

## Qualidade de vida de pacientes pós transplante de fígado em um centro de transplantes referência no interior do Estado de São Paulo

O transplante hepático é a terapêutica indicada para pacientes com doença hepática grave e progressiva, seja crônica ou aguda, que não se beneficiem com outro tratamento alternativo. Desta forma, é a única medida terapêutica efetiva, capaz de modificar significativamente a qualidade de vida. Todo processo vivenciado pelo paciente, pela transição de uma condição para outra, envolve fatores que impactam no declínio da qualidade de vida, como, os sintomas físicos e o estado funcional associado a fatores psicológicos e sociais, limitações e mudanças no estilo de vida pela necessidade de adaptação da nova realidade em que se encontra. Objetivo: Este estudo tem a finalidade de identificar os interferentes de maior impacto na qualidade de vida relacionada à saúde após serem submetidos ao transplante. Metodologia: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo os pacientes submetidos ao transplante de fígado no Hospital Doutor Miguel Soeiro (HMS) – Unimed Sorocaba, no período de 2005 a 2022. Utilizou-se para a coleta de dados o questionário padronizado Short Form Health Survey 36 (SF-36) - validado e adaptado na versão portuguesa, e formulário de variáveis clínicas, com idade atual, idade em que realizou o transplante, sintomas mais comuns da doença hepática, e sentimentos vivenciados no processo de pré e pós transplante. Resultados: O Componente de Saúde Física apresentou maiores médias de qualidade de vida nos domínios de Capacidade Funcional (92,4) e Dor (93,22), enquanto o Componente de Saúde Mental apresentou maiores médias de qualidade de vida nos domínios de Aspectos Sociais (88,69) e Vitalidade (81,1). Destacou-se que, a variável 2 – 4 anos, apresentou maiores médias de score de qualidade de vida em CSF (89,05), e a variável 1 ano, apresentou maiores médias em CSM (90,94). Aos demais, sem diferenças significativas, mantendo um padrão entre as médias. A abordagem é pelas variáveis clínicas e pelos sentimentos expressados pelos participantes durante todo o processo vivenciado. Conclusão: A melhora na QV é proporcional ao tempo de transplante, devido à ter que se adaptar à nova realidade em que se encontram, reconhecem os benefícios pós transplante e dão pouca ou nenhuma importância a eventos clínicos imprevistos, pois atribuem um novo e positivo significado à vida após o transplante.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Qualidade de vida relacionada à saúde; QVRS; Enxerto; Fígado; Transplante de fígado.

## Quality of life of patients after liver transplantation in a reference transplant center in the interior of São Paulo State

Liver transplantation is the therapy indicated for patients with severe and progressive liver disease, whether chronic or acute, who do not benefit from other alternative treatment. Thus, it is the only effective therapeutic measure capable of significantly modifying the quality of life. Every process experienced by the patient, through the transition from one condition to another, involves factors that impact the decline in quality of life, such as physical symptoms and functional status associated with psychological and social factors, limitations and changes in lifestyle due to the need to adapt to the new reality in which they find themselves. Objective: This study aims to identify the interferences of greater impact on health-related quality of life after undergoing transplantation. Methodology: This is a retrospective, exploratory and descriptive cohort study, with a qualitative approach. Patients who underwent liver transplantation at Hospital Doutor Miguel Soeiro (HMS) - Unimed Sorocada, from 2005 to 2022 participated in the study. For data collection we used the Short Form Health Survey 36 (SF-36) standardized questionnaire - validated and adapted in Portuguese version - and clinical variables form, with current age, age at transplantation, most common symptoms of liver disease, and feelings experienced in the pre- and post-transplantation process. Results: The Physical Health Component presented the highest means of quality of life in the Functional Capacity (92.4) and Pain (93.22) domains, while the Mental Health Component presented the highest means of quality of life in the Social Aspects (88.69) and Vitality (81.1) domains. It was noteworthy that, the variable 2 - 4 years, showed higher mean scores of qualities of life in FSC (89.05), and the variable 1 year, showed higher mean scores in MHSC (90.94). To the others, there were no significant differences, maintaining the same pattern among the averages. The approach is by the clinical variables and the feelings expressed by the participants throughout the process. Conclusion: The improvement in QL is proportional to the time of transplantation, due to having to adapt to the new reality in which they find themselves, they recognize the post-transplant benefits and give little or no importance to unforeseen clinical events, as they attribute a new and positive meaning to life after transplantation.

**Keywords:** Quality of life; Health-related quality of life; HRQL; Graft; Liver; Liver transplantation.

Topic: **Enfermagem Geral**

Reviewed anonymously in the process of blind peer.

