

Caracterização sociodemográfica e clínica de candidatos a transplante de fígado

Sociodemographic and clinical characteristics of candidates for liver transplantation

Karina Dal Sasso Mendes¹
Nara Laine Caetano Lopes¹
Marylin Aparecida Fabbris¹
Orlando de Castro-e-Silva Júnior²
Cristina Maria Galvão¹

Descritores

Cuidados de enfermagem; Transplante de fígado; Perfil de saúde

Keywords

Nursing care; Liver transplantation; Health profile

Submetido

17 de Junho de 2015

Aceito

18 de Março de 2016

Autor correspondente

Karina Dal Sasso Mendes
Av. Bandeirantes, 3900, 14040-902
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
dalsasso@eerp.usp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600019>



Resumo

Objetivo: Com o propósito de gerar evidências que contribuam para a prática clínica do enfermeiro na implementação de intervenções direcionadas para a melhoria do cuidado, o presente estudo teve como objetivo analisar dados sociodemográficos e clínicos de candidatos ao transplante de fígado.

Métodos: Estudo transversal, prospectivo, conduzido em hospital terciário do interior paulista. No início da coleta de dados, 77 pacientes estavam registrados na lista de espera, entretanto o cadastro é dinâmico. Assim, o tipo de amostra foi de conveniência com a participação de 85 candidatos.

Resultados: A maioria da amostra era do sexo masculino, casada e cursou até o ensino fundamental. O valor médio do *Model for End-stage Liver Disease* foi de 15,75 pontos, 70,60% dos candidatos estavam acima do peso, sendo a causa viral a principal etiologia da doença hepática crônica. As principais manifestações clínicas apresentadas pelos participantes foram varizes esofágicas, fadiga e ginecomastia nos homens.

Conclusão: O conhecimento das características de candidatos a transplante de fígado poderá subsidiar o direcionamento de ações de enfermagem com vistas à adoção de condutas individualizadas possibilitando a melhoria da atenção à saúde.

Abstract

Objective: In order to generate evidence to contribute to the clinical practice of nurses in implementing interventions to improve care, this study aimed to analyze sociodemographic and clinical data of candidates for liver transplantation.

Methods: cross-sectional, prospective study conducted at a tertiary hospital in a city of São Paulo state. At the beginning of data collection, 77 patients were registered on the waiting list, however, the registry is dynamic. Thus, the sample size was by convenience with the participation of 85 candidates.

Results: Most of the sample was male, married and studied up to elementary school. The average Model for End-stage Liver Disease was 15.75 points, 70.60% of the candidates were overweight, with a viral cause as the main cause of chronic liver disease. The main clinical manifestations presented by the participants were esophageal varices, fatigue and gynecomastia in men.

Conclusion: Knowledge of the characteristics of candidates for liver transplantation can support the direction of nursing actions with a view to the adoption of individualized decisions enabling the improvement of health care.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O fígado é o maior órgão sólido do corpo humano e um dos mais complexos. Esse órgão realiza mais de 500 funções a cada dia para manter a homeostase.⁽¹⁾ A doença hepática pode ocorrer repentinamente (aguda), como a falência hepática fulminante, ou lentamente, acarretando a falência hepática por meio de danos no fígado em longo período (crônica). O dano é usualmente irreversível.⁽²⁾

As complicações da doença hepática indicam quando é necessário o transplante do órgão. Nos adultos, as indicações mais comuns para o transplante de fígado são a hepatite B ou C crônica, doença hepática alcoólica, cirrose biliar primária, colangite esclerosante e hepatite autoimune.⁽³⁾

O transplante de fígado é considerado o tratamento de eleição para os casos de doença hepática progressiva, irreversível e terminal, quando não existe outro tipo de tratamento possível.⁽¹⁾ É considerado o procedimento mais complexo da cirurgia moderna, uma vez que interfere com diversas funções do organismo.⁽³⁾

O número de pacientes que necessita de transplante de fígado continua crescente a cada ano, mas devido ao desproporcional número de doadores de órgãos disponíveis, são utilizados critérios para a realização da cirurgia, tais como, a avaliação da gravidade da doença hepática e a compatibilidade ABO. As contraindicações absolutas para a cirurgia incluem a falência multisistêmica de órgãos, a presença de tumores malignos extra-hepáticos, doença cardíaca ou pulmonar avançada, infecção extra-hepática severa ou incontrolada e o uso ativo de substâncias como drogas e álcool.^(1,4)

