



Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e a influência dos fatores sociodemográficos

Quality of life in liver transplant recipients and the influence of sociodemographic factors

Calidad de vida en receptores de trasplante de hígado y la influencia de los factores sociodemográficos

Maria Isis Freire de Aguiar¹, Violante Augusta Batista Braga¹, José Huygens Parente Garcia², Clébia Azevedo de Lima³, Paulo César de Almeida⁴, Angela Maria Alves e Souza¹, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim⁵

Como citar este artigo:

Aguiar MIF, Braga VAB, Garcia JHP, Lima CA, Almeida PC, Souza AMA, et al. Quality of life in liver transplant recipients and the influence of sociodemographic factors. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):411-418. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400006>

¹ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Departamento de Cirurgia, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem, São Luís, MA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To verify the influence of sociodemographic factors on the quality of life of patients after liver transplant. **Method:** Cross-sectional study with 150 patients who underwent liver transplant at a referral center. A sociodemographic instrument and the Liver Disease Quality of Life questionnaire were applied. The analysis of variance (ANOVA) was performed, as well as multiple comparisons by the Tukey test and Games-Howell tests when $p < 0.05$. **Results:** Old age had influence on domains of symptoms of liver disease ($p = 0.049$), sleep ($p = 0.023$) and sexual function ($p = 0.03$). Men showed better significant mean values than women for the loneliness dimension ($p = 0.037$). Patients with higher educational level had higher values for the domain of stigma of liver disease ($p = 0.014$). There was interference of income in the domains of quality of social interaction ($p = 0.033$) and stigma of the disease ($p = 0.046$). **Conclusion:** In half of the quality of life domains, there was influence of some sociodemographic variable.

DESCRIPTORS

Liver Transplantation; Quality of Life; Health Evaluation; Health Profile.

Autor correspondente:

Maria Isis Freire de Aguiar
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro Rodolfo Teófilo
CEP 60430-160 - Fortaleza, CE, Brasil
isis_aguiar@yahoo.com.br

Recebido: 29/10/2015

Aprovado: 20/04/2016

INTRODUÇÃO

As doenças hepáticas crônicas trazem alterações em diversos sistemas orgânicos, acarretando complicações que afetam o funcionamento físico e desempenho dos pacientes, incluindo câibras musculares, perda de massa, encefalopatia hepática e ascite, além de influenciar na sensação de bem-estar e satisfação com a vida do paciente, interferindo negativamente na qualidade de vida (QV)⁽¹⁾. Diante de doenças degenerativas e progressivas, o transplante de fígado é recomendado como alternativa terapêutica, possibilitando a reversão do quadro terminal e melhoria na qualidade de vida desses pacientes⁽²⁾.

Nos últimos 10 anos, o Brasil apresentou muitos avanços no setor, com criação de novos centros de transplantes e aumento do número de doadores de órgãos e de transplantes. Em 2014, existiam 64 equipes transplantadoras de fígado ativas, cadastradas no Sistema Nacional de Transplantes, que realizaram 1.775 transplantes de fígado, ocupando o segundo lugar em número de transplantes de órgãos sólidos⁽³⁾.

Diante dessa realidade, estudos sobre qualidade de vida desses pacientes tornam-se necessários, pois permitem conhecimento do impacto das doenças sobre as atividades diárias e obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tipos de tratamentos e análise de custos.

O aumento da preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos tem levado ao desenvolvimento e à aplicação de diversos instrumentos genéricos e específicos. No entanto, os instrumentos genéricos apresentam algumas limitações, no que se refere à identificação de domínios específicos relacionados às doenças em determinados estados de saúde. Por sua vez, os questionários voltados para avaliação em doenças específicas proporcionam maior especificidade e sensibilidade nesses pacientes do que na população em geral⁽⁴⁾.

Atualmente, foram criados questionários específicos de avaliação da qualidade de vida, aplicáveis em populações específicas, portadoras de determinadas condições patológicas, oferecendo como vantagem proporcionar uma análise mais detalhada do impacto e das limitações condicionadas pela doença na vida do indivíduo, identificando particularidades da situação. Dentre os instrumentos específicos para pacientes com doenças hepáticas, destacam-se o *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ), o *Liver Disease Symptom Index* (LDSI) e o *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL)⁽⁵⁾.

Durante levantamento bibliográfico sobre pesquisas que avaliam a qualidade de vida entre pacientes submetidos ao transplante hepático, percebeu-se a escassez de pesquisas com utilização de instrumentos específicos. No Brasil, foi identificado somente um estudo com aplicação do *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL)⁽⁶⁾, que foi utilizado nesta pesquisa.