Received: **12/02/2022**

Approved: **10/04/2023**

**Maria Cláudia Cisterna dos Santos** 

Universidade de Sorocaba, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6044826064390040>

<http://orcid.org/0000-0002-0362-5378>

[cisternamariaclaudia@gmail.com](mailto:cisternamariaclaudia@gmail.com)

**Clayton Gonçalves de Almeida** 

Universidade de Sorocaba, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6493791537446598>

<http://orcid.org/0000-0003-2959-3965>

[cgalmeida11@gmail.com](mailto:cgalmeida11@gmail.com)

**Sheilla Siedler Tavares** 

Universidade de Sorocaba, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3672861176319844>

<http://orcid.org/0000-0002-3949-0102>

[sheilla.tavares@prof.uniso.br](mailto:sheilla.tavares@prof.uniso.br)

**Leandro Aparecido de Souza** 

Universidade de Sorocaba, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6090315154831086>

<http://orcid.org/0000-0001-8828-9918>

[leandro.souza@prof.uniso.br](mailto:leandro.souza@prof.uniso.br)

**Irineu César Panzeri Contini** 

Universidade de Sorocaba, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3751316399780774>

<http://orcid.org/0000-0002-7489-5527>

[irineu.contini@prof.uniso.br](mailto:irineu.contini@prof.uniso.br)



DOI: 10.6008/CBPC2236-9600.2023.002.0007

### Referencing this:

SANTOS, M. C. C.; ALMEIDA, C. G.; TAVARES, S. S.; SOUZA, L. A.; CONTINI, I. C. P.. Qualidade de vida de pacientes pós transplante de fígado em um centro de transplantes referência no interior do Estado de São Paulo. *Scire Salutis*, v.13, n.2, p.85-95, 2023. DOI:

<http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2023.002.0007>

## INTRODUÇÃO

O transplante hepático é a terapêutica indicada para pacientes com doença hepática grave e progressiva, seja crônica ou aguda, que não se beneficiem com outro tratamento alternativo. Desta forma, é a única medida terapêutica efetiva, capaz de modificar significativamente a qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2019; GIRGENTI et al., 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil é referência mundial em doação e transplantes de órgãos, sendo o terceiro em número absoluto em transplantes hepáticos. O estado de São Paulo manteve crescimento progressivo das taxas de notificação e de doadores efetivos, confirmando sua liderança no programa de transplantes no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por financiar mais de 95% dos transplantes de fígado realizados no país, proporcionando acesso universal, integral e gratuito ao tratamento (MEIRELLES JÚNIOR et al., 2015).

De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), o crescimento anual do transplante de fígado, de 2012 a março de 2022, foram realizados total de 19.913 transplantes de fígado. Atualmente em 2022, até o mês de março, foram registrados 451 transplantes de fígado, sendo 119 realizados no estado de São Paulo.

A avaliação do encaminhamento estabelece critérios do qual evidencia a real necessidade do paciente para transplante, como, a etiologia, o grau de disfunção da doença hepática, sendo assim, é utilizado um indicador, *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD), que determina a gravidade do estado clínico, prognóstico da doença e estabelecer prioridade na lista de transplante de fígado, além de servir como parâmetro para avaliação de sobrevida (AGUIAR, 2014; FLOR, 2013).

São indicações ao transplante de fígado as hepatopatias graves, neoplasias originadas no fígado e em algumas doenças metabólicas, sendo assim, deve-se tratar precocemente as complicações das hepatopatias e descartar contraindicações para que assim esteja apto para o transplante (AGUIAR, 2014; SILVA JUNIOR et al., 2002; MASSAROLLO et al., 2000).

Qualidade de vida é 'a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações'. Envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida.

Segundo Massarollo et al. (2000) os candidatos a transplante têm uma qualidade de vida prejudicada e vivem na perspectiva de morte iminente. A inclusão deles em uma lista de espera para a realização do transplante representa a possibilidade de viver e voltar a ter uma vida normal.

Todo processo vivenciado pelo paciente, pela transição de uma condição para outra, envolve fatores que impactam no declínio da qualidade de vida, como, os sintomas físicos e o estado funcional associado a fatores psicológicos e sociais, limitações e mudanças no estilo de vida pela necessidade de adaptação da nova realidade em que se encontra (KNHIS et al., 2021; AGUIAR, 2014).

Em conformidade, a experiência das manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes na qual comprometem a qualidade de vida, estão presentes, o desconforto abdominal, principalmente por causa da ascite, conseqüentemente, dispnéia, fadiga, insônia, icterícia, perda de apetite, edema nos pés e pernas, encefalopatia hepática, dor no corpo e escurecimento das fezes. Em geral, impossibilitam de levar uma vida normal, alterando sua autoimagem e perdendo sua autonomia (AGUIAR, 2014; AGUIAR et al., 2012).

Diversos estudos apontam a recuperação do estado funcional e desempenho clínico após a intervenção cirúrgica, entretanto, quando comparados com a população geral, alguns pacientes apresentam deficiências quanto aos scores de QVRS (GIRGENTI et al., 2020).