Para avaliar a gravidade do estado clínico dos candidatos ao transplante, utiliza-se o *Model for End-stage Liver Disease* (MELD), o qual por meio dos resultados de exames laboratoriais de bilirrubina, creatinina e Relação Normatizada Internacional (INR), calcula-se valores numéricos que podem variar de 6 a 40 pontos, e que quantificam a urgência da necessidade do transplante. Quanto maior esta pontuação, maior a gravidade do paciente.⁽³⁾

Devido às complicações graves da doença crônica do fígado, o candidato apresenta risco alto de morte enquanto aguarda a realização do transplante de fígado. Estas complicações são decorrentes da hipertensão portal e da redução do parênquima hepático, destacan-

do-se hemorragia gastrointestinal, ascite, coagulopatias, icterícia, metabolismo reduzido de medicamentos e encefalopatia.⁽⁵⁾ Assim, os candidatos necessitam ser preparados para exames diagnósticos, devem entender o seu tratamento e aprender a manejar os cuidados necessários por longo período, até a realização da cirurgia.⁽⁶⁾

O conhecimento das características sociodemográficas e clínicas de uma população ou amostra são úteis para que o enfermeiro possa planejar e implementar intervenções efetivas que respondam as necessidades de saúde/doença identificadas, especialmente em relação as mudanças no estilo de vida e prevenção de agravos. Muitas vezes os pacientes com doença crônica hepática podem se comportar de modo a prejudicar ainda mais a sua condição de saúde. O controle de problemas relacionados à sua condição de saúde, na prevenção da progressão da doença, pode auxiliar na realização do transplante com menor risco de desenvolver complicações. Soma-se também a interferência dos fatores sociais e demográficos na adesão ao tratamento imunossupressor no período pós-operatório.

Com o propósito de gerar evidências que contribuam para a prática clínica do enfermeiro na implementação de intervenções direcionadas para a melhoria do cuidado, o presente estudo teve como objetivo analisar dados sociodemográficos e clínicos de candidatos ao transplante de fígado.

Métodos

Estudo transversal prospectivo conduzido em hospital de nível terciário, do interior do estado de São Paulo (Brasil), cadastrado no Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. No início da coleta de dados, 77 pacientes estavam registrados na Central de Transplantes do hospital selecionado para o desenvolvimento da pesquisa, mas como o cadastro é dinâmico, ou seja, novos pacientes são introduzidos ou retirados da lista de espera devido a diferentes motivos, tais como: realização do transplante, paciente sem condições clínicas, apresentar recuperação da função hepática ou ainda por falecimento, todos que frequentaram o ambulatório na coleta de dados foram convidados, sendo que o procedimento teve a duração de nove meses.

Assim, o tipo de amostra foi de conveniência com a participação de 85 candidatas ao transplante de fígado com doador falecido, em condições clínicas para responderem o instrumento de coleta de dados e idade igual ou superior a 18 anos. Os pacientes com encefalopatia hepática no momento da coleta de dados foram excluídos da pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio do uso de instrumento elaborado e submetido à validação de face e de conteúdo por estudiosos do tema, tendo como base a literatura e a experiência clínica dos pesquisadores. O instrumento contém duas partes, sendo que na primeira, os dados são direcionados para a caracterização do paciente que aguarda o transplante de fígado e na segunda, os dados relacionados ao seu perfil sociodemográfico e clínico. As variáveis coletadas contemplaram dados como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda e religião (dados sociodemográficos), tipo sanguíneo, classificação de MELD, Índice de Massa Corporal (IMC), etiologia da doença crônica do fígado, sinais e sintomas da doença, medicamentos utilizados e hábitos de vida (dados clínicos).

A coleta de dados foi realizada no período de nove meses, de novembro de 2009 a julho de 2010, no ambulatório do hospital selecionado para a condução do estudo, o qual atende semanalmente os candidatas ao transplante de fígado. A entrevista ocorreu em ambiente privativo, por meio da aplicação do instrumento no momento de espera para o atendimento com a equipe multidisciplinar. O prontuário médico também foi utilizado como fonte secundária para o registro de informações.

