metabólica								
			07	07			01	2,4

Hepatite viral/Alcoólica	06	06	04	9,8
Outros	18	18	06	14,6

Nos receptores do Grupo A, prevaleceu o sexo masculino (71%), com idade média de 52,5 anos e tempo de transplante em torno de 34 meses. A etiologia de maior frequência foi a hepatite por vírus (B, C, D) isolado ou associados (27%), seguida da hepatite viral/CHC e cirrose alcoólica com 16% cada. O critério de gravidade da doença utilizado foi o MELD, com valor médio 20.

Entre os receptores do Grupo B, predominou o sexo masculino (75%), com idade média de 54 anos e tempo de transplante em média 36 meses. A etiologia de maior frequência foi a hepatite por vírus (B, C, D) isolado ou associados (22%), seguida da cirrose alcoólica, com 19%. O critério de gravidade da doença utilizado foi o MELD, com valor médio 20.

### 4.3 Resultados de qualidade de vida segundo o SF-36

A avaliação da QV foi realizada mediante valores dos domínios, como demonstra a Tabela 3.

**Tabela 3** – Análise comparativa entre os receptores dos grupos A e B em relação aos domínios do Componente Saúde Física e do Componente Saúde Mental do SF-36. Fortaleza – CE, 2014 (n= 141)

Domínios	Grupo A (n= 100)		Grupo B (n=41)		p
	Média	±DP	Média	±DP	
<b>Componente Saúde Física (CSF)</b>					
Capacidade Funcional (CF)	88,52	±16,77	81,67	±21,02	0,068
Limitação por Aspectos Físicos (LAF)	60,25	±40,83	53,04	±44,43	0,356
Dor (D)	86,85	±16,80	84,69	±16,82	0,491
Estado Geral de Saúde (EGS)	86,75	±12,97	80,85	±17,92	0,061
<b>Componente Saúde Mental (CSM)</b>					
Vitalidade (V)	83,90	±16,33	77,14	±17,75	0,031

Aspectos Sociais (AS)	92,59	±15,81	83,00	±24,67	0,025
Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)	78,17	±35,51	70,84	±41,37	0,291
Saúde Mental (SM)	87,92	±11,30	81,58	±20,01	0,062

De acordo com os resultados, os transplantados hepáticos do Grupo A apresentaram maiores médias de qualidade de vida nos domínios Aspectos Sociais (92,5) e Capacidade Funcional (88,5), enquanto que os transplantados hepáticos do Grupo B apresentaram maiores médias de qualidade de vida nos domínios Dor (84,6) e Aspectos Sociais (83,0).

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias somente nos domínios Aspectos Sociais ( $p=0,025$ ) e Vitalidade ( $p=0,031$ ), com maiores escores de qualidade de vida para o Grupo A. Por outro lado, não se evidenciou diferença estatisticamente significativa entre as médias de qualidade de vida dos demais domínios entre os grupos.

Ainda se destacou a média do domínio Limitação por Aspectos Físicos (53,04), por ser a menor entre todos os domínios do SF-36.

A variável MELD foi comparada entre os Grupos A e B, no Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico, como demonstra a Tabela 4.

**Tabela 4** – Análise comparativa entre as médias do Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico dos Grupos A e B de acordo com a variável MELD. Fortaleza, CE, 2014 (n= 141)

Variável	Componente Sumarizado Mental					Componente Sumarizado Físico				
	Grupo A		Grupo B		p	Grupo A		Grupo B		p
Média	±DP	Média	±DP	Média		±DP	Média	±DP		
MELD										
≤ 20	85,4	14,0	81,3	19,1	0,274	72,9	12,6	74,8	17,4	0,574
> 20	80,5	18,6	88,0	3,3	0,127	69,4	12,1	72,8	12,2	0,364

do Componente Sumarizado Mental, pacientes do Grupo A apresentaram médias de qualidade de vida maiores (85,4) em comparação com o Grupo B (81,3), em pacientes com valor do MELD menor ou igual a 20 ( $p=0,274$ ), porém obteve menor escore de qualidade de vida (80,5) entre os

pacientes com MELD maior que 20 ( $p=0,127$ ), embora não tenham sido identificadas diferenças significativas no teste t-Student.

No Componente Sumarizado Físico, as médias do Grupo B foram maiores que a do Grupo A, independente do valor de MELD, com maior média de qualidade de vida para MELD menor ou igual a 20 (74,8), sem diferenças significativas entre os grupos.