Segundo Girgenti et al. (2020) a melhora clínica impacta positivamente muitos aspectos da vida diária, incluindo a saúde geral, desempenho físico, dor, qualidade do sono, estado ocupacional, vitalidade, atividade social e apoio social. Os pacientes atribuem um novo e positivo significado à vida após o transplante, reconhecem os benefícios pós transplante e dão pouca ou nenhuma importância a eventos clínicos imprevistos.

Os indicadores de qualidade de vida são os componentes mensuráveis dos padrões clínicos, desta forma, atingir uma qualidade de vida adequada representa sucesso terapêutico, no qual se torna indispensável sua medida pela equipe de assistência ao paciente transplantado (GIRGENTI et al., 2020; TAPPER, 2016).

Diante dessa realidade, é evidente a necessidade de compreensão e apoio daqueles que lidam diretamente com o paciente, lhe ofertar o suporte social, sendo familiares, amigos, e os profissionais da saúde em que o assistem. No entanto, o papel da equipe multidisciplinar na assistência é incontestável, pois promovem intervenções gradativas para fortalecer a adesão ao tratamento proposto, atendendo as necessidades de promoção e manutenção à saúde nos aspectos biopsicossociais, os cuidados direcionado à educação do paciente e família, e minimizar as características de riscos potenciais e complicações do pós-operatório (KNHIS et al., 2021; FAZEKAS et al., 2021; NAVASA et al., 2000; FLOR, 2013).

Neste contexto o objetivo deste trabalho foi de identificar os interferentes de maior impacto na qualidade de vida relacionada à saúde após serem submetidos ao transplante. E ainda, de avaliar a percepção do impacto do transplante de fígado na qualidade de vida dos pacientes entrevistados. Avaliar a influência do tempo decorrido de transplante sobre a qualidade de vida dos pacientes.

## **METODOLOGIA**

Estudo de coorte retrospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Estudo de coorte é um estudo observacional que apresenta um nível de evidência maior que os outros observacionais, desta forma, no estudo de coorte retrospectivo, o pesquisador coleta informações progressiva dos fatores de exposição e acompanhar por um período os indivíduos.

O presente estudo foi realizado, após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Sorocaba (UNISO) sob o número do parecer emitido (5.581.073), e acordo com a Carta de anuência disponibilizada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (IEPE) do Hospital Doutor Miguel Soeiro -

Unimed Sorocaba. Aconteceu no ambulatório de transplante hepático do Centro de Transplante do Hospital Doutor Miguel Soeiro (HMS) - Unimed Sorocaba, referência do interior do estado de São Paulo. Através da prestação de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, dentista e nutricionista, em todo o período pré e pós transplante hepático.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora de acordo com a disponibilidade dos pacientes, priorizando os retornos ambulatorial para a coleta de dados. Os pacientes foram convidados a participar do estudo nos dias em que tiverem retorno médico ambulatorial e os demais via telefone. Iniciando com a apresentação e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entrevista com a aplicação do questionário. Caso o paciente não esteja de acordo em assinar o TCLE, os dados não serão coletados.

Optou-se por aplicar o questionário no formato impresso, manuscrito em forma de entrevista afim de garantir equidade na interpretação das questões e sensação de proximidade e confiança com o entrevistado, apenas a pesquisadora teve contato direto com os participantes, tendo o devido cuidado de proporcionar a privacidade aos participantes, no qual teve tempo de preenchimento de no mínimo 20 minutos por entrevistado.

Para coleta de dados foi utilizado o questionário padronizado *Short Form Health Survey 36* (SF-36), sendo o instrumento genérico de medição de estado de saúde importante para avaliar a qualidade de vida, validado e adaptado na versão portuguesa, formado por 36 itens, que derivam de oito domínios de saúde: Capacidade funcional (10 itens); Limitação por aspectos físicos (4 itens); Dor corporal (2 itens); Estado geral de saúde (6 itens); Vitalidade (4 itens); Aspectos sociais (2 itens); Limitação por aspectos emocionais (3 itens); Saúde mental (5 itens).

Os pacientes não foram identificados, mantendo o sigilo, desta forma, a identificação será meramente como 'Paciente 1; Paciente 2; Paciente 3 ...' assim sucessivamente. No entanto, foram ilustrados com idade atual e idade em que realizou o transplante de fígado, e as variáveis clínicas apresentadas, como, os sintomas mais comuns relacionado a doença, e os pontos negativos e positivos durante todo processo vivenciado. A escolha dessa ferramenta permite abranger assuntos nos quais não serão atingidos pelo instrumento padronizado de escolha, ou seja, permite que alcance maior profundidade das respostas e explorar pontos específicos.

Diante disso, a seguinte questão norteadora foi definida: Como o transplante de fígado interfere na qualidade de vida do paciente transplantado?

## **Metodologia de análise de dados**

Os dados coletados foram tabulados em planilha de Excel off-line protegida por senha e somente os pesquisadores terão acesso para análise dos dados, sendo assim, nenhum documento foi reportado em nuvem e nem transmitido por e-mail. O score final do questionário SF-36 foi realizado através do cálculo *raw scale*, score de 0 a 100, onde zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado geral de saúde. Após o score final, foi realizado a média dos resultados de cada domínio - Capacidade funcional,

limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos emocionais, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, e depois de cada componente - componente de saúde física e componente de saúde mental.