Após o transplante, os pacientes enfrentam uma difícil rotina que envolve acompanhamento médico frequente,

realização de exames, riscos de complicações como rejeição e infecções, além da necessidade de terapia imunossupressora contínua e a mudança de hábitos. Apesar disso, estudos que avaliaram a qualidade de vida em receptores demonstraram impacto positivo do transplante de fígado na qualidade de vida⁽⁶⁻⁷⁾.

Contudo, aponta-se para a necessidade de realização de mais estudos para aprofundamento de outros determinantes de saúde que possam interferir na qualidade de vida dessas pessoas, incluindo os fatores demográficos e sociais, no intuito de oferecer subsídios para o planejamento do cuidado individualizado e integrado aos pacientes transplantados hepáticos, além de contribuir para a produção do conhecimento na área.

A identificação de pacientes com características de maior risco para apresentar decréscimo nos níveis de qualidade de vida e menor satisfação com os resultados do transplante pode contribuir com as equipes que atuam no transplante (assistentes sociais, enfermeiros e médicos) no desenvolvimento de intervenções precoces e abordagens multidisciplinares que potencialmente possam melhorar os resultados de qualidade de vida desses pacientes.

O objetivo deste estudo foi verificar a influência dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida dos pacientes depois do transplante de fígado.

MÉTODO

Estudo transversal, quantitativo, realizado em um Centro de Referência nacional em transplantes de fígado, na cidade de Fortaleza, Ceará.

A população do estudo foi composta por 425 pacientes submetidos ao transplante hepático no período de 10 anos de funcionamento da unidade, na faixa etária acima de 18 anos. Foi realizado o cálculo para a amostra finita, considerando o coeficiente de confiança de 95% e erro amostral de 4%.

Para determinação da amostra, foram utilizados os critérios de inclusão: receptores de transplante hepático há no mínimo seis meses, com idade a partir de 18 anos, procedentes de qualquer estado do país, em acompanhamento regular no serviço de transplante. O total da amostra foi de 150 pacientes.

Foram excluídos receptores transferidos para outros estados, pacientes submetidos aos transplantes de fígado por hepatite fulminante ou duplo fígado-rim, além de pacientes com deficiência auditiva que pudesse impedir a realização de entrevista.

A coleta de dados foi realizada de julho/2012 a janeiro/2013, quando foi aplicado um instrumento sociodemográfico e o questionário *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL) para avaliação da qualidade de vida, traduzido e validado para a população brasileira. Esse abrange 17 questões direcionadas aos sinais e sintomas da doença, além do efeito do tratamento na vida cotidiana, distribuídas em 12 domínios: sintomas relacionados à doença hepática (17 itens), efeito da doença hepática nas

atividades diárias (10 itens), concentração (7 itens), memória (6 itens), sono (5 itens), isolamento (5 itens), esperança (4 itens), qualidade da interação social (5 itens), preocupações com a doença (4 itens), estigma da doença hepática (6 itens), função sexual (3 itens) e problemas sexuais (3 itens)⁽⁸⁾.

Cada questão possui um sistema de resposta apropriada que avalia a frequência, intensidade ou concordância de afirmações em uma escala tipo Likert, com escores de respostas que variam de zero a seis pontos. A pontuação de cada item é convertida em valores de zero a 100, com posterior cálculo das médias das pontuações para cada domínio, no qual escores mais elevados representam maior qualidade de vida.

A versão original do instrumento LDQOL foi validada com adultos com doença hepática crônica avançada, candidatos ao transplante de fígado. Dessa forma, os autores destacaram que o instrumento seria útil em estudos que buscassem avaliar os resultados qualidade de vida de pacientes submetidos a transplante hepático ou a outras intervenções médicas e cirúrgicas para o tratamento da doença⁽⁹⁾.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa nos dias de retorno para consultas de acompanhamento pós-operatório no serviço de transplante. A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório de transplante hepático, antes e/ou após as consultas de seguimento pós-transplante, tendo o devido cuidado de proporcionar a privacidade necessária. O LDQOL foi administrado pelo pesquisador aos pacientes, após o sexto mês de transplante, em forma de entrevista, por preferência dos participantes da pesquisa, embora pudesse ser autoaplicável.

A análise dos dados foi realizada com suporte do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Na análise estatística descritiva, as variáveis categóricas foram representadas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%) e os resultados de escores dos domínios do instrumento LDQOL expressos por média e desvio-padrão (DP).

A Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada para verificar a existência de diferenças significativas das médias entre os grupos, de acordo com as variáveis sociodemográficas, e quando encontrado $p < 0,05$, foram aplicadas comparações múltiplas pelo teste de Tukey e Games-Howell. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

O estudo atendeu às normas nacionais e internacionais da ética em pesquisa com seres humanos. O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, sob o protocolo nº 041.06.12. Os pacientes autorizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos ao transplante de fígado está exposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos receptores de transplante de fígado segundo o perfil sociodemográfico – Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Características	N	%	
Sexo			
Masculino	120	80,0	
Feminino	30	20,0	
Idade (anos)			
			Média ± DP*
18-39	28	18,8	52,4 ± 12,9
40-59	70	47,0	
60-76	51	34,2	
Raça			
Branca	45	30,0	
Parda	90	60,0	
Negra	14	9,3	
Indígena	1	0,7	
Situação conjugal			
Com companheiro	102	68,0	
Sem companheiro	48	32,0	
Anos de estudo			
			Média ± DP*
Nenhum	12	8,0	9,8 ± 4,3
1-9	48	32,0	
10-12	56	37,3	
13-18	34	22,7	
Ocupação			
Ativos	58	38,7	
Aposentados	53	35,3	
Pensionistas, licença médica	24	16,0	
Nenhum	15	10,0	
Renda (Salário mínimo) †			
Nenhuma	15	10,0	
Até 2	65	43,3	
3 a 4	38	25,3	
5 a 10	20	13,3	
11 ou mais	12	8,0	

*DP: desvio-padrão. †R\$ 678,00, 2013, Brasil.

Nota: (n = 150)

Segundo perfil dos participantes houve predomínio do sexo masculino (80%); a faixa etária prevalente foi de 40 a 59 anos (47%), com média de 52,4 anos; a raça com maior proporção foi a de cor parda (60%) e a maioria vivia com companheiro (68%).

O grau educacional dos participantes revelou que a maioria (37,3%) completou entre 10 e 12 anos de estudo, seguida de 1 a 9 (32%), com média de 9,8 anos. Quanto à ocupação, 38,7% encontravam-se ativos profissionalmente e, dentre os inativos, 35,3% eram aposentados. A maioria dos participantes informou renda de até dois salários mínimos (43,3%).

Os resultados das médias obtidas nos domínios do LDQOL e suas relações com os aspectos sociodemográficos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise da influência das características sociodemográficas sobre os domínios de qualidade de vida da escala LDQOL depois do transplante de fígado – Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Variáveis	Domínios					
	Sintoma	Efeito	Concentração	Memória	Interação	Preocupação
	Média ± DP					
Idade (ano)	p = 0,049	p = 0,422	p = 0,336	p = 0,595	p = 0,221	p = 0,823
18-39	95,2±6,4‡	90,4±11,4	95,1±12,2	82,4±22,3	83,8±9,1	87,5±15,5
40-59	94,8±7,1§	92,5±10,1	92,7±15,4	83,8±21,2	85,2±11,3	88,8±15,4
60-76	91,3±10,8	89,9±12,9	89,9±16,4	79,6±24,0	81,6±11,4	87,1±15,7
	Média ± DP					
Sexo	p = 0,535	p = 0,316	p = 0,446	p = 0,964	p = 0,538	p = 0,121
Masculino	93,7±9,1	91,7±10,7	91,7±15,9	82,2±23,2	84,1±10,8	86,9±16,4
Feminino	92,5±8,1	89,4±13,4	94,0±12,2	82,4±18,8	82,7±12,2	91,8±10,2
	Média ± DP					
Estudo (ano)	p = 0,281	p = 0,536	p = 0,115	p = 0,710	p = 0,951	p = 0,741
Até 8	95,0±6,1	90,8±10,7	94,0±13,2	84,1±19,8	83,6±10,0	88,9±13,4
9-12	92,6±10,4	90,5±12,5	89,1±17,3	80,7±23,0	84,1±11,6	86,7±16,4
13-18	92,6±9,6	93,1±10,0	94,7±13,3	81,9±25,1	83,5±11,8	88,2±16,9
	Média ± DP					
Ocupação	p = 0,176	p = 0,300	p = 0,153	p = 0,177	p = 0,187	p = 0,208
Inativo	92,7±9,7	90,5±11,2	90,7±16,4	80,2±23,5	82,9±11,2	86,6±16,8
Ativo	94,7±7,4	92,4±11,5	94,4±12,9	85,3±20,1	85,3±10,6	89,9±13,0
	Média ± DP					
Renda(SM)	p = 0,570	p = 0,218	p = 0,255	p = 0,620	p = 0,033	p = 0,279
< 2	94,2±6,7	89,6±11,5	93,9±13,5	82,7±22,1	81,7±11,0‡	87,6±14,3
2-3	92,5±10,8	91,8±11,8	89,6±16,9	80,3±22,2	84,2±11,7	86,2±17,3
4-7	93,8±9,1	93,9±9,6	93,4±14,8	85,2±23,4	88,2±8,2	92,0±13,7

