



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GABRIELLA CAVALCANTE LOPES

RETORNO AO TRABALHO APÓS O TRANSPLANTE HEPÁTICO

FORTALEZA

2019

GABRIELLA CAVALCANTE LOPES

RETORNO AO TRABALHO APÓS O TRANSPLANTE HEPÁTICO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Isis Freire de Aguiar.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L852r Lopes, Gabriella Cavalcante.
Retorno ao trabalho após o transplante hepático / Gabriella Cavalcante Lopes. – 2019.
53 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Maria Isis Freire de Aguiar .

1. Transplante hepático. 2. Retorno ao trabalho. 3. Emprego. I. Título.

CDD 610.73

GABRIELLA CAVALCANTE LOPES

RETORNO AO TRABALHO APÓS O TRANSPLANTE HEPÁTICO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

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

Enf.^a Mestranda Clébia Azevedo de Lima
Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais, irmã e namorado pelo amor, incentivo e apoio incondicional para que esse sonho se torna-se realidade.

A universidade, corpo docente, direção e administração que me proporcionaram expandir os meus horizontes a partir de experiências únicas vividas durante a graduação em enfermagem como bolsista de iniciação científica, bolsista de iniciação à docência, integrante em grupos de pesquisa e extensão, além da militância exercida através do Centro Acadêmico Grasiela Barroso.

A Prof.^a Dr.^a Maria Isis Freire de Aguiar, pelo aprendizado, confiança e excelente orientação, não somente na monografia, mas durante todos os momentos da graduação.

Aos participantes da banca examinadora Enf.^a Mestranda Clébia Azevedo de Lima e Prof. Dr. Paulo César de Almeida pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

A Liga Acadêmica de Enfermagem no Transplante, pelos momentos compartilhados, conhecimento produzidos e aprendidos, experiências únicas proporcionadas, além das reflexões, críticas e sugestões recebidas para o crescimento pessoal e profissional.

Aos profissionais do Ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio e as pesquisadoras Caroline Bessa, Camila Albuquerque, Gabriella Nogueira e Jeanne de Paula que tornaram possível o desenvolvimento da pesquisa.

Aos pacientes entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas.

A toda minha família e amigos, por me incentivarem e inspirarem através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades e comemorem junto a mim as vitórias alcançadas.

RESUMO

O transplante de órgão sólido é uma opção de tratamento para melhorar a qualidade de vida de pessoas de qualquer idade, que apresentam doença crônica de caráter irreversível e em estágio final. Neste contexto, o transplante hepático na vida moderna não pode mais ser considerado apenas para prolongar a sobrevivência, mas para alcançar a recuperação funcional completa e a reintegração psicossocial com um retorno à vida ativa e produtiva. O objetivo foi verificar quais fatores interferem no retorno ao trabalho para o paciente transplantado hepático. Estudo descritivo, observacional, transversal, realizado no ambulatório de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, de 2018 a 2019. A população do estudo foram todos os pacientes submetidos ao transplante de fígado na instituição, entre os anos de 2002 a 2018, totalizando 1.349 receptores. Foram incluídos na pesquisa pacientes submetidos ao transplante hepático acompanhados no Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC, no período total de 2002 a 2018, com idade a partir de 18 anos e com 3 ou mais meses de transplante. A amostra foi de 159 pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e análise de pasta-arquivos do ambulatório de transplante e dos prontuários do HUWC dos receptores de transplante de fígado. Segundo os dados obtidos, uma proporção substancial de receptores de TH é incapaz de retomar suas profissões/ocupações (55,3%) após o TH, o que pode ser considerado como um indicador objetivo de qualidade de vida e resultado funcional. Dessa forma, estudos de intervenção que visem melhorar a saúde física e mental pré e pós TH devem ser realizados para aumentar a capacidade dos pacientes ao retorno as atividades produtivas, uma vez que a níveis societários e econômicos, o emprego melhora a utilidade dos custos com os transplantes, reduzindo os custos da perda de produtividade, e, portanto, as altas taxas de emprego pós TH podem apoiar a justificativa para o financiamento de transplantes.

Palavras-chave: Transplante hepático. Retorno ao trabalho. Emprego.

ABSTRACT

Solid organ transplantation is a treatment option to improve the quality of life of people of any age, who present chronic disease of irreversible and final stage. In this context, liver transplantation in modern life can no longer be considered only to prolong survival, but to achieve complete functional recovery and psychosocial reintegration with a return to active and productive life. The general objective of the study was to verify which factors interfere in return to work for the liver transplant patient. This is a descriptive, observational, cross-sectional study with a quantitative approach that was performed at the hemodialysis clinic of the Walter Cantídio University Hospital (HUWC), Federal University of Ceará, during the years 2018 to 2019. The study population were all patients submitted to liver transplantation at the institution between 2002 and 2018, totaling 1,349 recipients. Included in the study were patients submitted to liver transplantation at the Walter Cantídio University Hospital / UFC, in the total period from 2002 to 2018, aged from eighteen years, coming from any state of the country, who were with the minimum period of 3 months post-transplantation. Patients with medical records and transplant folder-folder with incomplete data were excluded from the study and patients who were unable to communicate and interact at the evaluator's discretion. To estimate the sample, the calculation was used for the finite sample, totaling 180 participants, however the sample number was reduced to 159 patients after data collection and tabulation due to the loss of follow-up of the research as incomplete data and patient repetition. Data collection was performed through interview and file-folder analysis from the transplant outpatient clinic and the HUWC medical records of liver transplant recipients. Data analysis was performed in a descriptive and inferential manner, and the data were processed through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0. The research complied with the norms regulating research with humans, in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council, and Resolution 510/2016. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará / Pro-Rector of Research and Graduate Studies (UFC / PROPESQ) and by the Ethics Committee of HUWC, a research co-participant institution. According to the data obtained, a substantial proportion of HT receptors are unable to resume their occupations (55.3%) after HT, which can be considered as an objective and coarse indicator of quality of life and functional outcome. Thus, intervention studies that aim to improve physical and mental health before and after HT should be performed to increase patients' ability to return to productive activities, since at societal and economic levels, employment improves the usefulness of costs with reducing costs of lost productivity, and thus high post-HT employment rates can support justification for transplant funding.

Keywords: Liver transplantation. Return to work. Employment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| ABTO | Associação Brasileira de Transplante de Órgãos |
| HUWC | Hospital Universitário Walter Cantídio |
| RBT | Registro Brasileiro de Transplantes |
| PMP | Por Milhão de População |
| TH | Transplante Hepático |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | Objetivo geral | 13 |
| 2.2 | Objetivos específicos..... | 13 |
| 3 | HIPOTESES | 14 |
| 4 | METODOLOGIA | 15 |
| 4.1 | Tipo do Estudo..... | 15 |
| 4.2 | Período e local do estudo..... | 15 |
| 4.3 | População e amostra | 16 |
| 4.4 | Coleta e análise de dados | 17 |
| 4.5 | Aspectos Éticos | 18 |
| 5 | RESULTADOS | 19 |
| 5.1 | Caracterização e cruzamento das variáveis sociodemográficas com o retorno ao trabalho. | 19 |
| 5.2 | Caracterização e cruzamento das variáveis clínicas com o retorno ao trabalho..... | 20 |
| 5.3 | Caracterização e comparação dos aspectos trabalhistas antes e após o transplante hepático..... | 22 |
| 5.4 | Caracterização e cruzamento das variáveis de aspectos trabalhistas e retorno ao trabalho. | 23 |
| 6 | DISCUSSÃO | 25 |
| 6.1 | Caracterização sociodemográfica e retorno ao trabalho após o transplante hepático..... | 25 |
| 6.2 | Caracterização clínica e retorno ao trabalho após o transplante hepático..... | 26 |
| 6.3 | Caracterização dos aspectos trabalhistas antes e após o transplante hepático. | 29 |
| 6.4 | Caracterização das variáveis de aspectos trabalhistas e retorno ao trabalho. | 31 |
| 7 | CONCLUSÃO | 35 |
| | REFERÊNCIAS | 36 |
| | APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 40 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 45 |
| | ANEXO I – PARECER HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO | 47 |
| | ANEXO II – PARECER UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ | 50 |

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a medicina desenvolveu um arsenal tecnológico que tornou possível a reparação e substituição das funções dos órgãos. Dessa forma, o transplante permitiu manter com vida muitas pessoas vítimas de doenças que outrora não tinham possibilidade de sobreviver aos episódios de agudização ou progressiva cronicidade das doenças.

Os transplantes consistem em métodos cirúrgicos de substituição de um órgão ou tecido de um indivíduo para outro, sendo eles uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida dos pacientes, já que esses procedimentos são adotados como última alternativa terapêutica (MAYNARD *et al.*, 2016).

O transplante de órgão sólido é uma opção de tratamento para melhorar a qualidade de vida de pessoas de qualquer idade, que apresentam doença crônica de caráter irreversível e em estágio final. Desde o primeiro transplante realizado com sucesso em 1954, os transplantes de órgãos sólidos têm sofrido constante avanço no tratamento de doenças do rim, pâncreas, fígado, coração, pulmão e intestino. E eles estão previstos na Lei 9434/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Sendo, portanto, uma terapêutica que viabiliza a reintegração de indivíduos doentes à suas atividades cotidianas, melhorando assim, sua qualidade de vida (MEIRELLES JÚNIOR *et al.*, 2015).

Segundo o RBT 2018 a taxa de transplante hepático cresceu 15,4 % nesses seis anos, tendo passado de 9,1 pmp a 10,5 pmp, sendo 7,6% com doador vivo. Realizaram mais do que 20 transplantes hepáticos pmp, o DF (28,3 pmp), PR (27,5 pmp) e CE (23,3 pmp). No entanto, o RBT do primeiro trimestre de 2019 traz que pela primeira vez nesta década, a taxa de transplante hepático apresentou queda (6,7%), tanto no transplante com doador vivo (25%), quanto com doador falecido (5,2%), tendo recuado de 10,5 para 9,8 pmp, mais distante da meta para este ano (13 pmp) (ABTO, 2019).

Os prognósticos para os transplantes hepáticos são de sucesso, em 1 ano, a sobrevida com enxertos de doadores vivos é de 90% para os pacientes e de 82% para os enxertos; as taxas no caso de doadores mortos são de 86% e 82%, respectivamente. As sobrevidas totais para pacientes e enxertos são, respectivamente, de 79% e de 72% em 3 anos, de 73% e 65% em 5 anos. A sobrevida é melhor na insuficiência hepática crônica do que na aguda. A morte após 1 ano é rara e atribuível mais à recorrência da doença (p. ex., câncer,

hepatite) do que a complicações pós-transplante (MEIRELLES JÚNIOR *et al.*, 2015).

O sucesso dessa terapêutica, com relação à vivência do paciente é marcado por mudanças profundas, sobretudo no estilo de vida. Nova dieta, uso de imunossuppressores e alterações fisiológicas são marcos que levam os submetidos ao transplante hepático a adotarem uma nova forma de vida. É importante salientar que algumas das principais complicações após os transplantes, de uma maneira geral, são as infecções, como citou REQUIÃO-MOURA *et al.* (2015) que na maioria das vezes é consequência da não adesão ao novo estilo de vida.

Vários fatores influenciam na boa manutenção do enxerto: tomar os imunossuppressores regularmente, ir às consultas multiprofissionais periodicamente, não utilizar drogas mesmo que lícitas, fazer exames de acompanhamento, dentre outros. O primeiro mês após o transplante é um dos momentos mais importantes, visto que nessa fase o receptor está susceptível a diversas complicações. Uma das complicações mais comuns, como dito acima, é a rejeição.