Os dados coletados foram inseridos no programa *Microsoft Excel*[®]. A análise dos dados foi na forma descritiva e utilizou-se o programa *GraphPad Instat*[®] 3.05. Para as variáveis qualitativas foi adotada frequência absoluta (n) e relativa (%). Para as variáveis quantitativas foram empregadas como medidas-resumo: a média, a mediana e o desvio padrão (mínimo e máximo) para apontar a variabilidade dos dados.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 02/02/2009, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido processo HCRP nº 12953/2008.

Resultados

Dos 85 candidatas ao transplante de fígado participantes da pesquisa, a maioria era do sexo masculino (74,12%) e com nascimento na zona urbana (71,76%). A média de idade da amostra investigada foi de 49,33 anos, variando nos extremos entre 19 e 68 anos. A média de escolaridade foi de 8,76 anos de estudo (DP=3,89), destaca-se que apenas um paciente nunca frequentou a escola apesar de ser capaz de ler e escrever (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo dados sociodemográficos (n=85)

Variáveis	n(%)
Gênero	
Masculino	63(74,12)
Feminino	22(25,88)
Idade	
Em anos (média, DP*)	49,33 ± 10,57
Escolaridade (anos de estudo)	
Média, DP	8,76 ± 3,89
Não estudou	1(1,18)
Até ensino fundamental	46(54,12)
Até ensino médio	20(23,53)
Até ensino superior	16(18,82)
Pós-graduação	2(2,35)
Estado civil	
Solteiro	9(10,59)
Casado ou união estável	62(72,94)
Separado ou divorciado	10(11,76)
Viúvo	4(4,71)
Número de filhos	
Média, DP	2,26 ± 1,54
Sem filhos	13(15,29)
1 a 2	41(48,24)
3 a 4	24(28,24)
Mais do que 4	7(8,24)
Local de nascimento	
Zona urbana	61(71,76)
Zona rural	24(28,24)
Ocupação	
Trabalha	46(54,12)
Aposentado	30(35,29)
Não trabalha	9(10,59)
Renda (salário mínimo**)	
Sem renda	6(7,06)
Até 1 salário	24(28,24)
De 2 a 4 salários	38(44,71)
De 5 a 7 salários	13(15,29)
Maior do que 7 salários	4(4,71)
Religião	
Católica	61(71,76)
Evangélica	14(16,47)
Espírita	7(8,24)
Outras	3(3,53)

*DP- Desvio Padrão; **salário mínimo na época da coleta de dados = R\$ 510,00

Em relação à situação conjugal, houve predomínio de participantes casados ou em união estável (72,94%), com média de 2,26 filhos. Na amostra estudada, 54,12% (n=46) dos candidatos ao transplante trabalhavam, 44,71% (n=38) recebiam de dois a quatro salários mínimos e 71,76% (n=61) eram católicos.

O tipo sanguíneo mais frequente da amostra estudada foi o tipo O (47,06%), sendo que apenas dois (2,35%) pacientes eram do tipo AB. Quanto à classificação do MELD, a média foi de 15,75 pontos (DP= 3,88), variando entre seis e 29 pontos. A média do IMC dos pacientes foi de 28,58 kg/m² (DP=6,17), variando entre 17,03 kg/m² e 47,48 kg/m², ressalta-se que apenas 25,88% dos participantes foram considerados eutróficos (Tabela 2).

O tempo médio de acometimento da doença hepática crônica da amostra investigada foi de 85,45 meses (DP=82,23), variando de seis a 420 meses. A cirrose hepática viral foi a causa mais frequente (31,76%) do surgimento da doença hepática crônica entre os pacientes.

O tempo médio de espera, em dias, na lista de transplante dos candidatos foi de 943,53 (DP=775,78), mínimo e máximo de seis e 2.626 dias. Ressalta-se que 56,06% dos pacientes não souberam informar como funcionava a lista de espera para o transplante de fígado.

Com relação aos medicamentos mais utilizados entre os pacientes, destacou-se o uso de betabloqueador adrenérgico (78,82%), diuréticos (76,47%) e protetor gástrico (50,59%).

Dentre os sinais e sintomas da doença crônica do fígado apresentados pelos candidatos, destacam-se a presença de varizes esofágicas (94,12%), queixa de fadiga (75,29%), presença de ginecomastia nos homens (71,43%) e a presença de eritema palmar (69,41%), conforme observado na tabela 3. A diminuição da libido, a presença de icterícia da esclera ocular, a alteração do padrão de sono e vigília, o edema de membros inferiores acometeu 68,24% dos participantes.