Variáveis	Domínios					
	Sono	Isolamento	Esperança	Estigma	Função sexual*	Problemas sexuais†
	Média ± DP					
Idade (ano)	p = 0,023	p = 0,521	p = 0,203	p = 0,937	p = 0,03	p = 0,173
18-39	82,2±16,0‡	94,8±13,0	93,4±10,0	94,4±7,7	91,3±8,6	88,8±19,2
40-59	79,7±16,6§	97,2±10,0	92,8±13,8	93,4±12,7	91,4±14,7§	94,1±22,9
60-76	72,6±17,3	94,8±15,3	88,1±20,0	93,7±11,5	81,0±23,4	81,9±29,7
	Média ± DP					
Sexo	p = 0,366	p = 0,037	p = 0,792	p = 0,934	p = 0,941	p = 0,661
Masculino	78,3±17,0	97,0±11,4	91,4±15,7	93,7±10,9	88,1±18,6	89,5±25,1
Feminino	75,2±16,9	91,7±16,0	90,5±16,0	93,5±13,4	88,5±10,2	83,3±27,8
	Média ± DP					
Estudo (ano)	p = 0,315	p = 0,148	p = 0,772	p = 0,014	p = 0,526	p = 0,734
Até 8	79,4±15,0	93,4±17,2	91,9±13,6	94,1±9,9‡	86,2±21,7	87,8±30,8
9-12	78,3±15,7	98,0±7,2	90,1±15,3	90,9±14,4§	87,7±17,9	89,4±26,8
13-18	73,9±21,6	96,2±11,0	92,2±19,6	98,0±4,5	91,6±7,5	87,9±18,6

continua...

...continuação

	Domínios					
	Sono	Isolamento	Esperança	Estigma	Função sexual*	Problemas sexuais†
	Média ± DP					
Ocupação	p = 0,400	p = 0,800	p = 0,374	p = 0,515	p = 0,168	p = 0,554
Inativo	76,8±18,1	95,7±13,8	90,3±17,0	93,2±10,2	86,0±21,6	84,5±31,7
Ativo	79,2±15,0	96,3±10,4	92,7±13,5	94,4±13,3	91,0±9,5	93,5±13,5
	Média ± DP					
Renda(SM)	p = 0,069	p = 0,257	p = 0,950	p = 0,046	p = 0,677	p = 0,017
< 2	78,8±16,4	94,0±16,0	91,6±13,8	93,6±11,8‡	88,6±16,5	98,1±7,8
2-3	74,1±17,1	97,6±8,8	90,7±15,4	91,6±12,7§	89,4±16,9	87,5±26,3
4-7	82,9±17,4	97,1±9,4	91,2±20,6	98,2±5,0	85,0±21,0	66,6±39,0

*O domínio Função sexual teve n = 94. †O domínio Problemas sexuais teve n = 42. ‡O primeiro e o terceiro grupos diferiram entre si. §O segundo e terceiro grupos diferiram entre si. Nota: (n = 150)

Com relação à faixa etária, no pós-transplante, os pacientes com idade igual ou maior de 60 anos apresentaram menores valores médios em 10 dos 12 domínios do LDQOL, em comparação com os demais grupos. A idade interferiu sobre os resultados nos domínios sintomas da doença hepática (p = 0,049), sono (p = 0,023) e função sexual (p = 0,03). Encontrou-se diferença significativa entre a faixa etária de 18 a 39 anos e 60 a 76 para o domínio sono (82,2 vs. 72,6; p=0,042) e entre a faixa de 40 a 59 anos e 60 a 76 para função sexual (91,4 vs. 81,0; p=0,033), com diferença mais fraca (p=0,060) entre as duas últimas nos domínios sintomas (94,8 vs. 91,3) e sono (79,7 vs. 72,6).

Quanto ao sexo dos participantes da pesquisa, foi observado equilíbrio entre os escores de qualidade de vida na maioria das dimensões no período pós-transplante. Os homens apresentaram melhores valores significativos de QV do que as mulheres somente na dimensão isolamento (97,0 vs. 91,7; p = 0,037).