Existem três tipos de rejeição: hiperaguda, aguda e crônica. A rejeição hiperaguda pode acontecer nas primeiras 24 horas do pós-transplante, ou até mesmo durante o ato cirúrgico e ocorre quando o receptor possui anticorpos contra o órgão a ser transplantado. A rejeição aguda é mais comum nos primeiros meses após o transplante, podendo ser tratada mais efetivamente. Já a rejeição crônica ocorre ao longo do tempo, e é caracterizada pela perda lenta e gradual da função do órgão (ABTO, 2015). É importante salientar que, segundo Thuraiajah *et al.* (2013), uma das maiores causas de indicação de retransplante tem sido a rejeição aguda.

No que concerne à qualidade de vida, muitos são os conceitos existentes. Na qualidade de vida após o transplante, como mostra Loria *et al.* (2013 *apud* AGUIAR *et al.*, 2016), as doenças crônicas do fígado trazem diversas complicações e afetam todo o funcionamento do organismo, incluindo encefalopatia, ascite e caibras, o que o pode levar a uma alteração negativa na qualidade de vida. Frente a esses problemas, está o transplante hepático, que vem como tratamento com o objetivo de, sobretudo, proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Segundo o estudo acima citado, o conceito de qualidade de vida relaciona-se à autoestima e bem-estar pessoal, compreendendo vários aspectos tanto físicos e funcionais, como relacionados à família, valores e estilo de vida. A mudança na qualidade de vida tanto no pré, quanto no pós-transplante é notória, requerendo cuidados tanto dos pacientes, como da equipe de saúde.

Dito isso, estudos que avaliem a capacidade dos pacientes submetidos ao transplante a retornarem as suas atividades de vida diária e adaptem sua rotina para obter uma maior qualidade de vida se fazem necessários, uma vez que, a possibilidade de avaliar o impacto do transplante na vida do paciente permite à equipe de saúde direcionar e proporcionar um melhor cuidado.

Para tanto, o retorno ao trabalho após o transplante é um dos aspectos mais importantes a serem discutidos por profissionais de saúde. O presente estudo trata-se do retorno ao trabalho após o TH. Por se trata de retorno a atividades anteriores ao transplante, que é considerado uma mudança extremamente importante para os clientes é importante destacar que esta atividade de retorno ao trabalho após o transplante hepático é permeada por um contexto social cheio de fatores que podem refletir na inatividade do cliente.

Parolin *et al.* (2001, p. 174) afirmam que:

As causas de não retorno ao trabalho após o TH nos 13 pacientes que permaneceram inativos foram: aposentadoria precoce (n = 5), desemprego (n = 4) e incapacidade física (n = 4). Nove dos 13 pacientes que não retornaram à atividade remunerada declararam-se, em análise subjetiva, capazes de retornar ao trabalho por apresentarem boas condições de saúde.

A realização do transplante hepático como uma saída para patologias que comprometem o fígado totalmente realmente tem muitas vantagens. O estudo citado acima demonstra que um dos objetivos do TH é promover o retorno ao trabalho para os pacientes, garantindo sua autonomia e estabilidade.

No período pós-transplante com os devidos cuidados o cliente vai adquirindo cada vez mais independência e assim aos poucos pode ir retornando as atividades normais anteriores ao transplante, portanto é muito importante a orientação promovida pela equipe de saúde quanto ao retorno ao trabalho após o transplante é necessário que sejam retiradas as dúvidas e que os pacientes se sintam confiantes para retornar ao trabalho e possam ter uma vida normal e saudável.

Esta temática é muito importante para ser trabalhado também nos cursos de graduação das faculdades como forma de orientar os profissionais sobre a importância e assim atingir também os pacientes.

É importante destacar que medidas eficientes precisam ser tomadas para alcançar o maior número de pacientes orientados, dentre essas medidas uma das mais importantes são as palestras sobre retorno ao trabalho pós-transplante fornecida pelos serviços de saúde onde

os profissionais podem orientar e retirar possíveis dúvidas dos clientes e tentar intervir e ajudar neste processo de retorno.

A condição produtiva de encontrar-se na mesma profissão, os novos projetos e as atividades produtivas de trabalho remunerado revelados neste estudo, corroboram outro estudo no qual é demonstrada que a origem da renda tem sido o trabalho remunerado e o tipo de atividade laboral após o transplante é o trabalho autônomo (PEREIRA; CARDOSO, 2017, p. 226).

É válido ressaltar que os pacientes também encontram dificuldades no retorno ao trabalho, por conta da condição de saúde alguns clientes não se sentem confiantes para retornar a profissão, além disso, é difícil manter a mesma profissão, mas com hábitos de vida diferente, já que o cliente após o transplante tem uma nova rotina, alimentação, dentre outros.

Pereira e Cardoso (2017, p. 226) afirmam que:

Já que apesar de desejarem regressar ao trabalho, os pacientes apresentam muitas dificuldades e necessitam de apoio no período de transição entre um período de restrições prévias ao transplante e o regresso a um estilo de vida semelhante ao que tinham antes dos problemas de saúde surgirem.

Além disso, o retorno do paciente as suas atividades requerem uma participação integral da família como apoio nesta volta, pois o paciente passará por uma fase de adaptação em que pode ocasionar estresse ou cansaço e até mesmo uma frustração, pois nem sempre os objetivos podem ser atingidos facilmente.

No período de pré-transplante é importante à família já ser orientada sobre este processo de retorno ao trabalho e que é possível a mudança de área de atuação, os profissionais de enfermagem na prestação do cuidado devem incentivar sempre o diálogo em família e a busca por mais informação com o médico e outros profissionais, como o psicólogo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar quais fatores interferem no retorno ao trabalho para o paciente transplantado hepático.

2.2 Objetivos específicos

- Definir o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos ao transplante de fígado;

- Identificar quais variáveis estão associadas ao retorno ao trabalho após o transplante;

- Comparar os aspectos trabalhistas do período pré e pós-transplante hepático;

- Verificar se os pacientes são devidamente orientados quando as possibilidades de retorno ao trabalho após o transplante hepático.

3 HIPOTESES

- Os pacientes após o transplante hepático adquirem saúde para retornar as suas atividades diárias, tais como o trabalho.

- Os pacientes após o transplante hepático adquirem qualidade de vida.

- Os pacientes após o transplante hepático sentem-se motivados a retornar as suas atividades de vida diária.

- Os pacientes são devidamente orientados quando ao retorno as atividades no pós-transplante.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa consiste na interpretação do objeto de estudo através de dados que possam ser quantificáveis, baseando-se na assertividade, que permite a realização de análises completas e passíveis de serem projetadas para um determinado público (HULLEY *et al.*, 2015).

Estudos do tipo descritivo possibilitam a descrição de incidências de patologias ou situações de interesse durante um período determinado, proporcionando conhecimento aos profissionais e gestores de uma determinada área ou setor que sirva de auxílio para caracterização dos pacientes dos serviços.

O estudo transversal descreve a situação em um dado momento e possibilita a identificação dos desfechos existentes dentro de uma população, sendo possível identificar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em diferentes graus de associação. Esse tipo de estudo tem como principais vantagens fácil exequibilidade, baixo custo e menor tempo para análise e obtenção de dados (ARAGÃO, 2011).

Utiliza-se de instrumentos para coleta de dados e de análises estatísticas para a avaliação dos resultados (moda, percentagem, média, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação etc.) e relevância do estudo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, na cidade de Fortaleza durante os anos de 2018 a 2019.

O Hospital Universitário Walter Cantídio é uma instituição de grande porte, localizado na cidade de Fortaleza - CE, que desempenha importante papel na assistência à saúde. É integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como centro de referência para a formação de recursos humanos, ensino, extensão e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Como centro de referência para ensino, funciona como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos da área da saúde da UFC, mas também recebe alunos de outras universidades do Ceará ou outros Estados.

Dentre os serviços oferecidos nas mais diversas especialidades médicas, realiza os transplantes de fígado, rim, medula óssea, pâncreas e córnea, sendo referência nacional em transplante hepático, especialmente para as regiões Norte e Nordeste.

O ambulatório de transplante hepático do HUWC é referência nacional e recebe pacientes de todo o Brasil. O ambulatório possui uma equipe multiprofissional que inclui as áreas de enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes no pré e pós-transplante de fígado.

4.3 População e amostra

A população do estudo foram todos os pacientes submetidos ao transplante de fígado na instituição selecionada para a pesquisa, entre os anos de 2002 a 2018, totalizando 1.349 receptores.

Foram incluídos na pesquisa pacientes submetidos ao transplante hepático acompanhados no Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC, no período total de 2002 a 2018, com idade a partir de dezoito anos, procedentes de qualquer estado do país, que estavam com o período mínimo de 3 meses pós-transplante, uma vez que durante esse período o paciente ainda está se adaptando a nova rotina e possui muitas restrições pós-operatórias.

Foram excluídos do estudo pacientes com prontuários e pasta-arquivo do transplante com dados incompletos, que impossibilitassem a coleta dos dados relevantes para a análise da pesquisa. Para a coleta de dados a partir de entrevista foram excluídos pacientes que estavam impossibilitados de comunicação e interação a critério do avaliador. No entanto, nenhum dos documentos e pacientes avaliados se enquadraram nos critérios de exclusão. Para estimativa da amostra, foi utilizado o cálculo para a amostra finita, totalizando 180 participantes. Conquanto, o número da amostra foi reduzido a 159 pacientes após a coleta e tabulação dos dados devido as perdas de seguimento da pesquisa como dados incompletos e repetição de pacientes.

$$n = \frac{\alpha^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + \alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n: Tamanho da amostra; α^2 : Coeficiente de confiança, expresso em desvio padrão; p:

Percentagem com a qual o fenômeno se verifica; q: Percentagem complementar (100-p); N: Tamanho da população; e e² = Erro máximo permitido.

$$n = \frac{2^2 \cdot 9.91 \cdot 1349}{4^2 \cdot (1349-1) + 2^2 \cdot 9.91} = 180$$

4.4 Coleta e análise de dados

A entrevista é uma técnica de coleta de dados utilizada quando o pesquisador visa obter informações acerca de sentimentos, atitudes, valores e comportamentos, podendo a partir das respostas dos entrevistados realizar associações, reflexões e inferências para realizar sua própria interpretação dos resultados (RIBEIRO, 2008, p.141).

A entrevista estruturada se desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados. Por possibilitar o tratamento quantitativo dos dados, este tipo de entrevista torna-se o mais adequado para o desenvolvimento de levantamentos sociais. Esse método permite rapidez na coleta de dados, custos relativamente baixos e análise estatística dos dados, já que as respostas obtidas são padronizadas (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e análise de pasta-arquivos do ambulatório de transplante e dos prontuários do HUWC dos receptores de transplante de fígado. A entrevista tem duração média de dez minutos, sendo realizada a partir de um instrumento semiestruturado elaborado pelo próprio pesquisador. O instrumento possui questões sobre retorno ao trabalho após o transplante como: tempo de transplante, comorbidades, imunossupressor utilizado, ocupação antes do transplante, recebimento de benefícios do governo, tempo de trabalho, motivação para o retorno as atividades e orientações quanto à possibilidade de retorno ao trabalho (APÊNDICE A).

A análise de dados foi realizada de forma descritiva e inferencial, sendo os dados processados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Na análise estatística descritiva, foram consideradas média, desvio padrão (DP), frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis. Na análise estatística inferencial, foi utilizado o teste do qui-quadrado para a comparação dos dados com a variável de retorno ao trabalho após o transplante hepático.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu às normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, e a Resolução 510/2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (UFC/PROPESQ) cujo número do Parecer é 2.402.635 e pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio, instituição coparticipante da pesquisa, parecer nº 2.613.912.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a fim de se seguir todos os princípios éticos com o respeito à dignidade e não maleficência dos pacientes. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores, garantindo-se sempre o anonimato. A pesquisa contribuirá para melhorar a assistência aos pacientes transplantados, apresentando apenas possíveis riscos de constrangimento ao paciente. A pesquisa faz parte de um projeto amplo que foi enviado inicialmente à Coordenação Geral do ambulatório de transplante hepático para aprovação prévia por se tratar de pesquisa envolvendo dados de prontuários e seres humanos.