Da amostra investigada, apenas 23 pacientes (27,06%) realizavam exercício físico, destacando-se a prática de caminhada. Em relação à quantidade de refeições realizadas ao longo do dia, ocorreu variação de uma até seis refeições, com média de 4,73 refeições. Destaca-se que apenas 27 pacientes (31,76%) realizavam seis refeições ao dia. As restrições alimentares de

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo dados clínicos (n=85)

Variáveis	n(%)
Tipo ABO	
A	37(43,53)
B	6(7,06)
O	40(47,06)
AB	2(2,35)
Classificação MELD* corrigido (média,DP**)	15,75 ± 3,88
MELD < 10	5(5,88)
MELD de 10 a 19	65(76,47)
MELD de 20 a 29	15(17,65)
Situação especial para transplante	
Não	77(90,59)
Sim	8(9,41)
Índice de Massa Corporal (kg/m ²) (média,DP)	28,58 ± 6,17
Abaixo do peso*** (<18,50)	3(3,53)
Peso normal (18,50 a 24,99)	22(25,88)
Sobrepeso (≥25)	26(30,59)
Obesidade grau I (30 a 34,99)	23(27,06)
Obesidade grau II (35 a 39,99)	7(8,24)
Obesidade grau III (≥40)	4(4,71)
Tempo (meses) de doença do fígado (média ± DP)	85,45 ± 82,23
Não soube informar	3(3,53)
1 a 24 meses	18(21,18)
25 a 60 meses	28(32,94)
61 a 120 meses	19(22,35)
Mais do que 120 meses	17(20,00)
Doença crônica do fígado	
Causa alcoólica	22(25,88)
Causa viral	27(31,76)
Causa viral + alcoólica	16(18,82)
Outras causas	20(23,54)
Tempo de lista de espera (dias)	
Média, DP (dias)	943,53 ± 775,78
Até 180 dias	16(18,82)
Até 720 dias	26(30,59)
Até 1.800 dias	28(32,94)
Mais do que 1.800 dias	15(17,65)
Outras doenças crônicas	
Hipertensão arterial sistêmica	14(16,47)
Diabetes mellitus	22(25,88)
Obesidade	34(40,00)
Medicamentos mais utilizados	
Betabloqueador adrenérgico	67(78,82)
Diuréticos	65(76,47)
Antibióticos	24(28,24)
Regulador intestinal	33(38,82)
Vitaminas	36(42,35)
Protetor gástrico	43(50,59)
Insulina ou antidiabético oral	11(12,94)

*MELD - Model for Endstage Liver Disease; **DP - desvio padrão; ***categorias definidas de acordo com a Organização Mundial da Saúde

cloreto de sódio (94,12%) e gorduras (64,71%) foram as mais frequentes.

Dos 85 candidatos ao transplante de fígado, 10 (11,76%) faziam uso ativo de tabaco, consumindo em média 5,71 cigarros por dia (DP=8,85), porém outros 35 (41,18%) eram ex-fumantes. Nenhum paciente referiu ingerir bebida alcoólica, mas 59

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo os sinais e sintomas da doença crônica e hábitos de vida (n=85)

Variáveis	n (%)
Sinais e sintomas	
Icterícia da esclera ocular	58(68,24)
Distúrbios de coagulação	28(32,94)
Aranhas vasculares	31(36,47)
Eritema palmar	59(69,41)
Ginecomastia (homens)	45(71,43)
Diminuição libido	58(68,24)
Inapetência	30(35,29)
Alteração do sono e vigília	58(68,24)
Ascite	47(55,29)
Varizes esofágicas	80(94,12)
Hemorragia digestiva alta prévia	36(42,35)
Infecções frequentes	31(36,47)
Insuficiência renal aguda	25(29,41)
Constipação ou diarreia	40(47,06)
Edema de membros inferiores	58(68,24)
Hérnia	31(36,47)
Encefalopatia hepática	42(49,41)
Queixas de dor	47(55,29)
Queixas de fadiga	64(75,29)
Queixas de náuseas	31(36,47)
Cirurgia abdominal prévia	33(38,82)
Hábitos de vida	
Prática de exercício físico	23(27,06)
Refeições/dia (média, DP*)	
Restrições alimentares	
Sódio	4,73 ± 1,14
Proteínas	80(94,12)
Carboidratos (açúcares)	52(61,18)
Lipídios	22(25,88)
Uso ativo de tabaco	55(64,71)
Ex-tabagista	10(11,76)
Ex-etilista	35(41,18)
59(69,41)	
Horas de sono noturno (média, DP)	
Menor do que 8 horas	7,18 ± 2,13
8 horas de sono ou mais	38(44,71)
47(55,29)	
Horas de sono diurno (média, DP)	
Não dorme neste período	1,43 ± 1,22
Até 1 hora de cochilo ou mais	32(37,65)
53(62,35)	