Na análise da escolaridade, na maioria dos domínios não foi encontrada correlação entre anos de estudo e qualidade de vida dos participantes, havendo tendência para homogeneidade das respostas. Foi identificada diferença entre as médias apenas no domínio estigma da doença (p = 0,014), no qual os pacientes com 13 anos ou mais de estudo apresentaram maiores valores, em comparação com os grupos de menor nível de instrução. Diferenças significativas foram obtidas na comparação entre pacientes com até oito anos de estudo e de 13 a 18 anos (94,1 vs. 98,0; p=0,037) e entre os grupos com 9 a 13 anos e 13 a 18 anos (90,9 vs. 98,0 p=0,002). Não foram observadas correlações entre ocupação e qualidade de vida entre os domínios do LDQOL.

Com relação ao nível socioeconômico verificou-se associação entre renda e a qualidade de vida dos pacientes (r = -0,129; p = 0,001). A renda interferiu nos resultados somente dos domínios qualidade da interação social (p = 0,033) e estigma da doença (p = 0,046). Na análise de comparações múltiplas, os pacientes com renda inferior a dois salários mínimos (SM) apresentaram diferenças significativas quando comparados aos que recebiam entre quatro a sete SM nos domínios qualidade da interação social (81,7 vs. 88,2;

p = 0,008) e estigma (93,6 vs. 98,2; p = 0,027), enquanto o grupo com renda de dois a três SM diferiu daquele com renda de superior a quatro SM no domínio estigma (91,6 vs. 98,2; p = 0,003).

DISCUSSÃO

Os resultados referentes ao perfil demográfico indicam que a maioria dos participantes do estudo era do sexo masculino (80%), estava na faixa etária entre 40 e 59 anos (47%) e igual ou acima de 60 anos (34,2%), cor parda (60%) e vivia com companheiro (68%). A porcentagem de homens nesta pesquisa foi superior à encontrada em estudo brasileiro semelhante (67,3%)⁽⁸⁾ e mais próxima a outro estudo com candidatos ao transplante hepático (75,3%)⁽¹⁰⁾.

A análise da qualidade de vida após o transplante de acordo com o sexo demonstrou homogeneidade na maioria dos escores dos domínios do LDQOL. Esse resultado pode ser justificado pela diferença no número da amostra.

A faixa etária predominante foi reiterada por estudo nacional que analisou os resultados dos transplantes de órgãos e tecidos por um período de 10 anos, no qual foi observado que 49% dos receptores estavam na faixa etária entre 41 a 60 anos⁽¹¹⁾. Todavia, estudo internacional sobre diferenças sociodemográficas em serviços de transplante de fígado obteve percentual superior (79,3%), considerando o intervalo de idade de 40 a 65 anos⁽¹²⁾.

Neste estudo, houve associação entre idade mais avançada e declínio de escores de QV (p<0,05), nos domínios sintomas da doença hepática, sono e função sexual.

Os dados sobre raça divergiram de estudos internacionais, onde houve predomínio da raça branca entre receptores de transplante de fígado na Pensilvânia, com 75,8%⁽¹³⁾ e 95,6% em Centro Médico da Universidade de Pittsburgh⁽¹⁴⁾. Essas diferenças estão relacionadas às variações regionais no estado brasileiro, considerando que os dados foram proporcionais aos da população geral do Nordeste e Norte do país, correspondendo a 62,7% e 71,2% de cor parda, respectivamente, e esses foram os locais de maior procedência dos pacientes atendidos no centro de transplante pesquisado⁽¹⁵⁾.

Estudos que avaliam a interferência dos fatores demográficos na qualidade de vida de pacientes indicados ou submetidos ao transplante são escassos. Em pesquisa na Itália que comparou a qualidade de vida, antes e depois do transplante, as características demográficas não evidenciaram diferenças significativas entre os grupos⁽¹⁶⁾. Outro estudo, realizado em Cambridge, Inglaterra, incluindo pacientes com seguimento de 30 anos pós-transplante, demonstrou que receptores do sexo feminino e com idade maior que 60 anos foram importantes fatores associados com a redução no funcionamento físico da escala SF-36⁽¹⁷⁾.

O estado civil dos participantes esteve de acordo ao encontrado em pesquisa conduzida na Bélgica, na qual os pacientes transplantados de fígado eram majoritariamente casados, representando 69,8% da amostra⁽¹⁸⁾.

O nível de instrução dos pacientes foi considerado intermediário, pois 37,3% relataram escolaridade entre 10 e 12 anos e 40% tinham menos do que 10 anos de estudo, condizente ao encontrado em estudo brasileiro realizado com pacientes no pré e pós-transplante⁽¹⁹⁾, no qual a maioria tinha somente o ensino fundamental, e diferiu do encontrado em dois estudos internacionais em que 56,4% e 67,6% dos receptores de transplante de fígado tinham nível superior⁽²⁰⁻²¹⁾.