Os participantes foram analisados quanto a idade atual, idade em que realizou o transplante, variáveis clínicas apresentadas pré-transplante, sentimentos vivenciados em todo o processo de pré e pós transplante, nas quais, foram realizadas a porcentagem de cada item.

Apenas a pesquisadora teve contato direto com os participantes, tendo o devido cuidado de proporcionar a privacidade, entretanto, todas as informações coletadas estarão em anonimato, no qual, foram analisadas apenas pela própria pesquisadora.

## RESULTADOS

O estudo foi conduzido com 50 pacientes submetidos ao transplante de fígado, no período de dez anos, entre os anos de janeiro de 2013 a outubro de 2022, há no mínimo 2 meses de transplante. Durante a coleta de dados, foi inserido participantes com tempo de transplante há mais de 10 anos, devido a oportunidade de encontro em retorno médico ambulatorial com os participantes.

Inicialmente, a fim de contextualizar o declínio da qualidade de vida dos participantes, optou-se por comparar a vivência do processo, entre pré e pós transplante, sendo assim, o paciente que necessita de um transplante hepático tem agravamento progressivo da doença hepática, com alterações que implicam na qualidade de vida. As abordagens são pelas variáveis clínicas apresentadas pelos participantes durante todo o processo vivenciado, dos 50 (100%) participantes, 50% relataram apresentar ascite, 46% encefalopatia hepática, 56% edema nos membros inferiores, 60% icterícia, 72% fadiga, outros, como, 44% prurido, 48% inapetência, 14% câibras, 18% emagrecimento e 8% ausência completa de sintomas. Dentre esses participantes, foram analisados que 66% apresentaram 4 ou mais de 4 sintomas simultaneamente.

A avaliação da qualidade de vida após serem submetidos ao transplante hepático, foi realizada através do SF-36, por meio dos resultados dos domínios, como segue a tabela 1.

Os valores mínimos e valores máximos, representam as respostas dos participantes, sendo assim, de acordo com os resultados, todos os domínios atingiram o valor máximo de 100, no qual corresponde ao melhor estado geral de saúde.

**Tabela 1:** Análise em relação aos domínios do Componente Saúde Física e do Componente Saúde Mental do SF-36. Sorocaba - SP, 2022 (n=50).

Domínios	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média
<b>Componente Saúde Física (CSF)</b>			
Capacidade Funcional (CF)	45	100	92,4
Limitação por Aspectos Físicos (LAF)	0	100	75
Dor (D)	10	100	93,22
Estado Geral de Saúde (EGS)	20	100	84,22
<b>Componente Saúde Mental (CSM)</b>			
Aspectos Sociais (AS)	25	100	88,69
Vitalidade (V)	20	100	81,1
Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)	0	100	73,52
Saúde Mental (SM)	20	100	79,68

De acordo com os resultados, o Componente de Saúde Física apresentou maiores médias de qualidade de vida nos domínios de Capacidade Funcional (92,4) e Dor (93,22), enquanto o Componente de Saúde Mental apresentou maiores médias de qualidade de vida nos domínios de Aspectos Sociais (88,69) e Vitalidade (81,1).

Por base do cálculo *raw scale*, que avalia em pior e melhor qualidade de vida, respectivamente, com score final de zero a 100, por meio das respostas dos participantes. Todos os domínios alcançaram pontuação máxima de 100, observa-se que, dois domínios obtiveram resultados iguais a zero, sendo eles, em CSF a Limitação por Aspectos Físicos, 4 participantes (8%); E em CSM, a Limitação por Aspectos Emocionais, 9 participantes (18%).

Salienta-se que, a menor média entre todos os domínios do SF-36, o domínio de Limitação por Aspectos Emocionais (73,52), e maior média, o domínio de Dor (93,22). Entre as demais médias de qualidade de vida dos outros domínios não apresentaram diferenças significativas.

A variável do tempo decorrido de transplante, foi comparada com a percepção da qualidade de vida dos participantes com as respostas do SF-36, como segue a tabela 2.

**Tabela 2:** Análise comparativa dos domínios do Componente Saúde Física e do Componente Saúde Mental, em relação com tempo decorrido de transplante. Sorocaba - SP, 2022 (n=50).

Variável	Porcentagem	CSF Média	CSM Média
2 - 7 meses	8% (n=4)	65,25	55,87
1 ano	22% (n=11)	87,40	90,94
2 - 4 anos	54% (n=27)	89,05	85,61
5 - 7 anos	8% (n=4)	83,31	44,95
≥ 10 anos	8% (n=4)	87,56	87,93

Apresentaram menores médias de qualidade de vida no Componente de Saúde Física (CSF) (65,25), a variável de 2 - 7 meses, por consequência, o Componente de Saúde Mental (CSM) obteve score baixo (55,87), mas destacou-se que a média do CSM, (44,95), da variável 5 - 7 anos, obteve menor score de qualidade de vida em comparação entre os demais em relação com tempo decorrido de transplante.