*DP- Desvio Padrão

(69,41%) eram ex-alcoolistas. Três (10%) dos pacientes já fizeram o uso de algum tipo de droga ilícita.

Em relação ao sono noturno, a média da amostra investigada foi de 7,18 horas por noite (DP=2,13), variando de duas até 12 horas de sono. O sono diurno faz parte da rotina de vida diária de 53 pacientes (62,35%).

Discussão

O estudo transversal possibilita ao pesquisador buscar informações acuradas relacionadas às caracte-

rísticas de grupo particular de pessoas, instituição, situação, ou ainda, sobre a frequência de determinado problema. Como limitações metodológicas, em geral não permite esclarecer possíveis relações de causa e efeito entre as variáveis estudadas, bem como dificuldades no conhecimento da relação temporal dos dados, pois foram coletados em um único momento no tempo. O tamanho amostral e por ser um estudo regional são limitações da presente pesquisa, sendo que os resultados não podem ser generalizados para todos os candidatos ao transplante de fígado do Brasil.

A contribuição deste estudo está relacionada à identificação de características dos pacientes que aguardam o transplante de fígado, sendo que o conhecimento destas pode subsidiar o planejamento e a ação em saúde. Na literatura há escassez de estudos sobre as características sociodemográficas e clínicas de candidatas ao transplante de fígado em serviços de saúde, sendo que este aspecto limitou a discussão das similaridades e diferenças da amostra investigada com a realidade nacional e de outros países. A caracterização apresentada gerou evidências que podem ser utilizadas na prática clínica do enfermeiro na implementação de intervenções direcionadas para a melhoria do cuidado e da qualidade de vida dos pacientes. Os resultados evidenciados fornecem dados, principalmente para a prática clínica do enfermeiro que atua em programas de transplante, auxiliando na identificação de necessidades de saúde, aspecto fundamental para traçar estratégias que permitam a avaliação próxima da realidade destes pacientes. O presente estudo fornece ainda subsídios para a condução de futuras investigações nesta temática, recomendam-se estudos que avaliem o impacto das características sociodemográficas e clínicas na adesão ao tratamento imunossupressor no transplante de fígado.

O transplante de fígado tem sido fundamental tanto na sobrevida, quanto na qualidade de vida de pacientes com doença do fígado avançada. Em pesquisa nacional, as taxas de sobrevida de pacientes com um ano e três anos após a cirurgia foram de 68,4% e 64,4%, respectivamente.⁽⁶⁾ Nos Estados Unidos da América, estes números chegam a 82,4% e 76,75%.⁽⁷⁾ Trata-se de terapia que tem aumentado

a sobrevida para adultos com doença hepática irreversível em estágio final.

Com o propósito de mudar a vida de pacientes com doença crônica do fígado, proporcionando melhor qualidade de vida, a seleção adequada de candidatos ao transplante, deve ser feita contribuindo, assim, para melhores resultados. A qualidade do fígado do doador, assim como aspectos técnicos da cirurgia e fatores relacionados com o candidato ao transplante, pode influenciar no número de complicações após a cirurgia.⁽⁵⁾

Nos últimos 20 anos, o número de transplantes de fígado realizado tem crescido mundialmente. Porém é crescente, também, o número de candidatos que aguardam a cirurgia, mantendo-se desproporção frente ao número de órgãos disponíveis para o transplante. Conseqüentemente a escassez de órgãos, os óbitos ou a exclusão do paciente da fila de espera, devido ao agravamento de sua doença hepática a níveis irreversíveis da doença são preocupantes.⁽³⁾ Destaca-se que a mortalidade em fila para esta modalidade pode variar de 20 a 38% no cenário brasileiro.⁽⁸⁾