Os pesquisadores assinaram um termo de compromisso para utilização de dados de prontuários médicos, comprometendo-se a garantir a confidencialidade dos participantes e preservar as informações dos prontuários e bases de dados médicas utilizadas. Além disso, foi autorizado pela Chefia do Setor de Arquivo Médico, mediante declaração de fiel depositário o uso dos prontuários e “pastas-arquivo”.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização e cruzamento das variáveis sociodemográficas com o retorno ao trabalho.

Conforme os dados descritos na tabela 1, verificou-se que a maioria dos pacientes foi do sexo masculino (68,6%), com a média de idade de 53,98 anos e média de 12,32 anos de estudo.

Em relação ao estado civil, observou-se um quantitativo de 68,6% participantes tinham companheiro(a) e 31,5% não tinham. No que se refere a procedência, identificou-se que 58,5% (n=93) dos pacientes transplantados eram provenientes de outros estados do Brasil, sendo 38,8% da região Norte e 26,4% da região nordeste sem contar o estado de realização da pesquisa, que foram os demais 23,91% dos participantes procedentes da capital e 17,6% do interior do estado.

Nos cruzamentos estatísticos realizados entre as variáveis sociodemográficas e o retorno ao transplante, através do teste Qui-quadrado de Pearson, não existiu associação entre elas, sendo representado pelo valor de $p > 0,05$.

Tabela 1 – Distribuição de variáveis sociodemográficas de receptores de transplante hepático. Fortaleza, CE, 2019.

| Variáveis | Dados gerais | | Retornou/ iniciou trabalho (n =) | | Não retornou ao trabalho (n =) | | Média | P |
|---------------------|--------------|------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|-------|----------|
| | N | % | n | % | n | % | | |
| Sexo | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Masculino</i> | 109 | 68,6 | 47 | 43,1 | 62 | 56,9 | | |
| <i>Feminino</i> | 50 | 31,4 | 23 | 46,0 | 27 | 54,0 | | |
| Idade | | | | | | | 53,98 | p > 0,05 |
| <i>19 a 39 anos</i> | 26 | 16,3 | 12 | 46,2 | 14 | 53,8 | | |
| <i>40 a 59 anos</i> | 66 | 41,5 | 29 | 43,9 | 37 | 56,1 | | |
| <i>60 ou mais</i> | 67 | 42,2 | 29 | 43,3 | 38 | 56,7 | | |
| Procedência | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Capital</i> | 38 | 23,9 | 19 | 50,0 | 19 | 50,0 | | |
| <i>Interior</i> | 28 | 17,6 | 12 | 42,9 | 16 | 57,1 | | |

Tabela 1 – Distribuição de variáveis sociodemográficas de receptores de transplante hepático. Fortaleza, CE, 2019. Continuação.

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|------|----|------|----|------|----------------|
| <i>Outro Estado</i> | 93 | 58,5 | 39 | 41,9 | 54 | 58,1 | |
| Estado Civil | | | | | | | - p > 0,05 |
| <i>Casado/União estável</i> | 109 | 68,6 | 49 | 45 | 60 | 55 | |
| <i>Solteiro/Separado/Viúvo</i> | 50 | 31,5 | 21 | 42 | 29 | 58 | |
| Escolaridade | | | | | | | 12,32 p > 0,05 |
| <i>Até 4 anos</i> | 26 | 16,3 | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | |
| <i>5 a 8</i> | 31 | 19,5 | 12 | 38,7 | 19 | 61,3 | |
| <i>9-11</i> | 4 | 2,5 | 0 | 0,0 | 4 | 100 | |
| <i>12 ou mais</i> | 98 | 61,6 | 47 | 48 | 51 | 52 | |

Fonte: elabora pela autora.

5.2 Caracterização e cruzamento das variáveis clínicas com o retorno ao trabalho.

Em relação à caracterização clínica descrita na tabela 2, as etiologias da doença hepática que conduziram à necessidade de transplante, as principais foram cirrose alcoólica (33,3%), carcinoma hepatocelular (28,9%), hepatite C (20,1%), cirrose criptogênica (18,2%).

A média dos anos de transplante foi de 55,76 meses (DP = 47,2) e a média dos valores de MELD pré-transplante foi de 20,90 (DP= 5,14). Dos 159 participantes, 107 (67,3%) afirmaram possuir comorbidades, sendo prevalentes Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, dos quais, respectivamente 66 (60%) e 52 (47,3%) dos 159 pacientes tinham essas doenças. A maioria dos entrevistados referiu fazer uso regular de medicações para tratamento dessas comorbidades. 67 pacientes apresentaram complicação após o transplante (42,1%) e 8 confirmaram ter voltado a fazer uso de álcool, cigarro e outras drogas (5%). Quanto ao uso de imunossupressores, 96,2% responderam que fazem uso de Tacrolimos, 35,2% de Mycofenolato, e 15,7% de Everolimus em um total de 100% para cada medicação utilizada e sem considerar as associações.

Nos cruzamentos estatísticos realizados entre as variáveis clínicas e o retorno ao transplante através do teste Qui-quadrado de Pearson não existiu associação entre as variáveis sendo representado pelo valor de $p > 0,05$.

Tabela 2 – Distribuição de variáveis clínicas de receptores de transplante hepático. Fortaleza, CE, 2019.

| Variáveis | Dados gerais | | Retornou/ iniciou trabalho (n =) | | Não retornou ao trabalho (n =) | | Média | P |
|---|--------------|------|---|------|--------------------------------------|------|-------|----------|
| | N | % | n | % | n | % | | |
| Etiologia | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Cirr. Alcoólica</i> | 53 | 33,3 | 27 | 50,9 | 26 | 49,1 | | |
| <i>Cirr. Criptogênica</i> | 29 | 18,2 | 14 | 43,8 | 18 | 56,3 | | |
| <i>Hep. C</i> | 32 | 20,1 | 10 | 34,5 | 19 | 65,5 | | |
| Tempo de transplante | | | | | | | 55,76 | p > 0,05 |
| <i>Até 1 ano</i> | 29 | 18,3 | 10 | 34,5 | 19 | 65,5 | | |
| <i>1 a 5 anos</i> | 78 | 49 | 35 | 44,9 | 43 | 55,1 | | |
| <i>Mais de 5 anos</i> | 52 | 32,7 | 25 | 48,1 | 27 | 51,9 | | |
| MELD | | | | | | | 21,90 | p > 0,05 |
| <i>Até 15</i> | 5 | 3,4 | 3 | 60 | 2 | 40 | | |
| <i>Maior ou igual a 15</i> | 142 | 96,6 | 61 | 43 | 81 | 57 | | |
| Comorbidade | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Sim</i> | 107 | 67,3 | 43 | 40,2 | 64 | 59,8 | | |
| <i>Não</i> | 52 | 32,7 | 27 | 51,9 | 25 | 48,1 | | |
| Complicações pós-transplante | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Sim</i> | 67 | 42,1 | 27 | 40,3 | 40 | 59,7 | | |
| <i>Não</i> | 92 | 57,9 | 43 | 46,7 | 49 | 53,3 | | |
| Faz uso de bebida alcoólica, cigarro e/ou outras drogas | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Sim</i> | 8 | 5,0 | 4 | 50,0 | 4 | 50,0 | | |
| <i>Não</i> | 151 | 95,0 | 66 | 43,7 | 85 | 56,3 | | |
| Imunossupressor utilizado | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Tacrolimus</i> | 153 | 96,2 | 68 | 44,4 | 85 | 55,6 | | |
| <i>Mycofenolato de sódio</i> | 56 | 35,2 | 28 | 50,0 | 28 | 50,0 | | |
| <i>Everolimus</i> | 25 | 15,7 | 9 | 36,0 | 16 | 64,0 | | |

Fonte: elaborado pela autora.

5.3 Caracterização e comparação dos aspectos trabalhistas antes e após o transplante hepático.

Conforme a tabela 3, a porcentagem de pacientes desempregados e aposentados aumentaram, respectivamente, de 5% e 11,9% no pré-transplante para 24,1% e 44,9% no pós-transplante. Enquanto os índices de empregados, trabalhadores autônomos e rurais diminuíram, respectivamente, de 37,1%, 30,8% e 6,3% no pré-transplante para 11,4%, 14,6% e 0,6% no pós-transplante. A quantidade de pacientes que recebiam benefício do governo no pré-transplante cresceu de 63 (39,6%) para 76 (47,8%) no pós. Quanto a existência de renda, 86,2% possuíam renda no pré-transplante e 93,7% após o transplante.

Conforme as variáveis descritas, verificou-se que mais da metade dos pacientes não retornaram ao trabalho após o transplante (55,3%). Segundo os dados descritos, dos pacientes que retornaram ao trabalho 69,2% voltaram a sua rotina laboral dentro de um ano, enquanto 19,8% em até dois anos e os demais 10,8% até cinco anos, tendo uma média de retorno ao trabalho, em meses, de 13,20.

Tabela 3 - Associação entre aspectos trabalhistas antes e após o transplante hepático. Fortaleza, CE, 2019.

| Variáveis | Pré-transplante | | Média | Pós-transplante | | Média |
|--------------------------------|-----------------|------|-------|-----------------|------|-------|
| | n | % | | n | % | |
| Situação Trabalhista | | | - | | | - |
| <i>Empregado</i> | 59 | 37,1 | | 18 | 11,4 | |
| <i>Desempregado</i> | 8 | 5,0 | | 38 | 24,1 | |
| <i>Autônomo</i> | 49 | 30,8 | | 23 | 14,6 | |
| <i>Trabalhador rural</i> | 10 | 6,3 | | 1 | 0,6 | |
| <i>Aposentado</i> | 19 | 11,9 | | 71 | 44,9 | |
| <i>Outros</i> | 14 | 8,8 | | 7 | 4,4 | |
| Benefício do governo | | | - | | | - |
| <i>Sim</i> | 63 | 39,6 | | 76 | 47,8 | |
| <i>Não</i> | 96 | 60,4 | | 83 | 52,2 | |
| Renda | | | - | | | - |
| <i>Possuía renda própria</i> | 137 | 86,2 | | 149 | 93,7 | |
| Retornou ao trabalho | | | - | | | - |
| <i>Sim</i> | - | - | | 70 | 44 | |
| <i>Não</i> | - | - | | 88 | 55,3 | |
| <i>Nunca trabalhou</i> | - | - | | 1 | 0,6 | |
| Se retornou, com quantos meses | | | - | | | 13,20 |
| <i>1 – 12 meses</i> | - | - | | 45 | 69,2 | |
| <i>13 – 24 meses</i> | - | - | | 13 | 19,8 | |
| <i>25 – 60 meses</i> | - | - | | 7 | 10,8 | |

Fonte: elaborado pela autora.

5.4 Caracterização e cruzamento das variáveis de aspectos trabalhistas e retorno ao trabalho.

Na tabela 04 alguns dados trabalhistas foram cruzados com a frequência de retorno ao trabalho. Na variável “Benefício do governo após o transplante”, o estudo demonstrou que a maioria dos pacientes que recebiam benefício do governo antes do transplante não retornaram ao trabalho (65,1%), com valor próximo ao significativo ($p < 0,06$).

Na variável “Dificuldade para retornar ao trabalho/ocupação” após o transplante, observou-se que 53,5% participantes tiveram algum tipo de dificuldade e 46,5% não tiveram, sendo que dos que tiveram dificuldade, a maioria (66,7%) não retornaram ao trabalho, com associação significativa ($p=0,002$). Das dificuldades enfrentadas para retornar ao trabalho, as mais prevalentes foram inaptidão física (57,2%) e relacionadas às mudanças de hábitos de vida (22,6%), exigidas para o tratamento do paciente transplantado.