A análise dos Componentes Sumarizados Mental e Físico, de acordo com a variável idade do receptor, encontra-se na Tabela 5.

**Tabela 5** – Análise comparativa entre as médias do Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico dos Grupos A e B em relação à idade do receptor. Fortaleza, CE, 2014 (n= 141)

Variável	Componente Sumarizado Mental					Componente Sumarizado Físico					
	Grupo A		Grupo B		p	Grupo A		Grupo B		p	
	Média	±DP	Média	±DP		Média	±DP	Média	±DP		
Faixa Etária (em anos)											
19 - 40	79,6	19,8	85,3	10,3	0,457	66,8	13,9	72,8	10,9	0,289	Grupos A e B apresentaram
41 - 59	81,9	16,9	83,5	15,8	0,741	71,0	12,0	77,0	16,9	0,114	
≥ 60	88,3	11,2	83,3	17,9	0,256	75,3	11,6	71,9	16,6	0,426	

sentaram maiores médias de qualidade de vida no Componente Sumarizado Mental em todas as faixas etárias, destacando-se a média do Grupo A (88,3), na faixa etária maior ou igual a 60 anos, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação ao Grupo B ( $p=0,256$ ), de acordo com o teste *Mann-Whitney*.

No Componente Sumarizado Físico, sobressaiu a média do Grupo B (77,0), na faixa etária de 41-59 anos, embora sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,114$ ) em relação ao Grupo A.

Na faixa etária de 19 a 40 anos, também não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de qualidade de vida dos Grupos A e B, no Componente Sumarizado Mental ( $p=0,457$ ) e no Componente Sumarizado Físico ( $p=0,289$ ).



A comparação entre os Grupos A e B no Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico, de acordo com o tempo decorrido de transplante, encontra-se na Tabela 6.

**Tabela 6** – Análise comparativa entre as médias do Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico dos Grupos A e B em relação ao tempo de transplante. Fortaleza, CE, 2014 (n= 141)

Variável	Componente Sumarizado Mental					Componente Sumarizado Físico				
	Grupo A		Grupo B		P	Grupo A		Grupo B		P
	Média	±DP	Média	±DP		Média	±DP	Média	±DP	
Tempo de Transplante (em meses)										
6 – 30	79,9	18,8	84,1	13,3	0,413	68,9	14,1	70,3	16,7	0,755
31 – 50	85,1	12,2	81,9	21,0	0,548	75,7	12,8	73,7	17,5	0,681
> 50	85,9	15,8	85,0	13,2	0,874	70,6	8,6	79,9	10,7	0,005

Quanto ao tempo de transplante, os Grupos A e B apresentaram maiores valores médios de qualidade de vida no Componente Sumarizado Mental, com destaque para o Grupo A (85,9) e Grupo B (85,0), nos pacientes com mais de 50 meses de transplante, sem diferença significativa entre eles, em conformidade com o teste *t-Student*.

Por outro lado, os pacientes do Grupo B com mais de 50 meses de transplante apresentaram maior pontuação na qualidade de vida relacionada ao Componente Sumarizado Físico (79,9), com diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,005$ ) em relação ao Grupo A.

## 5 DISCUSSÃO

O avanço alcançado na Medicina, com novas intervenções para o tratamento das doenças hepáticas, principalmente na insuficiência hepática irreversível, tem propiciado aumento da sobrevida com qualidade. O transplante hepático é inquestionavelmente a terapia de escolha, uma vez que tanto a sobrevida como a qualidade de vida (QV) são superiores em pacientes transplantados em comparação com pacientes similares sem transplante (SAIDI, 2012).

O aumento de pessoas necessitando de transplante de fígado e a escassez de doadores estimulou o uso de enxerto hepático de doador com critérios expandidos, em muitos centros transplantadores, contribuindo para diminuição da morbimortalidade em fila de espera.

Neste estudo, o critério expandido foi por idade avançada do doador. A amostra com 141 doadores de fígado, 70,92% correspondeu ao doador com idade menor ou igual a sessenta anos (Grupo A) e 29,08% correspondeu ao doador com 60 anos de idade (Grupo B). Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, no Estado do Ceará, em 2014, 55% dos doadores tinham idade entre 50 e 64 anos e 24% tinham idade igual ou maior que 65 anos (ABTO, 2014).