Destacou-se que, a variável 2 - 4 anos, apresentou maiores médias de score de qualidade de vida em CSF (89,05), e a variável 1 ano, apresentou maiores médias em CSM (90,94).

Aos demais, sem diferenças significativas, mantendo um padrão entre as médias. Não foi encontrado dados de pacientes que foram submetidos ao transplante no período entre 8 e 9 anos.

A fim de complementar como o transplante interfere na qualidade de vida dos participantes, ao final da coleta, foram abordados aspectos emocionais referentes a sentimentos vivenciados pelo paciente durante todo processo, pré e pós transplante. Os sentimentos foram separados por categorias, negativos e positivos, os quais foram citados, os negativos como, sentimento de morte eminente, medo, desesperança, preocupação e achar que não conseguiria fazer o transplante; e os positivos como, oportunidade de voltar a viver, fé, gratidão, felicidade, tranquilidade, rede de apoio familiar e o suporte e segurança ofertada pela equipe de transplante.

Os sentimentos vivenciados pelos participantes, durante todo processo de pré e pós transplante,

caracterizam sua percepção de qualidade de vida, como segue a tabela 3.

**Tabela 3:** Análise da percepção dos principais sentimentos vivenciados. Sorocaba - SP, 2022 (n=50).

Sentimentos	Porcentagem
<b>Negativos</b>	
Medo	52% (n=26)
Sentimento de morte eminente	38% (n=19)
Achar que não conseguiria fazer o transplante	18% (n=9)
<b>Positivos</b>	
Oportunidade de voltar a viver	88% (n=44)
Rede de apoio familiar	66% (n=33)
Fé	64% (n=32)

Ao analisar os sentimentos expressados pelos participantes, foi possível pontuar os sentimentos mais citados. Na categoria dos sentimentos negativos, destacou-se o sentimento de medo (52%), no qual foram expressos de diferentes formas - 'Medo de sofrer'; 'Medo do fígado não chegar no momento certo'; 'Medo de rejeição do órgão'; 'Medo do processo todo em que irá vivenciar'. O sentimento de morte eminente (38%), e achar que não conseguiria fazer o transplante (18%). Por outro lado, em sentimentos positivos, havendo maior predomínio para a oportunidade de voltar a viver (88%), rede de apoio família (66%), e fé (64%).

## DISCUSSÃO

A doença hepática grave e progressiva, seja crônica ou aguda, é uma condição patológica com dificuldades subjetivas de grande impacto na vida das pessoas, com mudanças na qualidade e estilo de vida. A fase de espera para o transplante hepático é o início do comprometimento da qualidade de vida, pois, além de enfrentar os obstáculos da degradação do seu estado de saúde, como as manifestações clínicas, também implicam nos fatores psicológicos e sociais (AGUIAR, 2014; SILVA JUNIOR et al., 2002).

Soares et al. (2013) avaliou 23 pacientes candidatos ao transplante hepático, residentes no estado do Acre, que apresentaram sinais e sintomas da doença, os mais comumente encontrados, foram o edema nos membros inferiores (75%), ascite (62%), e a fraqueza (50%).

Pesquisa com uma amostra de 165 pacientes cirróticos, dentre os sintomas apresentados, constatou-se que 62,4% apresentaram encefalopatia hepática (AGUIAR et al., 2011).

Estudo com 150 pacientes com cirrose, em um centro terciário de Indiana, identificou que 67% apresentaram câimbras nas últimas 12 semanas, juntamente com a encefalopatia hepática (CHATRATH et al., 2012).

Matos (2007) constituiu uma amostra de 28 participantes em lista ativa para transplante, na qual evidenciou que 50% dos participantes relataram a presença constante de prurido.

Um estudo em um hospital de ensino, com 49 participantes, foram avaliados quanto às alterações físico-funcionais, sendo elas, abdome globoso ascítico (n=20), icterícia (n=6), edema em membros inferiores (n=12) e fadiga (n=4) (FERREIRA et al., 2013).

Neste estudo, assemelham-se os sintomas com os demais estudos, edemas nos membros inferiores (56%), ascite (50%), encefalopatia hepática (46%), câimbras (14%), prurido (44%), icterícia (60%), fadiga (72%). Diferentemente dos demais estudos, foram relatados sintomas como, inapetência (48%), emagrecimento

(18%) e ausência completa de sintomas (8%).

Podemos analisar que independentemente do tamanho da amostra os sintomas assemelham-se. Segundo estudos, podem-se diferenciar entre si pela severidade e a etiologia da doença hepática, desta forma, neste estudo, não será possível evidenciar quanto a esse tópico, pois os participantes não foram avaliados nesse quesito.