A variável “Orientação do serviço sobre o tema” teve associação significativa com o retorno ao trabalho ($p=0,012$), demonstrando que dentre os 56% que afirmaram terem sido orientados sobre o tema pelos profissionais da equipe, a maioria dos pacientes (52,8%) retornaram ao trabalho e/ou atividades produtivas. Dentre os profissionais que forneceram orientações, destacaram-se enfermeiros (53,9%) e médicos (41,6%).

Ademais, as profissões/ocupações mais frequentes antes do transplante foram as do nível médio/técnico com 69,2% e as de nível superior com 21,2%. Quanto ao “Tempo de trabalho na profissão” apenas 28% dos que trabalhavam tinham até um ano na profissão e 72% tinham de 2 a 5 anos. No entanto, ambas variáveis tiveram o valor de $p > 0,05$, sendo não significativo para o cruzamento com a variável de retorno ao trabalho após o transplante.

Tabela 4 – Distribuição de variáveis de aspectos trabalhistas e retorno ao trabalho após o transplante hepático. Fortaleza, CE, 2019.

| Variáveis | Dados gerais | | Retornou/ iniciou trabalho (n =) | | Não retornou ao trabalho (n =) | | Média | P |
|---|--------------|------|---|------|--|------|-------|------------|
| | N | % | n | % | n | % | | |
| Situação Trabalhista antes do transplante | | | | | | | - | $p > 0,05$ |
| <i>Empregado</i> | 59 | 37,1 | 25 | 42,4 | 34 | 57,6 | | |
| <i>Desempregado</i> | 8 | 5,0 | 4 | 50,0 | 4 | 50,0 | | |

Tabela 4 – Distribuição de variáveis de aspectos trabalhistas e retorno ao trabalho após o transplante hepático. Fortaleza, CE, 2019. Continuação.

| | | | | | | | | |
|---|-----|------|----|------|----|------|-------|-----------|
| <i>Autônomo</i> | 49 | 30,8 | 26 | 53,1 | 23 | 46,9 | | |
| <i>Trabalhador rural</i> | 10 | 6,3 | 3 | 30,0 | 7 | 70,0 | | |
| <i>Aposentado</i> | 19 | 11,9 | 5 | 26,3 | 14 | 73,7 | | |
| <i>Outros</i> | 14 | 8,8 | 7 | 50 | 7 | 50 | | |
| Profissão/Ocupação antes do transplante | | | | | | | - | p > 0,05 |
| <i>Profissionais com nível superior</i> | 33 | 21,2 | 12 | 17,6 | 21 | 23,9 | | |
| <i>Profissionais de nível médio/técnico</i> | 108 | 69,2 | 48 | 70,6 | 60 | 68,2 | | |
| <i>Estudante</i> | 9 | 5,8 | 4 | 5,9 | 5 | 5,7 | | |
| <i>Dona de casa</i> | 6 | 3,8 | 4 | 5,9 | 2 | 2,3 | | |
| Benefício do governo antes do transplante | | | | | | | - | p = 0,06 |
| <i>Sim</i> | 63 | 39,6 | 22 | 34,9 | 41 | 65,1 | | |
| <i>Não</i> | 96 | 60,4 | 48 | 50,0 | 48 | 50,0 | | |
| Tempo de trabalho na profissão | | | | | | | 22,81 | p > 0,05 |
| <i>Até 1 ano</i> | 40 | 28 | 14 | 35 | 26 | 65 | | |
| <i>2 a 5 anos</i> | 103 | 72 | 46 | 44,7 | 57 | 55,3 | | |
| Dificuldades para retornar ao trabalho | | | | | | | - | p = 0,002 |
| <i>Sim</i> | 84 | 53,5 | 28 | 33,3 | 56 | 66,7 | | |
| <i>Não</i> | 73 | 46,5 | 42 | 57,5 | 31 | 42,5 | | |
| Orientação do serviço sobre o tema | | | | | | | - | p = 0,012 |
| <i>Sim</i> | 89 | 56 | 47 | 52,8 | 42 | 47,2 | | |
| <i>Não</i> | 70 | 44 | 23 | 32,9 | 47 | 67,1 | | |

Fonte: elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica e retorno ao trabalho após o transplante hepático.

No que concerne as características demográficas da população estudada, o maior percentual de participantes foi do sexo masculino com a porcentagem de 68,6%, dentre os quais 56,9 % não retornaram ao trabalho, estando de acordo com o estudo de Rudler *et al.* (2016) em que eram 73,2% homens.

Tendo também a prevalência de resultados de Rudler *et al.* (2016) previamente publicados, mostrando que os fatores associados ao retorno ao trabalho após a TH eram idade inferior a 40 anos, no entanto o atual estudo se diferencia já que o maior número de participantes tem 60 anos ou mais com 42,7% e com um uma porcentagem de 56,7% de não retorno ao trabalho dentre eles, além de 56,1% dentre os de 40 a 59 anos e 53,8% dentre os 19 a 39 anos.

Assim como De Baere *et al.* (2010) afirmam não houve diferenças significativas em relação a características demográficas no transplante de fígado, como também pulmão, coração e rins, para o retorno ao trabalho. Como base nisso, também é difícil afirmar pelos dados obtidos na atual pesquisa que o retorno ao trabalho era mais provável se o órgão transplantado fosse diferente, com idade mais jovem.

No que concerne à procedência dos participantes deste estudo a maior porcentagem são de pacientes de outro estado, com 58,5%, e dentre esses 58,1% não retornou ao trabalho, na literatura não foi encontrado dados semelhantes ou discordantes ao do estudo.

No atual estudo, os pacientes com mais anos de estudos (12 anos ou mais) representaram 61,6%, dentre esses 51% não retornaram ao trabalho, divergindo do estudo de Cowling *et al.* (2004), o qual realizou um estudo prospectivo com 88 homens e 61 usuários masculinos de pós TH e descobriu que homens com maior escolaridade (> 12 anos de escolaridade) relataram taxas de emprego mais altas do que seus pares com menor escolaridade (<12 anos) em 1 e 2 anos após transplante (45% vs 19%, respectivamente). Huda *et al.* (2015) afirmaram que estudos mais recentes tendem a relatar que os anos de escolaridade alcançados antes do TH têm um efeito significativo no emprego após o transplante.

Neste estudo, a maioria dos pacientes estavam casados/união estável e não retornaram ao trabalho, diferente do encontrado por De Baere *et al.* (2010), afirmaram que

voltar ao trabalho pós-transplante foi mais provável em pacientes casados.

6.2 Caracterização clínica e retorno ao trabalho após o transplante hepático.

No que tange às etiologias de doenças hepáticas que levaram ao transplante, observou-se similaridade entre os estudos, diferindo na ordem da frequência, considerando que a cirrose alcoólica foi a principal indicação ao TH, seguida por cirrose criptogênica e Hepatite C. A Hepatite C foi a principal causa de indicação ao transplante hepático no estudo de Saab *et al.* (2007), com 38,9% dos casos, a cirrose alcoólica ocorreu em 9,1% dos pacientes e a cirrose criptogênica em 7,5%. De modo semelhante é demonstrado por Sahota *et al.* (2006), em que a Hepatite causada por vírus C foi verificada em 38% dos receptores, enquanto as cirroses alcoólicas e criptogênica incidiram em 12% cada. Analisando o estudo atual, realizado 12 anos depois das pesquisas em comparação, verifica-se o etilismo como importante fator para desenvolvimento de cirrose alcoólica e posterior necessidade de transplante de fígado, uma vez que essa foi a etiologia mais incidente, com 33,3%.

O estudo francês realizado por Rudler *et al.* (2016) corrobora com esta análise, porque a principal etiologia da doença hepática estava relacionada ao álcool (32,5%), seguido de Hepatite C (26,1%), hepatite B (15,3%), cirrose biliar (5,1%), álcool e hepatite C (3,8%), etiologia autoimune (2,5%) e outras causas (14,7%), o carcinoma hepatocelular não foi citado no estudo. Ao passar dos anos pode-se observar mudanças nas etiologias mais incidentes, anteriormente predominava apenas a hepatite C, mas atualmente doenças de causa alcoólica, principalmente a cirrose vêm ganhando destaque, visto que a causa da cirrose envolveu histórico de alcoolismo crônico em 36,3% dos casos.

Ao analisar o retorno ao trabalho em relação ao tempo de transplante, no estudo atual, houve pouca adesão ao trabalho/ocupação profissional no primeiro ano de TH, já após um ano, a volta ao ofício teve relevante aumento, concordando com estudo de Åberg *et al.* (2009), no qual 6,3% dos pacientes retornaram ao trabalho em até 12 meses, e após esse período, 37,7 % dos indivíduos voltaram a exercer atividades laborais, enquanto os 56% restantes não voltaram ao trabalho em nenhum momento. Contudo, em estudo posterior desenvolvido pelos mesmos autores Åberg *et al.* (2016), observou-se o contrário do que ocorreu nas pesquisas, demonstrando que 32% dos pacientes retornaram a trabalhar durante o primeiro ano pós-transplante, enquanto 11% retornaram após esse período, e 57% permaneceram sem exercer atividades trabalhistas.

Similar a este estudo, a revisão sistemática realizada por Waclawski e Noone

(2018) observou, em três estudos norte-americanos, que ao associar a ocupação profissional após transplante hepático ao escore MELD, este não obteve significância. Os resultados de Batista *et al.* (2012) evidenciaram que os valores de MELD pré-operatório foram pouco precisos para prever a sobrevivência após transplante hepático. Assim como o escore MELD pré-operatório teve pouca acurácia na previsão do retorno ao trabalho, principalmente nos indivíduos com MELD até 15. A maioria dos pacientes (57%) com MELD >15 não voltou a trabalhar, entretanto essa porcentagem não foi expressiva o suficiente para definir valor do MELD pré-operatório como fator influenciador no retorno às atividades profissionais. Da mesma forma ocorreu no estudo de Huda *et al.* (2011), pacientes com MELD pré-operatório ≤ 21 apresentaram apenas 25,5 % de retorno ao trabalho, e dos receptores com MELD ≥ 22 , 23,7% voltaram a trabalhar, portanto o escore MELD pré-operatório não deve ser utilizado para prever o retorno ao trabalho.

As comorbidades prevalentes neste estudo foram Diabetes mellitus e Hipertensão, não havendo associação significativa com o retorno ao trabalho/ocupação. Segundo Åberg (2016), nos estudos americanos, o Diabetes Mellitus é um fator controverso no que se refere ao retorno ao trabalho, portanto foi inconclusivo. Assim como neste estudo, em que as porcentagens de retorno ou não ao trabalho foram bastante similares nos pacientes sem comorbidades. No tocante àqueles que possuíam comorbidades, os resultados não foram tão próximos, entretanto não se verificou maiores significâncias nesses achados, uma vez que durante o estudo não foram identificados outros fatores interligados a esse resultado. Em contrapartida, estudos voltados especificamente aos fatores preditores de retorno à ocupação profissional pós-transplante que foram revisados por Waclawski e Noone (2018) demonstraram que pacientes sem diabetes mellitus possuíam mais probabilidade de retornar ao trabalho após o transplante de fígado.

As principais complicações, neste estudo, foram rejeição e infecção, sendo que os resultados não demonstraram significância na previsão de retorno ao trabalho, uma vez que 59,7% dos pacientes que apresentaram complicações não retornaram à ocupação profissional, enquanto 53,3% dos transplantados sem complicações não voltaram a trabalhar. Não foram encontradas pesquisas que abordassem a relação entre complicações pós-transplante, principalmente rejeição aguda de enxerto e infecção, e o retorno ao trabalho, a fim de comparar resultados e discutir os achados. Åberg *et al.* (2009) também considera pertinente a realização de estudos futuros que busquem identificar quais condições clínicas e complicações mais impossibilitam o retorno ao trabalho em pacientes transplantados hepáticos.