Nesta variável, identificou-se associação positiva entre anos de estudo e o nível de QV no domínio estigma da doença ($p = 0,014$), sem diferenças significativas para as demais dimensões avaliadas.

Diversos estudos têm abordado a influência dos aspectos socioeconômicos na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Assim, o grau de escolaridade é considerado um elemento importante na análise dos determinantes da saúde de uma população. Estudos têm demonstrado a relação entre as condições sociais e situação de saúde. Dentre essas, o nível educacional tem influência direta na atenção à saúde das pessoas, podendo afetar a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, o controle do ambiente, comportamentos de risco, prevenção e estilos de vida⁽²²⁾.

Em estudo que examinou a influência dos fatores socioeconômicos e demográficos na qualidade de vida de receptores de transplante de fígado, os pacientes com maior nível de educação tiveram escores significativos no SF-36 no domínio Funcionamento Físico⁽²⁰⁾.

Quanto à ocupação, a maioria (38,7%) dos pacientes encontrava-se profissionalmente ativa, seguida por aposentado (35,3%), corroborando com estudo no qual empregados e donas de casa somaram 37,3%⁽²³⁾.

Com o avanço da doença hepática crônica e suas manifestações clínicas, muitos pacientes ficam impossibilitados de trabalhar e precisam abandonar seus empregos, seja por motivos clínicos ou para realização do tratamento da doença em um centro de transplante fora da sua cidade. O retorno ao trabalho e participação social são parâmetros importantes na avaliação do sucesso do transplante de fígado, considerando todos os encargos físicos e sociais acarretados pela doença e necessidade de tratamento.

Neste estudo, não foi identificada correlação entre ocupação e qualidade de vida, entre os domínios do instrumento utilizado. A influência positiva da atividade laboral

na vida desses indivíduos foi destacada em estudo, o qual revelou que os receptores empregados obtiveram maior média de pontuações quando comparados aos desempregados/aposentados dentro dos seguintes domínios do SF-36: funcionamento físico ($p < 0,001$), papel físico ($p = 0,0012$), vitalidade ($p = 0,01$), funcionamento social ($p = 0,037$), dor corporal ($p = 0,14$) e saúde geral ($p = 0,0972$)⁽²⁰⁾.

Corroborando com esses dados, em outro estudo com 353 receptores de fígado na Finlândia, utilizando o instrumento *15D questionnaire* e avaliação da capacidade de trabalho, os autores identificaram que, entre os 347 respondentes, um terço de todos os pacientes estava empregado no momento do estudo, não havendo diferenças de acordo com a etiologia de indicação. Entre os entrevistados em idade ativa (20-65 anos de idade), com $n = 268$, 44% estavam ativos e os pacientes tiveram melhor QV do que os entrevistados em idade produtiva que não eram empregados, com diferença clinicamente importante e estatisticamente significativa ($p < 0,0001$)⁽²⁴⁾.

A renda predominante dos participantes do estudo foi considerada baixa, pois a maioria recebia até dois salários mínimos (43,3%) e de três a quatro (25,3%), totalizando 68,5% da amostra. Esses dados foram similares aos encontrados em um estudo retrospectivo realizado na Itália, com 221 receptores de transplante hepático, que teve 80% dos receptores com *status* socioeconômico baixo⁽²⁵⁾.

Diversos autores têm destacado a influência da renda sobre a saúde dos indivíduos, considerando que pessoas com maior nível de renda podem usufruir de melhor *status* de saúde, por permitir uso da renda na aquisição de bens e serviços de saúde (consultas médicas, medicamentos, planos de saúde, exames, tratamentos), além de melhores condições de moradia, educação e cuidados preventivos⁽²⁶⁾.

Estudo de caso-controle na Hungria, conduzido com 287 casos de doença hepática crônica e 892 controles, identificou que pessoas com situação financeira percebida como ruim ou muito ruim tiveram um risco 80% maior de desenvolvimento da doença, em comparação com pessoas com situação financeira boa ou muito boa⁽²⁷⁾.

Da mesma forma, estudo com pacientes submetidos ao transplante de fígado identificou que os resultados relativos à falência do enxerto, morte e ocorrência de complicações apresentaram melhores respostas naqueles com maior *status* socioeconômico. As taxas de mortalidade triplicaram em receptores com nível mais baixo (18,6%), quando comparados aos de alto nível (4,5%). As análises de regressão uni e multivariada de Cox revelaram que quanto mais elevado o grau de educação e *status* socioeconômico menor o risco de morte do paciente ($p = 0,05$, $p = 0,03$, respectivamente), sendo o *status* socioeconômico um preditor independente significativo de sobrevida global desses pacientes⁽²⁵⁾.