Na análise de qualidade de vida, a comparativa dos domínios do Componente Saúde Física e do Componente Saúde Mental do SF-36, um estudo do ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC), com 141 participantes, realizou uma análise entre os receptores dos grupos A e B. De acordo com os resultados, os transplantados hepáticos do Grupo A apresentaram maiores médias de qualidade de vida nos domínios Aspectos Sociais (92,5) e Capacidade Funcional (88,5), enquanto os transplantados hepáticos do Grupo B apresentaram maiores médias de qualidade de vida nos domínios Dor (84,6) e Aspectos Sociais (83,0). Ainda se destacou a média do domínio Limitação por Aspectos Físicos (53,04), por ser a menor entre todos os domínios do SF-36. (FLOR, 2013)

De acordo com os resultados, os domínios que apresentaram maiores médias de QV foram, Dor (93,22), Capacidade Funcional (92,4), Aspectos Sociais (88,69) e Vitalidade (81,1). Destacou-se, dissemelhante do outro estudo, o domínio de vitalidade também obteve um dos scores de maiores médias de QV. Logo, a menor média do domínio Limitação por Aspectos Emocionais (LAE) (73,52), apesar de ser a menor, ainda manteve score acima da menor média do estudo em comparação.

No estudo de Gotardo (2007), com n=61 transplantados, realizou uma análise por meio do SF-36 com os scores de mínimo e máximo, sendo assim, os domínios que apresentaram valores iguais a zero, foram, Limitação por Aspectos Físicos (0 - 100) e Limitação por Aspectos Emocionais (0 - 100).

Os domínios que obtiveram score mínimo iguais a zero, correspondem aos mesmos. Portanto, é evidente que os resultados obtidos possuem um mesmo padrão de perspectiva de qualidade de vida, em relação as suas limitações.

O uso de um instrumento genérico contribui para o conhecimento científico na área da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante hepático, por meio deste, foi possível evidenciar o sucesso do transplante para os receptores, pois na sua grande maioria, os scores de qualidade de vida atingiram o seu valor máximo, apontando o melhor estado geral de saúde dos participantes. Ainda que, dois domínios tenham zerado, não houve influências significativas.

Pesquisa similar realizada em um centro de transplantes, avaliou 141 participantes transplantados hepáticos, quanto ao tempo de transplante, os Grupos A e B apresentaram maiores valores médios de qualidade de vida no CSM (85,9), nos pacientes com mais de 50 meses de transplante. Por outro lado, os pacientes do Grupo B com mais de 50 meses de transplante apresentaram maior pontuação na qualidade de vida relacionada ao CSF (79,9). Enquanto a variável de 6 - 30 meses de transplante, médias CSF (68,9 e 70,3) e CSM (79,9 e 84,1) (FLOR, 2013).

Gotardo (2007) realizou uma comparação com tempo de transplante hepático, com até 12 meses e

com mais de 12 meses de transplante, não mostrou diferença estatística entre os grupos, à exceção do domínio Saúde Mental, no grupo com mais de 12 meses de transplante hepático que apresentou scores mais baixos, evidenciando comprometimento deste aspecto da qualidade de vida.

Nesta pesquisa, referente ao tempo decorrido de transplante, destacou-se que, a variável 2 - 4 anos, apresentou maiores médias de score de qualidade de vida em CSF (89,05), logo, a variável 1 ano, apresentou maiores médias em CSM (90,94). Os participantes 2 - 7 meses, recém transplantados, apresentaram menores médias de qualidade de vida do SF-36, CSF (65,25) e CSM (55,87).

Os resultados apontam que a melhora na QV é proporcional ao tempo de transplante, devido á ter que se adaptar à nova realidade em que se encontram (GIRGENTI et al., 2020).

Contudo, o comprometimento na saúde mental é de fato evidente, mas destaca-se que, as variáveis são distintas, sendo neste estudo menores que 12 meses, e no estudo de comparação, maiores que 12 meses de transplante hepático.

De acordo com Correia et al. (2006), a maioria dos estudos afirmam que o transplante hepático traz ao doente grande melhora na QV, sobretudo nos primeiros anos do pós-transplante, é evidente que os pacientes apresentam QV diferente um do outro, havendo fatores que condicionam estas diferenças, como o suporte social que lhes é oferecido, tanto como rede de apoio familiar e o suporte assistencial da equipe.

Segundo os resultados coletados neste estudo, dos aspectos emocionais referentes a sentimentos vivenciados pelo paciente durante todo processo. Relataram vivenciar o sentimento de morte eminente (38%), associado ao medo (52%) e achar que não conseguiria fazer o transplante (18%).

Um estudo pontuou que os candidatos a esse procedimento possuem uma qualidade de vida ruim e vivem na perspectiva de morte eminente. Assim, a inclusão do paciente na lista de espera do transplante hepático representa a possibilidade de viver, a possibilidade de mudar de vida, a possibilidade de ser feliz. (MASSAROLLO et al., 2000).