No presente estudo, o uso de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas teve baixa

incidência, não se mostrando como fator preditor ao não retorno ao trabalho, visto que entre os pacientes que faziam e não faziam uso dessas substâncias, a taxa de retorno às atividades laborais foi similar. No estudo de Huda *et al.* (2011), apenas 20,9% dos pacientes com doença relacionada ao álcool estavam empregados no pós-transplante, essa foi a etiologia com menor retorno ao trabalho, mas o resultado não pode ser analisado isoladamente, já que receptores com doenças de outras etiologias também obtiveram índices de ocupação profissional semelhantes, como cirrose (22,9%), hepatites (26,5%) e HCC (28%). Entretanto, estudos revisados por Bravata *et al.* (2001) mostraram que no período pré-transplante 29% de pacientes com doença hepática causada pelo etilismo trabalhavam, assim como 59% dos demais pacientes, à medida que após 3 anos de transplante hepático, as porcentagens de indivíduos profissionalmente ativos foi de 33% e 80%, respectivamente ($p < 0,00001$) para cada intervalo.

Ou seja, a quantidade de indivíduos com doenças de causas não alcoólicas era mais elevada desde o pré-transplante, entretanto esses estudos sugeriram que uma leve maioria de receptores com doenças relacionadas ao álcool, em comparação àqueles com doenças não relacionadas, trabalhavam no período de 1 ano após o transplante, porém a longo prazo o retorno ao trabalho foi consideravelmente maior em pacientes com causas não alcoólicas. (BRAVATA *et al.*, 2001)

Åberg *et al.* (2012) identificaram que indivíduos transplantados por cirrose alcoólica e colangite esclerosante primária possuíam, respectivamente, 2,5 e 2,4 mais chances de retomar o trabalho após o transplante do que receptores com cirrose biliar primária. De acordo com Huda *et al.* (2015) o desenvolvimento de inibidores da calcineurina, como ciclosporina e tacrolimos, e o uso após o transplante de órgãos sólidos promoveu maior sobrevida aos pacientes ao diminuir as rejeições aguda e crônica de aloenxerto. A longo prazo, a quantidade de receptores vivos após o transplante hepático é 10 vezes maior do que o número de transplantes efetuados anualmente.

Nesse estudo não houve significância sobre os imunossuppressores como predição a não retornar ao trabalho, visto que os resultados foram bem equiparados, principalmente nos pacientes que tomavam micofenolato de sódio. Apesar de aumentar a sobrevida dos receptores, houve relatos de pacientes acerca dos inúmeros efeitos colaterais causados pelos imunossuppressores mais recentes que, por muitas vezes, geraram incapacidades físicas, impossibilitando-os de exercer atividades diárias e retornar ao trabalho.

6.3 Caracterização dos aspectos trabalhistas antes e após o transplante hepático.

Os resultados do presente estudo mostram que a porcentagem de empregados reduziu 25,7% entre os períodos pré e pós-TH, com valor superior ao encontrado em demais investigações. Uma revisão sistemática elaborada no Canadá, que estudou artigos de diversos países, trouxe taxas globais: 29% possuíam emprego antes do TH, e posterior ao TH 25% permaneceram empregados (WACLAWSKI; NOONE, 2018).

Huda *et al.* (2015) aponta que possuir emprego no período anterior ao transplante é preditor para melhor taxa de emprego no período após o procedimento. E estudos em outros países concordam que ter um emprego antes do transplante tornava-os mais propensos para o retorno ao trabalho. Segundo dados dos Estados Unidos da América (EUA), indivíduos que trabalhavam há 5 anos ou mais eram mais propensos ao retorno ao trabalho no período após o procedimento (SAHOTA *et al.*, 2006).

Através da análise dos dados do presente estudo, tornou-se perceptível que o Brasil se mostrou distante da realidade de alguns países, pois a taxa de desemprego foi elevada 24,1% no pós-TX em relação a 5% no pré. Outro exemplo, um estudo francês apontou o TH como fator protetor para o retorno ao trabalho, isto é, os dados do estudo neste país mostraram que a maioria dos transplantados hepáticos retornavam ao trabalho (RUDLER *et al.*, 2016).

Em relação às categorias profissionais, é possível perceber uma diferença nas taxas de retorno ao trabalho. Primeiramente, a taxa de trabalhadores rurais reduziu em 5,7% no pós-TH, dados semelhantes a outros países. Segundo Sahota *et al.* (2006), estudo dos EUA, pacientes que trabalhavam com esse tipo de atividades, por exemplo fazendeiros ou trabalhadores não qualificados que ocupavam empregos que exigiam habilidades físicas, eram menos propensos ao retorno ao trabalho.

Os trabalhadores autônomos reduziram em 16,2% entre o pré e pós-TH. Entretanto, Rudler *et al.* (2016) traz taxa de 14,4% de trabalhadores dessa classe no pré-TH e 14% após o procedimento. Mostrando uma diferença dentre os presentes dados e demais estudos.

Quanto à aposentadoria, através da análise dos dados pode-se associar o aumento do desemprego e a redução dos números de trabalhadores empregados, rurais e autônomos no pós-transplante ao aumento do número de aposentados, de 11,9% no pré-transplante para 44,9% após o procedimento. Além de contribuir para a redução na taxa de emprego, pode ser associado também ao aumento do número de indivíduos com benefícios do governo que,

antes do transplante, parte dessa população não recebia. Dados de outros estudos sobre aposentadoria, Waclawski e Noone (2018) apontam taxa de 16% no pré-TH e 40% no pós-TH. Pode-se perceber que a realidade brasileira sobre aposentadoria é bem semelhante a outros países.

Em relação ao benefício do governo, houve aumento de 39,6% para 47,8%, divergindo de estudo realizado nos EUA, o qual mostrou que 70,5% dos indivíduos recebiam auxílio governamental antes do TH e 28,1% após (SAAB *et al.*, 2007).

No Brasil, esse aumento nos indivíduos com auxílio do governo pode ser considerado fator associado ao não retorno ao trabalho. Fato também encontrado em estudo dos EUA, que afirmava que quem recebia benefício do governo antes do procedimento, era menos propenso a voltar às atividades trabalhistas (SAHOTA *et al.*, 2006). Já Saab *et al.* (2007) dizem que a cobertura de seguro afetou negativamente sua decisão de procurar emprego após o transplante.

Sobre a renda própria, houve aumento de 86,2% para 93,7% no pré e pós-TH, respectivamente. Dado que gera dúvida, por não terem retornado ao trabalho, esperava-se que reduzisse o número de indivíduos que possuísse renda própria. Porém, houve aumento, sendo relacionado, na verdade, aos benefícios do governo que receberam a partir do TH.

A respeito das taxas de retorno ao trabalho, 55,3 % da população não retornou ao trabalho. Uma grande parcela dos transplantados hepáticos não retornou ao trabalho, diferente de estudos semelhantes em outros países. Em estudo francês de 2015, a taxa de retorno foi de 43,1% (RUDLER *et al.*, 2015).

O tempo de retorno ao trabalho do presente estudo teve média de 13,2 meses e cerca de 20% retornando em até 24 meses. Apesar da orientação dos serviços de referência para retorno às atividades diárias, como trabalho, estudo, atividades básicas diárias é um tempo de 3 meses, com a avaliação clínica e laboratorial.

Diante dessa situação, faz-se necessário investigar as possíveis motivações para o não retorno ao trabalho. Através da percepção dos pesquisadores, as hipóteses que podemos levantar são de medo por desconhecimento, acomodação, não adaptação ao novo estilo de vida, entre outros.

Ao buscar na literatura, Saab *et al.* (2007) afirma que a maioria dos receptores retornou ao trabalho dentro de um ano de transplante. Em outros países, como na França, o tempo de retorno ao emprego em 1 ano ocorreu em 33,8% da população estudada. No mesmo estudo, 43,3% retornou em 2 anos e 43,9% retornou logo após alta hospitalar.

O mesmo estudo aponta que 42,3% estavam prontos, segundo avaliação médica,

para o retorno ao trabalho. Porém, apenas 21,8% retornou entre 6 e 11 meses. Como causas, Rudler *et al.* (2016) fala que 53,3% dos pacientes transplantados não retornaram ao trabalho devido perceberem-se com deficiência para desempenhar tais atividades. O estudo mencionado anteriormente, diz que outras causas também são associadas ao desemprego pós-TH, como problemas de saúde, incapacidade, início da vida e medo de perder a incapacidade ou acomodação por receber benefícios.

Entre os pacientes que não estavam trabalhando após o TH, 65% citaram problemas de saúde como a razão para não trabalhar; 20% dos desempregados perderiam sua cobertura de seguro de saúde se retornassem ao trabalho; 10% não conseguiram encontrar um trabalho que correspondesse às suas habilidades profissionais e os restantes 5% não tiveram que trabalhar devido ao apoio do cônjuge (SAHOTA *et al.*, 2006).

Na Finlândia, 57% não retornaram ao trabalho, dentre as causas: 15% foi devido aposentadoria por idade antes do TH; 3% aposentaram-se após TH devido idade; 3% eram estudantes; 42% devido aposentadoria precoce devido a doença hepática; 9% desempregados; e os demais 18% foi aposentadoria precoce por outros motivos (ÅBERG *et al.*, 2009).

Como aponta Waclawski e Noone (2018), os determinantes do não retorno ao trabalho são complexos e multifatoriais, cabe as equipes dos serviços de TH minimizar, através da orientação, fatores como desconhecimento físico; problemas de saúde mental, como depressão.

A orientação também pode contribuir em outros determinantes que dizem respeito ao período pré-transplante, o estudo anterior relata que por possuírem doença crônica constitui outro fator pois a situação saúde-doença causa alterações na rotina. Além disso, o estudo relaciona a doença crônica à sarcopenia, trazendo-a como outro fator associado. O tempo de espera para o início do processo doação-transplante também é considerado um determinante.

6.4 Caracterização das variáveis de aspectos trabalhistas e retorno ao trabalho.

Um estudo de revisão sistemática da Universidade de Alberta, Canadá descreveu que os paciente se encontravam empregados antes do transplante hepático pareciam ter maior chances de retornar ao trabalho após o transplante do que aqueles sem emprego (WACLAWSKI; NOONE, 2018). Huda *et al.* (2015) já haviam confirmado em estudos anteriores que os pacientes empregados antes do TH tinham 4,8 vezes mais propensão a serem empregados após o TH do que os desempregados. No entanto, no presente estudos dos 59 pacientes empregados anteriormente ao TH, 57,6% não retornaram ao trabalho e 42,4%

retornaram. Tais variáveis não expressam significância como fatores preditores ou não do retorno ao trabalho após TH como encontrados em alguns dos estudos citados acima.

Por conseguinte, os 49 pacientes trabalhadores autônomos pré-transplante obtiveram maiores índices de retorno ao trabalho no pós-transplante com 53,1% em relação a 46,9% dos que não retornaram. O aumento dessas taxas pode ser justificado devido aos 26,3% dos pacientes aposentados que passaram a exercer alguma atividade autônoma após o TH. Além do que, dos 8 pacientes que se encontravam em situação de desemprego pré-transplante, 50% desses iniciaram alguma atividade produtiva pós-transplante

Waclawski e Noone (2018) também constataram em sua pesquisa que o tipo de ocupação parecia ser outro fator importante para o retorno ao trabalho, uma vez que os trabalhadores pouco qualificados e com atividades mais exigentes fisicamente são menos propensos ao retorno ao trabalho do que os executivos, administradores ou gerentes. Em contrapartida ao estudo destacado acima, observou-se na análise dos dados que os profissionais de nível médio/técnico (70,6%) e as donas de casa (5,9%) obtiveram maiores taxas de retorno ao trabalho/atividades do que os profissionais de ensino superior (23,9%) e os estudantes (5,7%). Tal situação pode-se atribuir ao cenário econômico atual, no qual há maior ofertada de empregos no mercado de trabalho para a mão de obra menos qualificada, devido às baixas remunerações que geram maior rentabilidade aos empregadores.