Pesquisa similar realizada em um centro de transplantes com 351 pacientes transplantados hepáticos dividiu os participantes em três grupos: Grupo 1 (226), receptores < 60 anos; Grupo 2 (75), receptores de doadores entre 60 e 70 anos; Grupo 3 (50), receptores de doadores > 70 anos. A sobrevida dos pacientes e dos enxertos em 1, 3 e 5 anos foi respectivamente: Grupo 1 (81%/74,8%); Grupo 2 (76,1%/69%) e Grupo 3 (71,1%/64,1%) (JIMÉNEZ-ROMERO *et al.*, 2013).

Fonseca-Neto (2008) realizou pesquisa com 178 pacientes submetidos ao transplante hepático, no período de 1999 a 2006, dos quais 137 usaram enxerto de doador marginal. Destes, quatro que apresentavam idade acima de 55 anos, um evoluiu com falência primária do enxerto e três com mau funcionamento do enxerto.

Serrano *et al.* (2010), em trabalho similar com 149 pacientes, observaram que a idade média dos doadores entre 11 e 59 anos foi de 38,7 (no grupo de doadores menor que 60 anos) e média de 67,6 (no grupo de doadores com idade igual ou maior que 60 anos). A sobrevida do enxerto hepático dos doadores com idade igual ou maior que 60 anos após um ano foi de 71,43% e a sobrevida do receptor não foi diferente entre os grupos.

A utilização de órgãos de doadores com critérios expandidos relacionados à idade tem tido frequência cada vez maior, tornando o sonho de um transplante uma realidade para milhares de pessoas em todo o mundo (MENDONÇA; FREIRE; TORRES, 2013).

Coelho (2013) avaliou 555 transplantados hepáticos, dos quais apenas cinco pacientes receberam fígado de doador com mais de 70 anos de idade, que evoluíram com sobrevida de 100%, mostrando que o fator idade do doador não influenciou a sobrevida do enxerto.

Nesta pesquisa, participaram pacientes transplantados no período de 2007 a 2013, distribuídos em dois grupos, nos quais prevaleceu o sexo masculino, a etiologia por hepatite viral e MELD 20. A média de idade foi de 52,5 e 54 e o tempo de transplante 34 e 36 meses, nos Grupos A e B, respectivamente. Na pesquisa de Aguiar (2014), entre os pacientes transplantados no período de 2002 a 2012, predominou o sexo masculino (80%), na faixa etária de 40 a 59 anos (47%), com etiologia cirrose alcoólica (38,7%).

O SF-36 mostrou-se eficiente para avaliação da QV do transplantado hepático e possibilitou comparações de QV entre os grupos estudados. No Grupo A, os domínios do SF-36 de maiores valores médios de QV foram: Aspecto social (92,52) e Capacidade funcional (88,52) enquanto no Grupo B, foram Dor (84,69) e Aspecto social (83,0).

Estudo com 61 pacientes acompanhados, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, mostrou índices inferiores em cinco domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais) do SF-36 e melhor qualidade de vida nos domínios do estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental (GOTARDO, 2007).

Pesquisa com 15 pacientes transplantados hepáticos mostrou qualidade de vida nos domínios Capacidade funcional e Saúde geral do SF-36, diferentemente de muitos trabalhos cujos domínios obtiveram escores negativos (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Em acompanhamento com 299 pacientes adultos, dos quais 171 responderam ao SF-36, observou-se que avaliaram com mais alto escore os aspectos sociais e menor escore a capacidade física e vitalidade (VOLK; HAGAN, 2011).

Outro estudo realizado em um centro de transplante de fígado, no Ceará, mostrou impacto positivo em todos os domínios do questionário de qualidade de vida (LDQOL) aplicado, sobressaindo-se os efeitos da doença, geralmente comprometidos na fase avançada da doença (AGUIAR, 2014).

O fato de as pessoas sofrerem alterações a diversos níveis após o transplante e a forma como percebem o suporte social que lhes é dado, poderá ter influência na QV (ABRUNHEIRO, 2014).

Estudo com 82 pacientes transplantados hepáticos, acompanhados por seis meses, observou que a ansiedade pré-transplante foi preditora de ansiedade no pós-transplante, bem como indicou tendência para depressão, interferindo ainda na QV em vários domínios, incluindo dor no corpo, limitações funcionais por problemas emocionais e saúde mental (MILLER *et al.*, 2013).

Neste estudo, a QV dos pacientes transplantados sofreu influência da idade do doador, associada aos valores do MELD. No Componente Sumarizado Mental, os receptores do Grupo A apresentaram melhor QV, com MELD  $\leq$  20; e o Grupo B apresentou melhor QV com MELD  $>$  20. No Componente Sumarizado Físico, as médias do Grupo B foram maiores que a do grupo A, independente do valor de MELD.