Aguiar et al. (2011) enfatizou que nos primeiros estágios da doença é comum os pacientes expressarem a negação do risco de morte. Nos depoimentos descritos, os participantes do estudo revelaram reações iniciais de medo, desorientação, dúvidas.

Na análise de Knhis et al. (2021) traz implícito dúvidas e inseguranças diante do retorno ao domicílio após o transplante hepático. Expressa sentimentos de medo, ansiedade e estresse ante a necessidade de absorver, codificar e pôr em prática as informações recebidas pela equipe.

Os estudos se assemelham nos relatos expressados pelos participantes, diante de todo o processo vivenciado, a percepção de ter que se adaptar as diferentes realidades, os trazem sentimentos pontuais e marcantes, mas que ao vivenciar o processo pela transição de uma condição para outra, ressignificam os sentimentos presentes.

Matos (2007) em seu estudo, dos 33 participantes, 18 com 6 meses de transplantação (Grupo 2) e 15 com um ano de transplante (Grupo 3), verificamos que os participantes se sentiam maioritariamente satisfeitos e renascidos.

Ao serem questionados durante todo o processo vivenciado, quais sentimentos eram presentes, os

participantes puderam reviver o processo, e relatam a oportunidade de voltar a viver (n=44), demonstrou o sentimento de gratidão e alívio por contarem momentos, difíceis e outros não tão difíceis, para chegarem aonde estão e terem de fato, uma melhor qualidade de vida.

Aguiar et al. (2011) em seu estudo relatou que embora o instrumento utilizado na coleta de dados não contemplasse a questão da religião, durante as entrevistas para a sua aplicação, a espiritualidade foi um fato marcante que emergiu no discurso dos participantes do estudo, sinalizando a importância da fé como componente de suporte na vivência do processo de transplante.

Dessa forma, pode-se enfatizar que fé foi um sentimento exposto por mais da metade dos participantes 64% (n=32). Aguiar (2014) reforça a importância de se reconhecer as necessidades espirituais do ser humano e o impacto desta dimensão no processo saúde-doença. Sendo assim, buscar utilizar as crenças pessoais e espirituais, valorizando sentimentos positivos de esperança, fé e resiliência como adjuvantes no cuidado ao paciente fragilizado existencialmente, na manutenção do bem-estar e busca pela qualidade de vida.

## CONCLUSÕES

O transplante de fígado teve impacto positivo em todos os domínios do questionário de qualidade de vida do SF-36. Ainda que, em comparação com a severidade de sintomas apresentados durante o processo de pré-transplante e o tempo decorrido de transplante, os participantes apresentaram melhora clínica e do estado funcional, os possibilita a oportunidade de voltar a viver, proporcionando retorno em suas atividades cotidianas, conseqüentemente alcançando qualidade de vida satisfatória. A melhora na QV é proporcional ao tempo de transplante, devido á ter que se adaptar à nova realidade em que se encontram, reconhecem os benefícios pós transplante e dão pouca ou nenhuma importância a eventos clínicos imprevistos, pois atribuem um novo e positivo significado à vida após o transplante.

Contudo, importante ressaltar que, o suporte que lhes são oferecidos tanto da rede de apoio familiar e amigos quanto da rede de profissionais em que os assistem, são indispensáveis na construção e manutenção da efetividade do tratamento, participando ativamente e buscando sistemas de enfrentamento que ampliem o nível de adaptação, favorecendo a um melhor nível de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F.; BRAGA, V. A. B.. O significado do transplante de fígado para o paciente em lista de espera: Abordagem fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermeria*, v.28, n.4, p.485-494, 2012.

AGUIAR, M. I. F.. Qualidade de vida pós transplante de fígado em um centro de referência no Nordeste do Brasil. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v.53, n.9, p.1689-1699, 2014.

AGUIAR, M. I. F.; BRAGA, V. A. B.. Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.13, n.3, p.413-421, 2011.

SILVA JUNIOR, O. C.; SANKARANKUTTY, A. K.; OLIVEIRA, G. R.; PACHECO, E.; RAMALHO, F. S.; SASSO, K. D.; TOLENTINO, E.; MENTE, E. D.; FRANÇA, A. V. C.; MARTINELLI, A. L. C.. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v.17, n.3, p.83-91, 2002. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-86502002000900018>

CHATRATH, H.; LIANGPUNSAKUL, S.; GHABRIL, M.; OTTE, J.; CHALASANI, N.; VUPPALANCHI, R.. Prevalence and Morbidity Associated with Muscle Cramps in Patients with Cirrhosis. *American Journal of Medicine*, v.125, n.10, p.1019-1025, 2012. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.03.012>

FERREIRA, L. L.; ARROYO JÚNIOR, P. C.; SILVA, R. C. M. A.; LAMARI, N. M.; CAVENAGHI, O. M.. Perfil de pacientes em pré-operatório para transplante de fígado em hospital de ensino Profile of patients preoperatively to liver transplant in a teaching hospital. *J. Health Sci. Inst.*, v.31, n.3, p.84-91, 2013.