Os benefícios por incapacidade e aposentadoria precoce servem para garantir a estabilidade financeira, no entanto o acesso de longo prazo a benefícios ou aposentadoria está condicionado à elegibilidade por invalidez, idade ou tempo de trabalho. Sendo que os beneficiários por TH podem evitar procurar trabalho e contar com a renda de invalidez para garantir a estabilidade financeira, a comodidade e a assistência médica, por medo ou falta de informação sobre como pode ser o retorno ao trabalho após o transplante. Segundo os dados desta pesquisa, 65,1% dos pacientes que recebiam benefícios pré-TH não retornaram ao trabalho após o TH. Em concordância, 12% a 20% dos recebedores de TH desempregados em estudos nos EUA relataram que não estavam trabalhando devido ao medo de complicações e de perder a assistência médica pública (ÅBERG, 2016).

Claramente, o conceito de incapacidade pós-TH estende-se para além do estado de saúde, mas fatores como estar perto da idade de aposentadoria pode diminuir a disposição de tentar retomar o trabalho e, em alguns países, permitir pensão de invalidez por razões mais favoráveis aos comodismos desses pacientes. Portanto, os aspectos de saúde e estado funcional que prejudicam a capacidade de trabalho dos pacientes de TH ainda é entendida de forma incompleta, pois pacientes transplantados que voltam a força de trabalho têm melhor

qualidade de vida relacionada à saúde do que os desempregados, principalmente atribuída a diferenças nas dimensões da saúde física e fadiga (ÅBERG *et al.*, 2009). A fadiga pode desencadear um ciclo vicioso, levando à inatividade e redução da aptidão física, aumentando ainda mais a fadiga. A fadiga raramente se resolve por si só, e nenhuma associação clara foi encontrada com complicações médicas pós TH ou imunossupressão (ELLIOTT *et al.*, 2011).

As dificuldades de retornar ao trabalho após o transplante hepático foram identificadas como um dos fatores que interferem no retorno ao trabalho, já que 84 (53,5%) dos pacientes relataram ter dificuldades para retornarem as suas atividades de vida diárias. Das barreiras enfrentadas as mais frequentes foram 57,2% por inaptidão física e 22,6% relacionadas às mudanças de hábitos de vida exigidas para o tratamento do paciente transplantado. Ademais, pode-se verificar que a média do critério de gravidade da doença hepática, conforme avaliada pelo escore MELD dos pacientes incluídos no estudo, foi alta (21,90), ou seja, apesar de esta não ser uma variável significativa direta com o retorno ao trabalho, mas ela pode estar relacionada com as dificuldades enfrentadas por esses pacientes após o TH, devido a mesma representar uma doença de alta gravidade que debilita o paciente para o enfrentamento físico e mental do processo de transplante em todos os seus estágios.

Com isso, o estudo de Hallsworth *et al.* (2016) analisa que o baixo condicionamento físico do paciente enquanto aguarda o transplante está associando à pior sobrevivência e pior desempenho no emprego, sugerindo a necessidade de uma melhor "reabilitação" do paciente durante todos os períodos do TH. Pacientes com melhor aptidão cardiorrespiratória antes da cirurgia parece ter melhores resultados pós-operatórios, com menores taxas de complicação. A habilitação prévia, tanto física como psicológica, para melhorar a capacidade funcional dos pacientes antes de uma operação pode permitir que eles suportem o estresse da cirurgia, otimizando a reserva metabólica e funcional e pode ser continuado no pós-operatório, melhorando a recuperação pós-TH. Sabe-se que os candidatos são cronicamente doentes, pois apresentam sequelas, como a sarcopenia, sendo esse reconhecido como um fator de mortalidade enquanto espera por um transplante e pós-transplante. Reflete também a natureza severa da doença dos destinatários (MONTANO-LOZA *et al.*, 2012). Tal perda de massa e força muscular foi um fator relacionado ao não retorno ao trabalho pós-TH, descrito pelos pacientes dentro das causas de incapacidade física.

Potenciais restrições ocupacionais incluem complicações médicas e cirúrgicas, como risco de hipoglicemia com diabetes pós-transplante e suscetibilidade à infecção secundária à imunossupressão. No entanto, faltam dados concretos (ÅBERG, 2016). O grupo da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas identificou algumas ocupações de risco para

o paciente transplantado hepático, como trabalho com animais, trabalho de assistência médica, trabalho de construção e trabalho externo. No entanto, há poucas diretrizes para orientar decisões relativas a restrições ocupacionais, e o grupo recomenda o aconselhamento de ocupações e sensibilizando que a maioria dos empregos pode ser mais segura por meio de medidas simples, incluindo vacinação, uso de máscaras, mudança de função e outras medidas, principalmente, durante períodos de imunossupressão intensificada.

Face ao exposto, é notório que o retorno ao trabalho para indivíduos transplantados hepáticos é multifatorial e complexo. Para finalizar, obteve-se como fator determinante para o retorno ao trabalho após o TH as orientações, sobre trabalho e retorno as atividades de vida diárias, dadas pelos profissionais do serviço ambulatorial de transplante aos pacientes no período pré-TH, pois embora pouco abordado, tem grande importância. Como demonstra os dados dos 159 pacientes estudados, 89 afirmaram ter recebido alguma orientação sobre o tema e desses que foram orientados 52,8% retornaram a suas atividades de vida diárias.

Segundo, Negreiros *et al.* (2016), a orientação fornecida pela equipe multiprofissional no período pré-transplante é importante pois permite que o indivíduo que aguarda na fila para transplante e seus familiares se sintam seguros e confortáveis para expressarem seus sentimentos e dúvidas. Gerando esse ambiente de acolhida, proporciona a criação de um laço entre paciente e profissional colaborando para que todas as dimensões sejam contempladas, inclusive a relacionadas ao trabalho.

Ademais das orientações pré-TH, no período pós-transplante, dentre os procedimentos de alta, a equipe deve orientar os transplantados sobre como será a vida nesse período de recuperação e retorno a vida social e produtiva. Essas orientações abordam sobre os medicamentos, cuidados, higiene, alimentação, controle de exames laboratoriais, consultas e sinais vitais, atividades indicadas e contraindicadas, retorno ao trabalho e atividade física. Através de busca nas bases de dados e site da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2015) percebe-se que o retorno ao trabalho após o TH é pouco enfatizado nos trabalhos científicos e demais literaturas destinadas a esse público.

7 CONCLUSÃO

O retorno à vida ativa e produtiva é um dos principais objetivos do transplante de fígado que se tornou um importante indicador de recuperação funcional e reintegração social dos pacientes após o TH. Com isso, a capacidade de retomar o trabalho está se tornando um parâmetro de resultado relevante para qualquer centro de transplante. No entanto, a definição de emprego e trabalho precisa ser padronizada nos estudos, e os mecanismos por trás das deficiências/dificuldades pós-transplante ainda são pouco compreendidos.

Apesar de melhorias marcantes na qualidade de vida e no status funcional, uma proporção substancial de receptores de TH não consegue retomar um emprego remunerado. O desemprego e a aposentadoria precoce constituem uma ameaça à saúde física e psicossocial e prejudica a utilidade dos custos de TX através da perda de produtividade. Face ao exposto, estudos de intervenção que visem melhorar a saúde física e mental pré e pós TX devem ser realizados para identificar o impacto sobre a capacidade de retornar ao emprego, fazendo-se necessário a realização de uma avaliação de saúde física e psicológica pré e pós TX para que os profissionais de saúde possam traçar planos de intervenções junto ao paciente e a família com o objetivo de facilitar a reabilitação dos pacientes ao retorno das suas atividades de vida diárias após o TH, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

Ademais, para os pacientes após o TH a realização de algumas modificações adequadas no local de trabalho, apoio ao empregador e práticas flexíveis contribuiriam para a participação desses no trabalho remunerado em geral.

Contudo, o presente estudo apresentou limitação quanto a inexistência de artigos brasileiros publicados nas bases de dados nos últimos 18 anos, dessa forma, não foi possível realizar a comparação dos dados encontrados na pesquisa atual com dados econômicos, demográficos e culturais semelhantes aos que foram coletados. Por conseguinte, essa é uma pesquisa de grande relevância nacional e internacional, uma vez que apresenta novos dados sobre o retorno ao trabalho após o transplante, depois de 18 anos da publicação da primeira pesquisa no Brasil essa temática.

REFERÊNCIAS

ÅBERG, F.; RISSANEN, A. M.; SINTONEN, H.; ROINE, R. P.; HÖCKERSTEDT, K.; ISONIEMI, H. Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. **Liver Transplantation**, v. 15, n. 1, p. 64-72, 2009. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lt.21651>. Acesso em: 14 abr. 2019.

ÅBERG, F.; HÖCKERSTEDT, K.; ROINE, R. P.; SINTONEN, H.; ISONIEMI, H. Influence of liver-disease etiology on long-term quality of life and employment after liver transplantation. **Clinical Transplantation**, v. 26, n. 5, p. 729-735, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-0012.2012.01597.x>. Acesso em: 18 abr. 2019.

ÅBERG, F. From prolonging life to prolonging working life: Tackling unemployment among liver-transplant recipients. **World Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 22, n. 14, p. 3701-3711, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814733/pdf/WJG-22-3701.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2019.

AGUIAR, M. I.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C.; GARCIA, J. H. P.; LIMA, C. A. L. Gravidade da doença hepática e qualidade de vida no transplante de fígado. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 107-14, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000100107&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2018.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Rev. Práxis.**, Volta Redonda, v. 3, n. 6, 59-62, ago. 2011. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>. Acesso em: 9 abr. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado: 2011-2018**. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes 2019** Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-1%20trim%20%20Pop.pdf> Acesso em: 09 mai. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Manual de orientação ao paciente em transplante**, 2015. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/GAT/Manual_GAT_Congresso2015.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

DE BAERE, C. *et al.* Return to Work and Social Participation: does type of organ transplantation matter?. **Transplantation**, v. 89, n. 8, p. 1009-1015, 2010. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/tp.0b013e3181ce77e5>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

BATISTA, T. P. BERNARDO DAVID SABAT, B. D.; MELO, P. S. V.; MIRANDA, L. E. C.; FONSECA-NETO, O. C. L.; AMORIM, A. G.; LACERDA, C. M. Emprego do escore MELD para a predição da sobrevivência pós-transplante hepático. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 39, n. 2, p.105-111, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n2/05.pdf>.

BRAVATA, D.; OLKIN, I.; BARNATO, A. E.; KEEFFE, E. B.; OWENS, D. K. Employment and alcohol use after liver transplantation for alcoholic and nonalcoholic liver disease: A systematic review. **Liver Transplantation**, v. 7, n. 3, p. 191-203, 2001. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1053/jlts.2001.22326>. Acesso em: 06 mai. 2019.

BRITTO JÚNIOR, A. F.; FERES JÚNIOR, N. A. Utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência.**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: <http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200/186>. Acesso em: 13 jun. 2018.

COWLING, T.; JENNINGS, L. W.; GOLDSTEIN, R. M.; SANCHEZ, E. Q.; CHINNAKOTLE, S.; KLINTMALM, G. B.; LEVY, M. F. Societal reintegration after liver transplantation: findings in alcohol related and non-alcohol related transplant recipients. **Ann Surg**, v.1, n. 239, p. 93-98, jan. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356198/>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

ELLIOTT, C.; FRITH, J.; PARIMAN, J.; JONES, D. E.; NEWTON, J. L. Reduction in functional ability is significant postliver transplantation compared with matched liver disease and Community dwelling controls. **Transpl Int**, v. 24, n. 6, 588-595. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1432-2277.2011.01240.x>. Acesso em: 09 mar. 2019.

HALLSWORTH, K.; JOHNSON, L.; JONES, D.; TRENELL, M. Exercise therapy in primary biliary cirrhosis: the importance of moving whilst sitting on a surgical waiting list – a case study. **Transplant Proc.**, v. 46, n. 10, p. 3273-3277, 2014. Disponível: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.transproceed.2014.08.038>. Acesso em: 24 mar. 2019.