Outro trabalho relacionado ao MELD identificou na análise do questionário SF-36 diferença estatisticamente significativa no domínio Dor, nos pacientes transplantados com MELD  $>$ 15 e tendência a melhores índices de vitalidade e aspecto emocional nos pacientes com MELD  $\leq$  15 (GOTARDO, 2007).

Aguiar (2014), em análise de 51 transplantados hepáticos, identificou que pacientes com MELD  $\leq$  15 apresentaram aumento expressivo das médias em dez dos doze domínios do LDQOL, havendo maior significância estatística nos aspectos sintomas, efeitos da doença, preocupação e estigma da doença.

Atualmente, o MELD é o recurso utilizado para priorizar pacientes em lista de espera para transplante de fígado. Pesquisa de revisão realizada em três bases de dados sobre esse modelo de alocação de órgãos com 30 artigos mostrou que o escore MELD aumentou

significativamente a taxa de sobrevida de curto prazo dos pacientes mais graves da lista de espera do transplante de fígado, mas não obteve impacto significativo na taxa de sobrevida dos pacientes de menor gravidade (BRUNS *et al.*, 2014).

Estudo com pacientes transplantados hepáticos demonstrou claramente que o MELD  $\geq 20$  é um dos preditores de risco de mortalidade após o transplante hepático, no período de 90 dias a um ano. A capacidade de identificar pacientes de alto risco após o transplante de fígado é um instrumento valioso que pode motivar a decisão por terapias pós-operatórias mais eficazes. Além disso, pode ser útil para incluir as taxas de sucesso no pós-operatório previsto em estratégias de alocação de órgãos (CHAIB *et al.*, 2013).

Analisando a QV do transplantado hepático por faixas etárias, evidenciou-se melhora entre os dois grupos no CSM, embora não houvesse diferença significativa entre as médias destes. O Grupo A apresentou melhor média de QV em pessoas  $\geq 60$  anos e o Grupo B em pessoas entre 19 e 40 anos.

Em outro estudo, pesquisadores identificaram que a idade mais avançada do receptor influenciou no declínio nos escores de qualidade de vida nos domínios Sintoma da doença hepática, Sono e Função sexual (AGUIAR, 2014).

Zahn *et al.* (2013), em pesquisa com 281 transplantados hepáticos, observaram que 53,7 % dos participantes entre 46 e 60 anos de idade evoluíram com alterações no fator social.

Parolin *et al.* (2001) investigaram o retorno ao trabalho de 41 pacientes submetidos ao transplante hepático, com idade média de 44,2 anos (19-67). Após o transplante, 28 dos entrevistados retornaram às atividades laborais. Os demais inativos foram por motivo de: aposentadoria precoce (n=5), desemprego (n=4) e incapacidade física (n=11).

Pesquisadores investigaram a qualidade de vida de 256 adultos submetidos ao transplante hepático, dos quais 15 (5,9%) desenvolveram ansiedade e quatro (1,6%) apresentaram severa depressão pós-transplante, e identificaram que: a idade  $> 45$  anos no momento do transplante, ausência de complicações, ansiedade, depressão e enxerto de doador falecido foram, possivelmente, fatores que influenciaram na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no pós-operatório do transplantado de fígado (CHEN *et al.*, 2012).

A idade média dos pacientes com doenças hepáticas que necessitam de transplante tem aumentado, assim como a preocupação com a sobrevida e a qualidade de vida pós-transplante. Estudo retrospectivo com 8.070 transplantados de fígado, com 60 anos de idade ou

mais durante onze anos, observou que a sobrevivência pós-transplante foi de 83% no primeiro ano e de 67% no quinto ano. Concluiu, também, que é possível otimização de seleção de doadores para beneficiar os receptores com idade superior a sessenta anos, através do sistema *Older Recipient Prognostic Score* (ALOIA *et al.*, 2010).

Por outro lado, estudo revelou que a taxa de mortalidade, após dois anos de transplante, aumentou de 1 a 4% ao ano como resultado de complicações relacionadas com a idade do receptor, incluindo cardiovascular, respiratória, neurológica e surgimento de câncer novo (JAIN *et al.*, 2000).