Salienta-se que, por se tratar de um estudo transversal, não foi possível verificar as informações sociodemográficas antes do transplante para efeito de comparação com o período pós-transplante. Assim, os resultados apontam para a importância de futuras pesquisas de caráter longitudinal para aprofundar o conhecimento das características estudadas e o impacto na qualidade de vida desses indivíduos.

Ademais, a generalização dos resultados é limitada aos contextos similares ao da realidade brasileira, considerando a variação das condições demográficas e sociais em diferentes países.

CONCLUSÃO

A análise dos aspectos sociodemográficos depois do transplante revelou que houve influência negativa do avanço

da idade sobre os escores dos domínios sintomas da doença hepática, sono e função sexual; homogeneidade dos resultados das médias por sexo, com valor superior significativo para o sexo masculino no domínio isolamento; e que receptores com maior nível de instrução obtiveram melhores escores no domínio estigma da doença. Os pacientes com maior renda obtiveram melhores valores nos domínios qualidade da interação social e estigma da doença.

RESUMO

Objetivo: Verificar a influência dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida dos pacientes depois do transplante de fígado. **Método:** Estudo transversal, com 150 pacientes submetidos ao transplante de fígado em um centro de referência. Aplicou-se um instrumento sociodemográfico e o questionário Liver Disease Quality of Life. Foi realizada Análise de Variância (ANOVA) e comparações múltiplas pelo teste de Tukey e Games-Howell, quando $p < 0,05$. **Resultados:** A idade avançada apresentou influência nos domínios: sintomas da doença hepática ($p=0,049$), sono ($p=0,023$) e função sexual ($p=0,03$). Os homens apresentaram melhores médias significativas do que as mulheres na dimensão isolamento ($p=0,037$). Pacientes com nível de instrução mais alto apresentaram maiores valores no domínio estigma da doença hepática ($p=0,014$). Houve interferência da renda nos domínios qualidade da interação social ($p=0,033$) e estigma da doença ($p=0,046$). **Conclusão:** Em metade dos domínios de qualidade de vida, houve influência de alguma variável sociodemográfica.

DESCRIPTORIOS

Transplante de Fígado; Qualidade de Vida; Avaliação em Saúde; Perfil de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la influencia de los factores sociodemográficos en la calidad de vida de los pacientes después del trasplante de hígado. **Método:** Estudio transversal, con 150 pacientes sometidos al trasplante de hígado en un centro de referencia. Se aplicó un instrumento sociodemográfico y el cuestionario Liver Disease Quality of Life. Se llevó a cabo el Análisis de la Varianza (ANOVA) y comparaciones múltiples mediante la prueba de Tukey y Games-Howell, cuando $p < 0,05$. **Resultados:** La edad avanzada presentó influencia en los dominios: síntomas de la enfermedad hepática ($p=0,049$), sueño ($p=0,023$) y función sexual ($p=0,03$). Los hombres presentaron mejores promedios significativos que las mujeres en la dimensión aislamiento ($p=0,037$). Pacientes con nivel de instrucción más alto presentaron mayores valores en el dominio estigma de la enfermedad hepática ($p=0,014$). Hubo interferencia de la renta en los dominios calidad de la interacción social ($p=0,033$) y estigma de la enfermedad ($p=0,046$). **Conclusión:** En la mitad de los dominios de calidad de vida, hubo influencia de alguna variable sociodemográfica.

DESCRIPTORIOS

Trasplante de Hígado; Calidad de Vida; Evaluación en Salud; Perfil de Salud.