O MELD é o modelo de classificação que indica a gravidade da doença hepática, sendo utilizado para priorizar a alocação de pacientes para o transplante. Sua pontuação, de acordo com resultados de exames laboratoriais, pode variar de seis a 40 pontos, e indica a probabilidade de óbito em três meses.⁽⁹⁾ No presente estudo, o valor médio do MELD foi de 15,75 pontos, com valores entre seis e 29 pontos. Esses dados indicam que a amostra estudada apresentava risco de mortalidade de 27% a 76%.

Nos transplantes de órgãos sólidos, doadores em geral não podem ser alocados de acordo com o sexo dos candidatos, uma vez que não há suficiente número de doadores disponíveis. Entretanto, diferenças relacionadas ao sexo nos resultados dos enxertos e receptores de fígado tem sido foco de alguns estudos.^(10,11) Em geral, os homens apresentam mais doenças do fígado do que mulheres, o que corrobora com os resultados do presente estudo.

Com o crescimento do número de transplantes realizados, a demanda aumentou para a cirurgia em pessoas idosas. Em alguns centros transplantadores, a idade do candidato é empecilho para o transplante, porém os resultados de pesquisas evidenciaram que a idade não pode ser considerada como fator negativo

para o sucesso do procedimento.^(10,12) Nesta pesquisa, 10,59% dos pacientes tinham 60 anos ou mais.

O grau de escolaridade e sua colaboração na evolução dos períodos pré e pós-transplante é assunto de investigações, as quais apontaram que quanto maior o grau de instrução dos pacientes melhor será sua evolução no perioperatório.⁽¹³⁾ No presente estudo, a maioria dos pacientes (54,12%) tinha até o ensino fundamental, este dado pode indicar possível repercussão do nível de escolaridade com a adesão ao tratamento, frente às dificuldades de compreensão da terapêutica médica, podendo influenciar os resultados a curto e longo prazo.

É sabido que a doença crônica do fígado acarreta mudanças significativas de ordem social e emocional, as quais podem influenciar na adesão, no tratamento e nos resultados do transplante.⁽¹³⁾ O afastamento das atividades laborais decorrente da incapacidade ocasionada pela doença crônica e a baixa renda familiar são fatores sociais importantes, entretanto, esses aspectos não foram predominantes nos resultados desta pesquisa, uma vez que 54,12% dos pacientes trabalhavam e 44,71% tinham renda de dois a quatro salários mínimos.

A literatura também indica que pacientes com obesidade têm risco maior de morbidade e mortalidade após o transplante de fígado, sendo que alguns centros consideram esta comorbidade contraindicação para a realização da cirurgia.⁽¹⁴⁾ Na amostra investigada, existe número expressivo de candidatos com sobrepeso e obesidade, sendo relevante a avaliação e o acompanhamento nutricional desses indivíduos pelos profissionais de saúde.

Dados europeus revelam que a hepatite viral e a doença alcoólica do fígado são as indicações mais prevalentes para o transplante de fígado. Na doença alcoólica, o pré-requisito para a realização da cirurgia é a abstinência alcoólica por pelo menos seis meses. Em geral, pacientes com vírus da hepatite C, sofrem com recorrência da hepatite crônica e progressão gradual da cirrose nos 10 a 15 anos após o transplante.^(3,15) Na presente casuística, 31,76% dos pacientes tiveram a causa viral, 25,88% o alcoolismo, e 18,82% dos casos tiveram a associação do vírus da hepatite com o alcoolismo, como a principal etiologia da doença hepática crônica, o que corrobora com os resultados dos estudos mencionados.

A doença crônica do fígado causa diferentes complicações, as quais são tratadas com terapias farmacológicas e intervencionistas, porém o único tratamento capaz de promover a cura, no estágio mais grave da doença, é o transplante de fígado. Para garantir seu sucesso, a avaliação criteriosa do candidato é fundamental.^(1,3) Neste estudo os sinais e sintomas mais frequentes da evolução da doença crônica do fígado foram: varizes esofágicas, fadiga, ginecomastia (nos homens), eritema palmar, diminuição da libido, icterícia ocular, a alteração do padrão de sono e vigília e o edema de membros inferiores.