HUDA, A.; NEWCOMER, R.; HARRINGTON, C.; BLEGEN, M. G.; KEEFFE, E. B. High rate of unemployment after liver transplantation: Analysis of the United Network for Organ Sharing database. **Liver Transplantation**, v. 18, n. 1, p. 89-99, 2011. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lt.22408>. Acesso em: 29 abr. 2019.

HUDA, A.; NEWCOMER, R. HARRINGTON, C.; KEEFFE, E. B.; ESQUIVEL, C. O.

Employment after liver transplantation: a review. **Transplant Proc.**, v. 47, n. 2, p. 233-239, 2015. Disponível em:
<https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt30z533xp/qt30z533xp.pdf?t=nlxub3>.
Acesso em: 05 de junho de 2019.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. *In*: HULLEY, S. B. *et al.* (Org). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MEIRELLES JÚNIOR, R. F. M *et al.* Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. **Einstein.**, v. 13, n. 1, p. 149-52, 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-149.pdf. Acesso em: 30 out. 2018.

MAYNARD, L. O. D.; LIMA, I. M. S. O.; LIMA, Y. O. R.; COSTA, E. A. Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil. **R. Dir. sanit.**, v. 16, n. 13, p.122-144, 2016. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/297658579_OS_CONFLITOS_DO_CONSENTIMENTO_ACERCA_DA_DOACAO_DE_ORGAOS_POST_MORTEM_NO_BRASIL. Acesso em: 01 fev. 2019.

MONTANO-LOZA, A. J.; MEZA-JUNCO, J.; PRADO, C. M.; LIEFFERS, J. R.; BARACOS, V. E.; BAIN, V. G.; SAWYER, M. B. Muscle wasting is associated with mortality in patients with cirrhosis. **Clin Gastroenterol Hepatol**, v. 10, n. 2, p. 166-173, 2012. Disponível em: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(11\)00916-5/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(11)00916-5/fulltext). Acesso em: 28 mar. 2019.

NEGREIROS, F. D. S. Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. **REBEn**, n.70, v. 2, p. 258-264, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0242.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

PAROLIN M.B. et al. Retorno ao trabalho de pacientes adultos submetidos a transplante de fígado. **Arq Gastroenterol**, Paraná, v. 38, n. 3, p. 172-175, 2001. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000428032001000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2018.

PEREIRA N. C. S, CARDOSO J. S. O retorno do paciente renal crônico às atividades produtivas. **Rev Ter Ocup Univ**, v. 28, n.2, p. 221–229, maio/ago. 2017. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/321415803_O_retorno_do_paciente_renal_cronico_as_atividades_produtivas_apos_o_transplante_renal. Acesso em: 24 nov. 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e**

técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013. 276 p.

REQUIÃO-MOURA, L. R.; MATOS, A. C. C.; PACHECO-SILVA, A. Infecção pelo citomegalovírus no transplante de rim: aspectos clínicos, manejo e perspectivas. **Einstein**, v. 13, n. 1, p. 142-148, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-142.pdf. Acesso em: 11 mai. 2019.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá, v. 4, n. 4, p.129-148, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/328/310>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

RUDLER, M.; ROUSSEAU, G.; LEBRAY, P.; MÉTÉNIER, O.; VAILLANT, J. C.; SAVIER, E.; EYRAUD, D.; POYNARD, T.; THABUT, D. Rate of employment after liver transplantation in France: a single-centre study. **Eur J Gastroenterol Hepatol.**, v. 28, n. 2, p. 159-163, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26560749>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

SAAB, S. *et al.* Employment and quality of life in liver transplant recipients. **Liver Transplantation**, v. 13, n. 9, p.1330-1338, 2007. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lt.21247>. Acesso em: 7 de mai. 2019.

SAHOTA, A. *et al.* Predictors of employment after liver transplantation. **Clinical Transplantation**, v. 20, n. 4, p.490-495, 2006. Disponível em: <https://sci-hub.tw/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1399-0012.2006.00511.x>. Acesso em: 14 fev. 2019.

THURAIRAJAH, P.H. *et al.* Late acute liver allograft rejection; a study of its natural history and graft survival in the current era. **Transplantation**, v. 95, n. 7, p. 955-959, 2013. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/tp.0b013e3182845f6c>. Acesso em: 31 mai. 2019.

WACLAWSKI, E.; NOONE, P. Systematic review: impact of liver transplantation on employment. **Occupational Medicine**, [s.l.], v. 68, n. 2, p.88-95, mar. 2018. Oxford University Press (OUP). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323757635_Systematic_review_Impact_of_liver_transplantation_on_employment. Acesso em: 18 fev. 2019.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário nº: _____ Data: _____

| DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | |
|--|------------------------|
| 1. Nome: | |
| 2. Idade (anos completos): | 3. Data de Nascimento: |
| 4. Telefone: | |
| 5. Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino | |
| 6. Em relação à cor da pele, você se considera: | |
| 1. () Branco 2. () Pardo 3. () Negro 4. () Moreno 5. () Amarelo (oriental) | |
| 6. () Vermelho (<i>indígena</i>) 7. () Outros. | |
| 7. Estado Civil: | |
| 1 () Solteiro (a) 2. () Casado (a) 3. () Divorciado(a) 4. () Viúvo(a) | |
| 5. () União estável 6. () Outros. | |
| 8. Local de Origem: 1. () Fortaleza 2. () Interior 3. () Outros | |
| 8.1. Se Outros, qual região do país: | |
| 1. () Norte 2. () Nordeste 3. () Centro-Oeste 4. () Sul 5. () Sudeste. | |
| 9. Escolaridade: _____ anos de estudo. | |
| 10. Quantas pessoas contribuem com a renda da casa? | |
| 11. Quem contribui com a renda familiar? | |
| 1. () Paciente 2. () Marido/Esposa 3. () Filhos 4. () Mãe 5. () Pai 6. () Irmãos | |
| 7. () Tio(a) 8. () Primos 9. () Amigos 10. () Outros. | |
| 12. Valor da renda familiar? _____ reais. | |
| 13. Quantas pessoas dependem da renda da casa? | |

| INFORMAÇÕES CLÍNICAS | | |
|---|----------|----------|
| 14. Tempo de Transplante (<i>em meses</i>): | | Data: |
| 15. Etiologia da doença hepática: | | |
| 15.1. Hepatite A | 1.()sim | 2.()não |
| 15.2. Hepatite B | 1.()sim | 2.()não |
| 15.3 Hepatite C | 1.()sim | 2.()não |
| 15.4 Hepatite D | 1.()sim | 2.()não |
| 15.5 Cirrose Alcoólica | 1.()sim | 2.()não |
| 15.6. Cirrose criptogênica | 1.()sim | 2.()não |
| 15.7. Hepatite autoimune | 1.()sim | 2.()não |
| 15.8. Hepatocarcinoma | 1.()sim | 2.()não |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 15.9. D. Wilson | 1.()sim | 2.()não |
| 15.10. Sd. hepatopulmonar | 1.()sim | 2.()não |
| 15.11. Tumor neuroendocrino | 1.()sim | 2.()não |
| 15.12. Polineur. amiloidótica fam. | 1.()sim | 2.()não |
| 15.13. Hemocromatose | 1.()sim | 2.()não |
| 15.14. Colestase Autoimune | 1.()sim | 2.()não |
| 15.15. Cirrose Biliar Primária | 1.()sim | 2.()não |
| 15.16. Cirrose Biliar Secundária | 1.()sim | 2.()não |
| 15.17. Colangite esclerosante primária | 1.()sim | 2.()não |
| 15.18. Síndrome de Budd-Chiari | 1.()sim | 2.()não |
| 15.19. Def. alfa-antitripsina | 1.()sim | 2.()não |
| 15.20. Hepatite Fulminante | 1.()sim | 2.()não |
| 15.21. Outros | 1.()sim | 2.()não |
| 15.21.1 Se Outra Etiologia, qual? | | |
| 16. MELD: | | |
| 17. Transplante duplo: 1.()sim 2.()não | | |
| 17.1. Se sim, quais? 1.() Rim 2.() Córnea 3.() Medula 4.() Pâncreas 5.() Outros. | | |
| 18. Retransplante: 1.()sim 2.()não 18. 1. Se sim, quantos? | | |
| 19. Possui alguma comorbidade? 1.()sim 2.()não | | |
| 19.1. Se sim, quais: | | |
| 19.1.1 Diabetes | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.2. Hipertensão | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.3. Doença Cardíaca | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.4. Doença Pulmonar | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.5. Doença Renal | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.6 Câncer | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.7. Doença Ósseo-articular | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.8. Doença infectocontagiosa | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.9. Outros | 1.() sim | 2.() não |
| 19.1.1 Se outra morbidade, qual? _____ | | |
| 19.1.2 Toma medicação para a mesma? 1.()sim 2.() não | | |
| 19.1.2.1. Como obtém essas medicações? 1.() SUS 2.() Comprando 3.() Outros | | |
| 19.1.2.2 Se outro, como? | | |
| 20. Imunossupressor utilizado: | | |
| 1.() Tacrolimus“FK” 2.() Ciclosporina 3.() Everolimus | | |

| |
|--|
| 4.() Mycofenolato sódio “MMF” 5.()Azatioprina 6.() Prednisona 7.() Outros |
| 20.1 . Se Outros, Quais? |
| 21. Faz uso de bebida alcóolica, cigarro e/ou outras drogas? 1.()sim 2.()não |
| 21.1 Se sim, quais: 1.() álcool 2.() cigarro 3.()maconha 4.() outros. |
| 21.2. Se sim álcool, com que frequência: |
| 1. () Aos finais de semana 2.() Diariamente 3. () Mais de uma vez ao dia |
| 4. () Apenas em data comemorativas 5. () Nunca 6. () Outros |
| 21.3 Se sim para cigarro, com que frequência: |
| 1. () Aos finais de semana 2.() Diariamente 3. () Mais de uma vez ao dia |
| 4. () Apenas em data comemorativas 5. () Nunca 6. () Outros |
| 21.4 Se sim para maconha, com que frequência: |
| 1. () Aos finais de semana 2.() Diariamente 3. () Mais de uma vez ao dia |
| 4. () Apenas em data comemorativas 5. () Nunca 6. () Outros |
| 21.5. Se sim para outros, com que frequência: |
| 1. () Aos finais de semana 2.() Diariamente 3. () Mais de uma vez ao dia |
| 4. () Apenas em data comemorativas 5. () Nunca 6. () Outros |
| 22. Já ocorreu alguma complicação no período pós-Tx? 1.()sim 2.()não |
| 22.1 Se sim, qual? 1. () Rejeição 2.() Infecção 3.() Outros |
| 22.1.2 Foi necessária alguma internação? 1.()sim 2.()não |
| 22.1.3. Foi necessária alguma cirurgia? 1.()sim 2.()não |
| ASPECTOS TRABALHISTAS |
| Pré-transplante |
| 23. Qual a sua Profissão/ocupação antes do Tx: |
| 24. Situação trabalhista anterior ao transplante: |

| |
|---|
| 1. () Empregado 2. () Desempregado 3. () Autônomo 4. () Trabalhador Rural 5. () Aposentado 6. () Pensionista 7. () Estudante 8. () Menor de Idade 9. () Outro |
| 25. Obteve licença devido à doença? 1.()sim 2.()não |
| 25.1 Se sim, Quanto tempo de licença (<i>em dias e meses</i>)? |
| 26. Possuía carteira assinada? 1.()sim 2.()não |
| 27. Tinha algum benefício do governo antes do transplante? 1.()sim 2.()não |
| 27.1 Se sim, qual: 1. () Auxílio Doença 2. () TFD 3. () Outros |
| 27.2 Valor: reais |
| 28. Trabalhava quantas horas por dia antes do transplante? |
| 29. Quanto tempo trabalhou nessa profissão/ocupação (<i>em anos</i>)? |
| Pós-transplante |
| 30. Retornou ao trabalho/ocupação após o Tx? 1.()sim 2.()não |
| 30.1. Se sim, continuou exercendo a mesma profissão/ocupação de antes do Tx? 1. () sim 2. () não |
| 30.2. Se não, qual a sua profissão/ocupação depois do Tx.: |
| 31. Situação trabalhista depois do transplante: 1. () Empregado 2. () Desempregado 3. () Autônomo 4. () Trabalhador Rural 5. () Aposentado 6. () Pensionista 7. () Estudante 8. () Menor de Idade 9. () Outro |
| 31.1. Se aposentado, exerce outra atividade autônoma remunerada? 1.()sim 2.() não |
| 32. Sua renda atual: reais |
| 33. Recebe algum benefício do governo após o Tx? 1.()sim 2.()não |
| 33.1. Se sim, qual? 1. () Auxílio Doença 2. () TFD 3. () Outros. |
| 33.2. Valor: reais. |
| 34. Quanto tempo foi necessário para retornar ao trabalho o pós-Tx (<i>em meses</i>)? |
| 35. Sentiu alguma dificuldade para retornar as atividades de vida diárias, tais como o trabalho, após o transplante? 1. ()sim 2.()não |
| 35.1. Se sim, quais as dificuldades? 1. () Mudança de hábitos de vida devido ao Tx (Ex: exposição ao sol, consultas, exames, medicações etc). |

2. Contra-indicação médica a não retornar as profissão/ocupação anterior ao TX devido a trabalho “pesado” ou expostos a riscos.
3. Inaptidão Física (Ex: Dores, dispneia, câimbras, indisposição, sonolência e etc).
4. Inaptidão psicológica (Ex: Falta de motivação, depressão, ansiedade e etc).
5. Rejeição social.
6. Opção pessoal.
7. Outros.