Nesta pesquisa, referente ao tempo de transplante, similar a outros trabalhos, constatou-se que os transplantados hepáticos apresentaram melhores valores médios de QV no componente mental. Quanto ao aspecto físico, os pacientes que receberam fígado de doador de mais de sessenta anos de idade e mais de 50 meses de transplante, mostraram melhor QV com diferença significativa em relação aos receptores com enxerto de doador mais jovem. Os resultados demonstraram melhora na QV proporcional ao tempo de transplante, embora sem diferença significativa.

Matos (2011) avaliou pacientes transplantados hepáticos e observou em uma amostra de 33 indivíduos (18 com 6 meses de transplante e 15 com 12 meses), que a melhoria da QV após 12 meses de transplante é muito perceptível, sendo menos expressiva no grupo de transplantados com 6 meses. A melhoria foi mais evidente nos sintomas físicos do que na dimensão psicossocial.

Ainda no estudo realizado por Gotardo (2007), 54 transplantados hepáticos com mais de doze meses de transplante mostraram escores mais baixos no domínio Saúde mental, evidenciando comprometimento desse aspecto da QV.

No pós-transplante de fígado, 281 pacientes participaram de estudo transversal, sendo 187 homens e 94 mulheres respondendo ao SF-36. Os resultados mostraram que não houve decréscimo da qualidade de vida relacionada à saúde em longo prazo ou aumento de depressão que necessitasse de suporte clínico ou psicossocial (ZAHN *et al.*, 2013).

Gotardo (2007), comparando tempo de transplante de fígado menor que doze meses, com tempo maior que doze meses, não evidenciou diferença estatística, à exceção do domínio Saúde mental, cujo grupo com mais de doze meses mostrou escores mais baixos, evidenciando comprometimento deste aspecto da qualidade de vida.

A maioria dos estudos que existem são unânimes em afirmar que o transplante hepático traz ao doente grande melhora na QV, sobretudo nos primeiros anos do pós-transplante, tornando, também, evidente que os pacientes apresentam QV diferente um do outro, havendo fatores que condicionam estas diferenças, como o suporte social, a dieta e o exercício e a adesão terapêutica (CORREIA *et al.*, 2006).

Vinte e três estudos, com 5.402 pacientes, mostraram que a qualidade de vida após transplante hepático permanece superior ao estado pré-operatório até 20 anos de pós-operatório, porém complicações pós-operatórias podem predizer piores escores de qualidade de vida, especialmente, em domínios físicos. Nos domínios funcionais, os pacientes permanecem, em longo prazo, com independência no autocuidado e na mobilidade. As taxas de emprego se recuperaram no curto prazo, mas declinaram depois de cinco anos, e diferem significativamente entre várias etiologias da doença hepática. A qualidade de vida geral melhora para um nível semelhante ao da população em geral, mas a função física continua a ser pior. A participação em atividade física pós-operatória está associada a resultados de qualidade de vida superiores em receptores de transplante de fígado em comparação com a população em geral (LINDA *et al.*, 2014).

Este estudo evidenciou boa qualidade de vida pós-transplante de fígado, de acordo com os questionários aplicados em 141 pacientes, sobressaindo os aspectos relacionados ao componente sumarizado mental. A idade do doador associada ao escore MELD e a idade do receptor não demonstrou diferença significativa entre a QV dos grupos estudados. Contudo, os participantes do estudo foram favorecidos com o tempo decorrido de transplante, principalmente o Grupo B, com diferença significativa em relação ao Grupo A.

Foram incluídos no estudo pacientes com mais de seis meses de transplante, período em que se estabelece a cicatrização dos tecidos e recuperação física.

Outros estudos são importantes para que se use e/ou indique com segurança o uso de enxerto hepático de doador com idade avançada, uma vez que a literatura é escassa. A experiência de outros centros notificando seus resultados faz-se importante para auxiliar na tomada de decisão de outras equipes e dos próprios pacientes.

## 6 CONCLUSÃO

Pacientes transplantados hepáticos que receberam enxertos de doadores com idade menor, igual ou maior que sessenta anos, apresentaram melhor qualidade de vida em todos os domínios, sobressaindo-se os transplantados com fígado de doador mais jovem, com diferença significativa somente nos domínios Aspectos Sociais e Vitalidade.

Apesar da diferença nos escores de qualidade de vida entre os grupos, o valor de MELD não interferiu significativamente nos resultados de qualidade de vida. Verificou-se que a qualidade de vida pós-transplante foi semelhante nos grupos estudados em todas as faixas etárias do receptor, nos Componentes Sumarizado Mental e Físico.