Os pacientes com doença crônica do fígado referem indisposição, cansaço e fraqueza significativos, este quadro deve-se à ingestão nutricional alterada, aumento das necessidades metabólicas e alterações hidroeletrólíticas. O nível normal de energia só voltará ao normal após o transplante de fígado e a recuperação da função hepática. O paciente deve ser orientado e estimulado a realizar exercícios físicos sem exageros e sem ultrapassar o limite do conforto.^(1,4) No presente estudo, 72,94% dos candidatos não realizavam qualquer tipo de exercício físico.

Na doença crônica do fígado, de acordo com a sua evolução, maior será o impacto nutricional, pois o fígado regulariza o metabolismo de proteínas e energia, além de acentuar sinais e sintomas de inapetência devido ao uso de medicamentos. Isso indica que o candidato ao transplante de fígado tem maior risco de desenvolver deficiências nutricionais.^(16,17) No presente estudo, 94,12% dos pacientes relataram a restrição de sódio e 61,18% de proteínas, principalmente carne vermelha, para controlar o acúmulo de líquidos (ascite e edema) e o desenvolvimento de encefalopatia hepática pela ingestão deste tipo de nutriente.

As implicações negativas para a saúde devido ao tabagismo fora do cenário dos transplantes são bem conhecidas, causando risco aumentado de doenças cardiovasculares, derrame, câncer e úlcera péptica. Além disso, os tabagistas apresentam susceptibilidade aumentada a infecções e estão mais sujeitos ao risco de doença crônica de rins e a resistência insulínica. A prevalência de tabagismo entre a população geral é entre 20 e 30%. Na literatura, estudo mostrou que entre os receptores de transplante de fígado esses índices chegam a 40% dos pacientes, com consequên-

cias de aumento da mortalidade pós-transplante.⁽¹⁸⁾ Nesta pesquisa, os resultados evidenciados apontaram que menos de 12% dos candidatos tinham esse hábito nocivo para a saúde, apesar de mais de 40% dos participantes serem ex-tabagistas.

Um dado importante que indica necessidade de atenção e intervenção da equipe de saúde é que os pacientes que estão em lista para o transplante devido ao uso de bebida alcoólica, podem retornar ao vício até mesmo antes da realização da cirurgia.⁽¹⁹⁾ Neste estudo, os resultados demonstraram que nenhum paciente referiu o uso desta substância, porém quase 70% dos candidatos referiram serem ex-etilistas.

Em pesquisa conduzida em Portugal, os resultados evidenciaram que a não adesão ao tratamento de receptores de transplantes é relevante, sendo a prevalência média de 25,28% e influenciada por fatores sociodemográficos como idade, escolaridade, estado civil, sexo, raça e nível socioeconômico.⁽²⁰⁾ Assim, o conhecimento das características sociodemográficas e clínicas de candidatos ao transplante de fígado auxilia na identificação de necessidades de saúde, aspecto fundamental para traçar estratégias que permitam a avaliação próxima da realidade destes pacientes, além de fornecer subsídios para o planejamento e implementação de intervenções de saúde que promovam melhoria da qualidade de vida e o sucesso do tratamento.

Conclusão

Frente à casuística de 85 candidatos ao transplante de fígado, observou-se predominância do sexo masculino, com idade média de 49,33 anos, média de 8,76 anos de estudo, 45,88% estavam afastados de atividades laborais e a renda predominante foi de dois a quatro salários mínimos. A maioria apresentou MELD médio de 15,75 pontos, 70,60% estavam acima do peso e apresentaram curso de evolução da doença crônica do fígado médio de 85,45 meses. A cirrose hepática de causa viral e alcoólica foi majoritária (76,46%) e o tempo médio de fila de espera foi de 943,53 dias. Dentre as principais manifestações clínicas apresentadas, destaca-se a presença de varizes esofágicas (94,12%), ascite (55,29%), ence-

falopatia hepática (49,41%) e hemorragia digestiva prévia (42,35%).

A caracterização de candidatos poderá subsidiar o direcionamento de ações de enfermagem com vistas à adoção de condutas individualizadas, bem como o suporte das condições clínicas e sociais, durante o período de espera para o transplante de fígado.