35.1.1. Se outros, quais?

36. Houve alguma orientação pelo serviço sobre o retorno ao trabalho no pós-Tx?

1. sim 2. não

36.1. Se sim, quem orientou?

1. Enfermagem 2. Medicina 3. Serviço Social 4. Psicologia
5. Farmácia 6. ACEPHT 7. Outro

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como participante da pesquisa intitulada: “PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO”, cujo objetivo é avaliar as características clínicas e epidemiológicas de pessoas que foram submetidas ao transplante de fígado.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que poderá ter questões sobre os temas: 1. Câncer de pele. 2. Adesão ao tratamento. 3. Função reprodutiva e gravidez. 4. Retorno ao trabalho após o transplante, e autorizar o acesso às informações sobre o transplante em sua pasta-arquivo do ambulatório e prontuário médico. A entrevista terá duração média de 20 minutos. Os resultados contribuirão para aumentar o conhecimento científico sobre o perfil dos pacientes transplantados de fígado.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado à possível desconforto ou constrangimento durante as perguntas. Você poderá recusar-se a responder alguma pergunta que não se sinta a vontade.

As informações serão utilizadas unicamente para esta pesquisa e as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Gostaríamos de esclarecer ainda que:

- A qualquer momento você poderá recusar-se a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.
- Você tem o direito ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- Você não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa.
- Você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Endereço da pesquisadora responsável pela pesquisa:

Maria Isis Freire de Aguiar

Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 (Sala 12), Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.

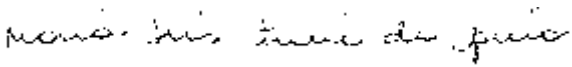
Telefone para contato: 3366 8461. E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00 – 12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é o órgão da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa _____ Data: ____/____/____
Assinatura: _____

Nome do pesquisador _____ Data: ____/____/____
Assinatura: 

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler) _____ Data: ____/____/____
Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____ Data ____/____/____
Assinatura: _____

ANEXO I – PARECER HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO

Pesquisador: MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78793317.7.3001.5045

Instituição Proponente: Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.613.912

Apresentação do Projeto:

Este é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Será realizado no ambulatório de transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza. Para identificar dados relativos à mortalidade no pós transplante e informações sobre função reprodutiva/gravidez será considerada para amostra todos os pacientes transplantados no serviço no período de 2002 a 2016. Para a coleta de dados sobre adesão ao tratamento, lesões precursoras de câncer de pele e retorno ao trabalho após o transplante, serão considerados os pacientes atendidos na unidade no período de 2006 a 2016. Para determinar a amostra, foi utilizado o cálculo para a amostra finita, sendo estimados 178 participantes. A coleta de dados será realizada por meio de fontes primárias e secundárias. Serão utilizados cinco instrumentos semi estruturados, elaborados pelos pesquisadores para atender aos objetivos específicos propostos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral Avaliar perfil clínico e epidemiológico de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático.

Objetivos Específicos:

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: RodolfoTeófilo **CEP:** 60.430-370
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8613 **Fax:** (85)3281-4961 **E-mail:** cephuwc@huwc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.613.912

- Investigar os fatores de risco e causas para mortalidade após o transplante de fígado;
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento após o transplante;
- Analisar quais fatores interferem na adesão ao tratamento após o transplante;
- Analisar as lesões precursoras de câncer de pele em pacientes transplantados hepáticos;
- Verificar os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele em pós-transplantados hepáticos;
- Avaliar aspectos da função sexual e reprodutiva em mulheres após serem submetidas a transplante de fígado;
- Identificar complicações maternas e fetais associados à gravidez póstransplante;
- Verificar quais fatores interferem no retorno ao trabalho para o paciente transplantado hepático.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve:

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado à possível desconforto ou constrangimento durante as perguntas e riscos indiretos advindos do manuseio dos prontuários, tais como: exposição de dados, perda de sigilo e uso inadequado do mesmo. Você poderá recusar-se a responder alguma pergunta que não se sinta a vontade. Para minimizar esta questão, a pesquisadora apresenta um termo de compromisso para utilização dos dados dos prontuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados e estão adequados

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo atendido ao que foi solicitado, o protocolo se encontra adequado do ponto de vista ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório após o término do estudo.

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8613 Fax: (85)3281-4961 E-mail: cephuwc@huvc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.613.912

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1042812.pdf | 13/03/2018 12:12:29 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Perfil_Clinico_Hepatico_Revisionado.docx | 13/03/2018 12:11:03 | MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Projeto_hepatico_VERSAO3.docx | 13/03/2018 12:08:27 | MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhado_VERSAO2.pdf | 14/11/2017 11:25:40 | naiana pacifico alves | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_VERSAO2.pdf | 14/11/2017 11:23:15 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | Anuenciadrenan.pdf | 10/10/2017 22:06:52 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | carta_apreciacaoCEP.pdf | 26/09/2017 20:05:55 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | fieldepositarioMEAC.pdf | 26/09/2017 20:03:19 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | fieldepositarioHUWC.pdf | 26/09/2017 20:02:57 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | compromissopesquisadores.pdf | 26/09/2017 19:58:59 | naiana pacifico alves | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Maria de Fatima de Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: RodolfoTeófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8613 Fax: (85)3281-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

ANEXO II – PARECER UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO

Pesquisador: MARIA ISIS FREIRE DE AGUIAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78793317.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.402.635

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese que visa identificar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático e buscará conhecer as principais causas de mortalidade após o transplante, se envolvem recidiva da doença, complicações biliares, rejeição e infecções; determinar a adesão ao tratamento; avaliar se o uso de imunossupressores pode contribuir para o surgimento de lesões precursoras de câncer de; se as mulheres conseguem melhorar a função sexual e reprodutiva após o transplante; determinar a taxa de retorno ao trabalho após o transplante.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar perfil clínico e epidemiológico de pacientes que foram submetidos ao transplante hepático.

Específicos

- Investigar os fatores de risco e causas para mortalidade após o transplante de fígado;
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento após o transplante;
- Analisar quais fatores interferem na adesão ao tratamento após o transplante;
- Analisar as lesões precursoras de câncer de pele em pacientes transplantados hepáticos;
- Verificar os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele em pós-transplantados hepáticos;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.402.635

- Avaliar aspectos da função sexual e reprodutiva em mulheres após serem submetidas a transplante de fígado;
- Identificar complicações maternas e fetais associados à gravidez pós-transplante;
- Verificar quais fatores interferem no retorno ao trabalho para o paciente transplantado hepático.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos, pode ocasionar desconforto na aplicação dos instrumentos de coleta em virtude do tempo exigido e algum constrangimento pelo teor de perguntas que envolvem questões pessoais.

Benefícios: contribuirá para identificação do perfil clínico-epidemiológico dos participantes, e consequente melhoria da assistência aos pacientes transplantados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, realizado no ambulatório de transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, na cidade de Fortaleza. A população do estudo será composta por todos os pacientes submetidos ao transplante de fígado na instituição selecionada para pesquisa, entre os anos de 2002 a 2016, com idade a partir de dezoito anos, procedentes de qualquer estado do país. A coleta de dados será realizada por meio de fontes primárias e secundárias. Serão utilizados cinco instrumentos semi-estruturados, elaborados pelos pesquisadores para atender aos diferentes objetivos propostos, conforme temática detalhada a seguir: 1. Mortalidade: dados sócio-epidemiológicos e clínicos (informações sobre o doador e sobre o transplante, tempo de internação, comorbidades, complicações, retransplante, tratamento imunossupressor e causa do óbito); 2. Adesão ao tratamento: tempo de transplante, comorbidades, imunossupressor utilizado, frequência de comparecimento às consultas, uso de bebidas alcoólicas ou tabaco, seguimento do plano terapêutico; 3. Lesões precursoras de câncer de pele: dados sociodemográficos e clínicos, fatores de risco, e características clínicas com base na avaliação ABCDE recomendada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; 4. Função reprodutiva e gravidez: aspectos clínicos da doença, ciclo menstrual, método contraceptivo, intervalo de tempo entre o transplante e a gravidez, complicações durante a gravidez e/ou fetais; 5. Retorno ao trabalho: informações sociodemográficas e clínicas, história trabalhista pré e pós-transplante.

Os dados secundários serão coletados a partir da pasta-arquivo do ambulatório de transplante e dos prontuários do HUWC dos receptores de transplante de fígado, além dos prontuários da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) para complementar as informações obstétricas. A

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.402.835

análise de dados será realizada de forma descritiva e inferencial, sendo os dados processados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Na análise estatística descritiva, serão

consideradas frequência absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão (DP) das variáveis. Para análise estatística inferencial, será utilizado o teste do qui-quadrado para avaliar a associação entre variáveis qualitativas e análise multivariada por meio de testes complementares, quando indicado. As variáveis analisadas serão apresentadas em forma de tabelas e gráficos, e discutidas à luz da literatura publicada sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de forma adequada: ofício de encaminhamento ao CEP; Folha de rosto; anuência do local da pesquisa; termo de concordância dos pesquisadores; cronograma; orçamento; currículo do pesquisador principal; termo do fiel depositário e TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1000737.pdf | 14/11/2017 11:28:20 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhado_VERSAO2.pdf | 14/11/2017 11:25:40 | naiana pacifico alves | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_VERSAO2.pdf | 14/11/2017 11:23:15 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | Anuenciadrrenan.pdf | 10/10/2017 22:06:52 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Cronograma | cronograma.pdf | 10/10/2017 18:19:29 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | carta_apreciacaoCEP.pdf | 26/09/2017 20:05:55 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | fieldepositarioMEAC.pdf | 26/09/2017 20:03:19 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | fieldepositarioHUWC.pdf | 26/09/2017 20:02:57 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Outros | compromissopesquisadores.pdf | 26/09/2017 | naiana pacifico | Aceito |

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.402.635

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Outros | compromissopesquisadores.pdf | 19:58:59 | alves | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 26/09/2017 19:58:13 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | ANUENCIACHEFIA.pdf | 26/09/2017 19:57:22 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf | 26/09/2017 19:56:38 | naiana pacifico alves | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DEROSTO.pdf | 26/09/2017 19:52:37 | naiana pacifico alves | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Novembro de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br