Observou-se que a qualidade de vida entre os grupos com idade menor ou igual a sessenta anos e com mais de sessenta anos foi similar quanto ao tempo de transplante. Todavia, identificou-se melhor qualidade de vida entre os grupos estudados, nos aspectos do Componente Sumarizado Mental proporcionalmente ao tempo decorrido de transplante, e os pacientes com doador maior que 60 anos apresentaram maior pontuação na qualidade de vida relacionada ao Componente Sumarizado Físico, com mais de 50 meses de transplante, com diferença estatisticamente significativa.



## REFERÊNCIAS

ABRUNHEIRO, L.M.A. **A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático** [Internet]. Disponível em: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt). Acesso em: 20 jul. 2014.

AGUIAR, M.I.F. **Qualidade de vida pós-transplante de fígado em um centro de referência no nordeste do Brasil**. 115f. 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2014.

ALOIA, T.A. *et al.* Analysis of Liver Transplant Outcomes for United Network for Organ Sharing Recipients 60 Years Old or Older Identifies Multiple Model for End-Stage Liver Disease–Independent Prognostic Factors. **Liver Transplant.**, v.16, n.8, p.950-959, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Projeto Diretrizes - Doadores Limítrofes no Transplante de Fígado**. Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina, 2008.

\_\_\_\_\_. O doador limítrofe no Transplante Hepático. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 48, n. 1, p. 65-69, 2010.

\_\_\_\_\_. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007 – 2014). **Registro Brasileiro de Transplante**, Ano XX', n. 4, 2014.

BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL, I.R.C. *et al.* Fatores associados a mortalidade precoce em lista de espera de transplante hepático em pacientes com pontuação MELD baixo. **JBT J Bras Transpl.**, v.9, p.522-524, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. **Histórico** [Internet]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/integram.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRICENO, J. *et al.* Influence of marginal donors on liver preservation injury. **Transplantation**, v. 74, n. 4, p. 522-526, 2002.

BRUNS H, L. *et al.* Prediction of Postoperative Mortality in Liver Transplantation in the Era of MELD-Based Liver Allocation: A Multivariate Analysis. **PLoS One**, v.9, n.6, e98782, 2014.

CENTRO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO DO CEARÁ (CTFC). **Banco de Dados**. 2014. HUWC/UFC. Fortaleza, 2014.

CHAIB, E. *et al.* A seleção de pacientes utilizando-se o critério MELD melhora a sobrevida a curto prazo dos pacientes submetidos ao transplante de fígado? **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v.26, n.4, p.324-327, 2013.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF - 36)**. 1999. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

COELHO, G.R. **Fatores associados com diminuição da sobrevida em 555 transplantes de fígado realizados na Universidade Federal do Ceará**. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica** [Internet]. Resolução n.º 1.480, de 08 de agosto de 1997. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/cfmmorte.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

CORREIA, D.T. *et al.* Abordagem psiquiátrica do transplantado hepático. **Acta Med. Port.**, v. 19, p. 165-180, 2006.

CRUZ, L.N. **Medidas de Qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre**. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

FOCACCIA, R. Transplante de Fígado. In: \_\_\_\_\_. **Tratado de hepatites virais e doenças associadas**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. parte 12, p. 1133-1259.

FONSECA NETO, O.C.L. *et al.* O doador marginal: experiência de um centro de transplante de fígado. **ASABT BDrq Bras Cir. Dig.**, v.21, n. 21, p. 1-5, 2008.

FONSECA NETO, O.C.L. O doador limítrofe no transplante hepático. **Brasilia Med.**, v. 48, n. 1, p. 65-69, 2011.

GARCIA, J.H.P. **Implantação do Transplante Ortotópico de Fígado Humano no Estado do Ceará**. 2002. 100f. Tese (Doutorado em Curso Pós-graduação em Farmacologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

GARCIA, C.D. *et al.* **Manual de doações e transplantes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GARCIA, J.H.P. *et al.* Transplante de fígado: resultados iniciais. **Rev. Col. Bras Cir.**, v. 32, n. 2, p. 100-103, 2005.

GARCIA, V.D. A política de transplantes no Brasil. **Rev AMRIGS**, v. 50, n. 4, p. 313-320, 2006.

GOTARDO, D.R.M. **Qualidade de vida e transplante hepático**: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós-cirurgia. 2007. 180f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2007.