FLOR, M. J. N.. Avaliação da qualidade de vida do paciente transplantado hepático. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v.53, n.9, p.1689-1699, 2013.

GOTARDO, D. R. M.. **Qualidade de vida e transplante hepático: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós cirurgia.** 2007.

GIRGENTI, R.; TROPEA, A.; BUTTAFARRO, M. A.; RAGUSA, R.; AMMIRATA, M.. 4 Quality of life in liver transplant recipients: A retrospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.17, n.11, p.1-10, 2020. DOI: <http://doi.org/10.3390/ijerph17113809>

KNHIS, N. S.; WACHHOLZ, L. F.; SENS, S.; AMANTE, L. N.; MENDES, K. D. S.. Vivência do paciente submetido ao transplante hepático na transição do cuidado. *Ver. Rene*, v.22, p.e61476, 2021.

MATOS, C. M.. **Impacto da doença e do transplante hepático na qualidade de vida de doentes com cirrose: estudo exploratório.** 2007.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; KURCGANT, P.. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,

v.8, n.4, p.66-72, 2000.

MEIRELLES JÚNIOR, R. F. E.; SALVALAGGIO, P.; REZENDE, M. B.; EVANGELISTA, A. S.; GUARDIA, B. D.; MATIELO, C. E. L.; NEVES, D. B.; PANDULLO, F. L.; FELGA, G. E. G.; ALVES, J. A. S.; CURVELO, L. A.; DIAZ, L. G. G.; RUSI, M. B.; VIVEIROS, M. M.; ALMEIDA, M. D.; PEDROSO, P. T.; ROCCO, R. A.; MEIRA FILHO, S. P.. Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. *Einstein*, São Paulo, v.13, n.1, p.149-152, 2015. DOI: <http://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3164>

NAVASA, M.; RODÉS, J.. 5 Liver Transplantation and Quality of Life. *Textbook of Hepatology: From Basic Science to Clinical Practice*, v.14, n.8, p.2027-2031, 2000.

OLIVEIRA, N. S. P.; OLIVEIRA, T. M.; CORRÊA, A. R.; TIENSOLI, S. D.; BONISSON, P. L. V.; GUIMARÃES, G. L.; MANZO, B. F.. Diagnósticos de enfermagem de pacientes pós transplantados hepáticos em acompanhamento ambulatorial. *Cogitare Enferm.*, v.24, n.e59149, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59149>

SOARES, G. S.; ISRAEL, J. L.; GENZINI, T. PRADO, P. R.; AMARAL, T. L. M.. Nível de saúde de candidatos para transplante hepático na Amazônia Ocidental Brasileira. *Brazilian Journal of Transplantation*, v.16, n.1, p.1731-1735, 2013. DOI: <http://doi.org/10.53855/bjt.v16i1.157>

TAPPER, E. B.. 8 Building Effective Quality Improvement Programs for Liver Disease: A Systematic Review of Quality Improvement Initiatives. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v.14, n.9, p.1256- 1265.e3, 2016.

Os autores detêm os direitos autorais de sua obra publicada. A CBPC – Companhia Brasileira de Produção Científica (CNPJ: 11.221.422/0001-03) detêm os direitos materiais dos trabalhos publicados (obras, artigos etc.). Os direitos referem-se à publicação do trabalho em qualquer parte do mundo, incluindo os direitos às renovações, expansões e disseminações da contribuição, bem como outros direitos subsidiários. Todos os trabalhos publicados eletronicamente poderão posteriormente ser publicados em coletâneas impressas ou digitais sob coordenação da Companhia Brasileira de Produção Científica e seus parceiros autorizados. Os (as) autores (as) preservam os direitos autorais, mas não têm permissão para a publicação da contribuição em outro meio, impresso ou digital, em português ou em tradução.

Todas as obras (artigos) publicadas serão tokenizadas, ou seja, terão um NFT equivalente armazenado e comercializado livremente na rede OpenSea ([https://opensea.io/HUB\\_CBPC](https://opensea.io/HUB_CBPC)), onde a CBPC irá operacionalizar a transferência dos direitos materiais das publicações para os próprios autores ou quaisquer interessados em adquiri-los e fazer o uso que lhe for de interesse.



Os direitos comerciais deste artigo podem ser adquiridos pelos autores ou quaisquer interessados através da aquisição, para posterior comercialização ou guarda, do NFT (Non-Fungible Token) equivalente através do seguinte link na OpenSea (Ethereum).

*The commercial rights of this article can be acquired by the authors or any interested parties through the acquisition, for later commercialization or storage, of the equivalent NFT (Non-Fungible Token) through the following link on OpenSea (Ethereum).*



<https://opensea.io/assets/ethereum/0x495f947276749ce646f68ac8c248420045cb7b5e/44951876800440915849902480545070078646674086961356520679561158106769010982913/>