REFERÊNCIAS

- Loria A, Escheik C, Gerber NL, Younossi ZM. Quality of life in cirrhosis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15(1):301-7.
- Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Organ and tissue transplantation: responsibilities of nurses. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2012 [cited 2015 Oct 20]; 21(4):945-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07022012000400027>
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2007 - 2014). *RBT [Internet].* 2014 [citado 2015 maio 14];20(4):3-Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>
- Saab S, Ng V, Landaverde C, Lee SJ, Comulada WS, Arevalo J, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in liver transplant recipients. *Liver Transpl.* 2011;17(5):567-79.
- Orr JG, Homer T, Ternent L, Newton J, McNeil CJ, Hudson M, et al. Health related quality of life in people with advanced chronic liver disease. *J Hepatol.* 2014; 61(5):1158-65.
- Gotardo DRM, Strauss E, Teixeira MCD, Machado MCC. Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. *Liver Int.* 2008;28(1):99-106.
- Matos MMPC. Impacto da doença e do transplante hepático na qualidade de vida de doentes com cirrose: estudo exploratório. *Cad Saúde [Internet].* 2011 [citado 2016 mar. 16];4(1):7-36. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/12486>
- Teixeira MCD, Ribeiro MFGS, Strauss E. A new insight into differences among non-cirrhotic and cirrhotic patients using the Liver Disease Quality of Life Instrument (LDQOL). *Ann Hepatol.* 2005;4(4):264-71.
- Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Rosen HR, Keefe EB, Artinian L, et al. Development and evaluation of the Liver Disease Quality of Life instrument in persons with advanced, chronic liver disease--the LDQOL 1.0. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(12):3552-65.
- Guimaro MS, Lacerda SS, Karam CH, Ferraz-Neto BH, Andreoli PBA. Psychosocial profile of patients on the liver transplant list. *Transplant Proc.* 2008;40(3):782-84.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes 10 anos: análise qualitativa [Internet]. São Paulo: ABTO; 2007 [citado 2009 jun. 18]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/RBT_10_Anos/RBT_10Anos_2007.pdf

12. Bryce CL, Angus DC, Arnold RM, Chang C-CH, Farrell MH, Manzarbeitia C, et al. Sociodemographic differences in early access to liver transplantation services. *Am J Transplant*. 2009;9(9):2092-101.
13. Bryce CL, Chang C-CH, Angus DC, Arnold RM, Farrell MH, Roberts MS. The effect of race, sex, and insurance status on time-to-listing decisions for liver transplantation. *J Transplant*. 2010;467976.
14. Stillely CS, DiMartini AF, Tarter RE, DeVera M, Sereika S, Dew MA, et al. Liver transplant recipients: individual, social, and environmental resources. *Prog Transplant* [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 30];10(1):68-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858345/>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2014 jan. 15]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
16. Sainz-Barriga M, Baccarani U, Scudeller L, Risaliti A, Toniutto PL, Costa MG, et al. Quality-of-life assessment before and after liver transplantation. *Transplant Proc*. 2005;37(6):2601-4.
17. Desai R, Jamieson NV, Gimson AE, Watson CJ, Gibbs P, Bradley JA, et al. Quality of Life up to 30 years following liver transplantation. *Liver Transpl*. 2008;14(10):1473-79.
18. Baere C, Delva D, Kloeck A, Remans K, Vanrenterghem Y, Verleden G, et al. Return to work and social participation: does type of organ transplantation matter? *Transplantation*. 2010;89(8):1009-15.
19. Rodrigues RTS, Bruscatto WL, Horta ALM, Nogueira-Martins LA. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida e sintomatologia depressiva de pacientes em fase pré e pós-transplante hepático. *Arq Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2008 [citado 2012 fev. 10]; 33(2):74-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2008/v33n2/a74-78.pdf>
20. Saab S, Bownik H, Ayoub N, Younossi Z, Durazo F, Han S, et al. Differences in health-related quality of life scores after orthotopic liver transplantation with respect to selected socioeconomic factors. *Liver Transpl*. 2011;17(5):580-90.
21. Jin S, Yan L, Li B, Wen T, Zhao J, Zeng Y, et al. Quality of life and psychologic distress of recipients after adult Living-Donor Liver Transplantation (LDLT): a study from Mainland China. *Transplant Proc*. 2010;42(7):2611-6.
22. Cabieses B, Zitko P, Pinedo R, Espinoza M, Albor C. ¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud?: una revisión de la literatura internacional. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;29(6):457-68.
23. Estraviz B, Quintana JM, Valdivieso A, Bilbao A, Padierna A, Urbina JO, et al. Factors influencing change in health-related quality of life after liver transplantation. *Clin Transplant*. 2007;21(4):481-90.
24. Åberg F, Rissanen AM, Sintonen H, Roine RP, Höckerstedt K, Isoniemi H. Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. *Liver Transpl*. 2009;15(1):64-72.
25. Gruttadauria S, Grosso G, Mistretta A, Pagano D, Scianna G, Vizzini GB, et al. Impact of recipients' socio-economic status on patient and graft survival after liver transplantation: the IsMeTT experience. *Dig Liver Dis*. 2011;43(11):893-8.
26. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estud Econ*. 2012;42(2):229-61.
27. Petrovski BE, Széles G, Melles M, Pataki V, Kardos L, Jenei T, et al. Behaviour does not fully explain the high risk of chronic liver disease in less educated men in Hungary. *Eur J Public Health*. 2010;21(5):662-6.