JAIN, A. *et al.* Long-Term Survival after Liver Transplantation about 4000 patients following in single center. **Ann Surg.**, v.232, n.4, p.490-500, 2000.

JIMÉNEZ-ROMERO, C. *et al.* Long-term results using old liver grafts for transplantation sexagenarian versus liver donors older than 70 years. **World J Surg.**, v.37, n.9, p.2211-2221, 2013.

JIMÉNEZ-ROMERO, C. *et al.* Using old liver grafts for liver transplantation: where are the limits? **World J Surg.** v.20 (31); 2014 Aug 21

LINDA, S. *et al.* Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. **Liver Int.**, v.34, n.9, p.1298-1303, 2014.

MARTINEZ, R. *et al.* Transplante hepático: quando indicar e quando realizar. **Rev Moderna Hepatologia**, v. 35, n. 2, 2009.

MASSAROLLO, M.C.K.B.; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 66-72, 2000.

MATOS, M.M.P.C. Impacto da doença e do transplante hepático na qualidade de vida de doentes com cirrose: estudo exploratório. **Caderno de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 7-36, 2011.

MENDONÇA, A.E.O.; FREIRE, I.L.S.F.; TORRES, G.V. Transplante de órgãos a contribuição do idoso. In: **Anais... CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO**, 2013, Campina Grande, PB/Brasil. Paraíba. Avanço da Consciência e das Políticas Públicas para o envelhecimento, 2013.

MIES, S. Transplante de Fígado. **Rev Assoc Méd Bras.**, v. 44, n.2, p.127-134, 1998.

MILLER, L. R. *et al.* Mental health affects the quality of life and recovery liver transplantation. **Liver Transplant [Internet]**. vol. 19, n. 11, p. 1272-8, 2013. Available from:

<http://www.docguide.com/mental-health-affects-quality-life-and-recovery-after-liver-transplantation?tsid=5>. Cited 2014 Dec.10.

PAROLIN, M.B. *et al.* Retorno ao trabalho de pacientes adultos submetidos a transplante de fígado. **Arq Gastroenterol.**, v.38, n.3, p.172-175, 2001.

PEREIRA, W. A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

PEI-XIAN, C.; LU-NAN, Y.; WEN-TAO, W. Health-related quality of life of 256 recipients after liver transplantation. **World J Gastroenterol.**, v.18, n.36, p.5114-5121, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

QIAN, Y.B. *et al.* Risk Factors for Biliary Complications After Liver Transplantation. **Arch Surg.**, v.139, n.10, p.1101-1105, 2004.

RENZ, J.F. *et al.* Utilization of extended donor criteria liver allografts maximizes donor use and patient access to liver transplantation. **Ann Surg.**, v. 242, p. 556-563, 2005.

RODRIGUES, R.T.S. *et al.* Estudo preliminar sobre a qualidade de vida e sintomatologia depressiva de pacientes em fase pré e pós-transplante hepático. **Arq Bras Ciênc Saúde**, v.33, n.2, p.74-78, 2008.

SAIDI, R.F. Current status of liver transplantation. **Arch Iran Med.**, v.15, p. 772-776, 2012.

SCATTOLIN, F.A.A. Qualidade de vida – a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Rev Fac Ciências Médica Sorocaba**, v.8, n.4, p. 1 -5, 2006.

SERRANO, M.T. *et al.* Outcome of liver transplantation using donors older than 60 years of age. **Clin Transplant.**, v.24, p.543-549, 2010 .

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. 1403-1409, 1995.

TREVISOL, D.J. **Qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica: de base populacional na cidade de Porto Alegre (RS)**. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VOLK, M.L.; HAGAN, M. Organ quality and quality of life after liver transplantation. **Liver Transpl.**, v. 17, n. 12, p. 1443-1447, 2011.

WARE JÚNIOR, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-783, 1992.

ZAHN, A. *et al.* Factors influencing long-term quality of life and depression in German liver transplant recipients: a single-center cross-sectional study. **Ann Transplant**, v. 18, p. 327-335, 2013.

## APÊNDICE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

MELD: \_\_\_\_\_

HD: \_\_\_\_\_

DATA DO TRANSPLANTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TEMPO DE TRANSPLANTE: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Maria José Nascimento Flor, Enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, estou realizando a dissertação de mestrado em intitulada: Avaliação da qualidade de vida do transplantado hepático com enxerto de doador com critério expandido em um centro de referência de Fortaleza-Ceará, sob orientação do Professor Dr. Huygens Parente Garcia. Este estudo tem por objetivo geral avaliar a qualidade de vida das pessoas submetidas a transplante hepático no Hospital Universitário Walter Cantídio; e por objetivos específicos avaliar a qualidade de vida das pessoas que receberam enxerto hepático de doador com critério expandido pela idade acima de 60 anos, após o transplante; avaliar a qualidade de vida das pessoas que receberam enxerto hepático de doador com idade menor ou igual a sessenta anos após o transplante; comparar a qualidade de vida do grupo de pessoas que receberam enxerto hepático de doador com idade acima de sessenta anos com o grupo de pessoas que receberam enxerto hepático de doador com idade menor ou igual a sessenta anos após o transplante; identificar as variáveis de maior impacto na qualidade de vida do grupo de pessoas que receberam enxerto hepático de doador com idade acima de sessenta anos e do grupo de pessoas que receberam enxerto hepático de doador com idade menor ou igual a sessenta anos após o transplante. Você, cliente transplantado no Hospital Universitário Walter Cantídio, está sendo convidado (a) a participar deste estudo com a finalidade de propiciar seu retorno a vida social com qualidade de vida pós-transplante. Suas informações permitirão que se façam reajustes quando necessário para atingir essa finalidade. Caso você concorde, sua participação se dará pela aceitação em responder a um questionário composto por onze questões sobre sua saúde e qualidade de vida. As informações contidas neste instrumento de coleta de dados serão tratadas

em seu conjunto e nunca isoladamente, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade. Após a compilação dos dados os questionários arquivados por um período de três anos. Informo que os questionários incompletos serão invalidados, portanto solicito a sua colaboração em responder todas as questões. A sinceridade das respostas é de fundamental importância para não comprometer os resultados deste estudo. Garanto a sua liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, bem como o direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre o resultado parcial e final. Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento das pesquisas científicas e contribuirá para uma reflexão sobre a qualidade de vida do transplantado hepático no Hospital Universitário Walter Cantídio. Declaro que estarei disponível em qualquer etapa da pesquisa para qualquer esclarecimento. Coloco-me a disposição em caso de dúvidas ou esclarecimentos adicionais no HUWC pelo telefone (85) 3366-8582 e pelo celular (85) 8741-6063 (OI). Se você se sentir suficientemente informado (a) a respeito de todos os passos da pesquisa e do modo de sua participação, solicito que assine este termo.

Agradeço sua valiosa contribuição

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE  
FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613 E-MAIL: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

Protocolo nº: 123.12.11

Pesquisadora Responsável: Maria José Nascimento Flor

Departamento / Serviço:

Título do Projeto: “Avaliação da qualidade de vida do transplante hepático com enxerto de doador com critério expandido em um centro de referência de Fortaleza-CE”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO**.

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 29/02/2013).

## ANEXO D - QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA SF-36

### Questionário sobre Qualidade de Vida SF – 36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Em cada questão. Marque com um círculo o número que corresponde a sua resposta. Caso você esteja inseguro em como responder, pode consultar o pesquisador.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma coisa do que há um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4



3. Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades Vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades?	1	2

5. Durante às últimas 4 semanas, como você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária como consequência de algum problema emocional? (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve ilimitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou em outras atividades?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma alguma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferir com o seu trabalho normal (incluindo tanto fora como dentro de casa)?

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são como você se sente e como tudo tem acometido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime como você se sente.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5
c. Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5

deprimido que nada pode animá-lo?					
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais ( como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitiva-mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Efetivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF 36

### Fase 1: Pontuação dos dados

Valor total obtido nas questões correspondentes

Calcule

### Fase 2: Cálculo do *Raw Scale*

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100= melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:

Capacidade funcional  
Limitação por aspectos físicos

Dor  
Estado Geral de saúde  
Vitalidade

Aspectos Sociais  
Aspectos emocionais  
Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

**Domínio:**

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score range*) são fixos e estão estipulados na tabela a seguir.

Domínio	Pontuação da questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral da saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09(somente os itens a+e+g+i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b+c+d+f+h)	5	25

## Exemplos de cálculos

- **Capacidade funcional (ver tabela)**

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondetes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score range)}}$$

**Capacidade funcional:**  $\frac{21 - 10 \times 100 = 55}{20}$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- **Dor (ver tabela) – verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5, 4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos 9,4.**

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondetes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score range)}}$$

**Dor :**  $\frac{9,4 - 2 \times 100 = 74}{10}$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o calculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o individuo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.