Agradecimentos

À Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo (bolsa de Iniciação Científica para Caetano NL) e ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) pela bolsa de Iniciação Científica para Fabbris MA e bolsa de produtividade em pesquisa nível 2 para Galvão CM.

Colaborações

Mendes KDS participou da concepção do projeto, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Lopes NLC colaborou na coleta de dados, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Fabbris MA contribuiu na coleta de dados, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Castro-e-Silva Júnior O cooperou com a análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Galvão CM participou da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Clayton M. Assessing patients before and after a liver transplant. *Practice Nurs.* 2011; 22(5):236-41.
2. Naden D, Bjork IT. Patients' experiences in hospital following a liver transplantation. *Scand J Caring Sci.* 2012; 26(1):169-77.
3. Grogan TA. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2011; 23(3):443-56.
4. Fullwood D, Jones F, Lau-Walker M. Care of patients following liver transplantation. *Nurs Stand.* 2011; 25(49):50-6; quiz 8, 60.
5. Valentine E, Gregorits M, Gutsche JT, Al-Ghofaily L, Augoustides JG. Clinical update in liver transplantation. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2013; 27(4):809-15.
6. Mendes KD, Rossin FM, Ziviani Lda C, Ribeiro KP, Zago MM, Ohler L, et al. Photoeducation and photoprotection among liver transplant candidates: a cross-sectional study. *Gastroenterol Nurs.* 2013; 36(3):215-21.
7. Alqahtani SA, Larson AM. Adult liver transplantation in the USA. *Curr Opin Gastroenterol.* 2011; 27(3):240-7.
8. Ferreira LG, Anastacio LR, Lima AS, Touslon Davisson Correia MI. Predictors of mortality in patients on the waiting list for liver transplantation. *Nutricion Hospitalaria.* 2013; 28(3):914-9.
9. Batista TP, Sabat BD, Melo PS, Miranda LE, Fonseca-Neto OC, Amorim AG, et al. Impact of MELD allocation policy on survival outcomes after liver transplantation: a single-center study in northeast Brazil. *Clinics.* 2011; 66(1):57-64.
10. Burra P, De Martin E, Gitto S, Villa E. Influence of age and gender before and after liver transplantation. *Liver Transpl.* 2013; 19(2):122-34.
11. Bianco T, Cillo U, Amodio P, Zanusi G, Salari A, Neri D, et al. Gender differences in the quality of life of patients with liver cirrhosis related to hepatitis C after liver transplantation. *Blood Purif.* 2013; 36(3-4):231-6.
12. Sharpton SR, Feng S, Hameed B, Yao F, Lai JC. Combined effects of recipient age and model for end-stage liver disease score on liver transplantation outcomes. *Transplantation.* 2014; 98(5):557-62.
13. Saab S, Bownik H, Ayoub N, Younossi Z, Durazo F, Han S, et al. Differences in health-related quality of life scores after orthotopic liver transplantation with respect to selected socioeconomic factors. *Liver Transpl.* 2011; 17(5):580-90.
14. Rezende Anastacio L, Garcia Ferreira L, Costa Liboredo J, de Sena Ribeiro H, Soares Lima A, Garcia Vilela E, et al. Overweight, obesity and weight gain up to three years after liver transplantation. *Nutricion Hospitalaria.* 2012; 27(4):1351-6.
15. Gutierrez Domingo I, Pascasio Acevedo JM, Alcalde Vargas A, Ramos Cuadra A, Ferrer Rios MT, Sousa Martin JM, et al. Prevalence of hepatitis B and A virus markers and vaccination indication in cirrhotic patients evaluated for liver transplantation in Spain. *Transplant Proc.* 2012; 44(6):1502-4.
16. Garcia-Rodriguez M, Pinon-Villar M, Lopez-Calvino B, Otero-Ferreiro A, Suarez-Lopez F, Gomez-Gutierrez M, et al. Assessment of nutritional status and health-related quality of life before and after liver transplantation. *BMC Gastroenterol.* 2015; 15(1):6.
17. Sugihara K, Yamanaka-Okumura H, Teramoto A, Urano E, Katayama T, Morine Y, et al. Recovery of nutritional metabolism after liver transplantation. *Nutrition.* 2015; 31(1):105-10.
18. Herrero JI, Pardo F, D'Avola D, Alegre F, Rotellar F, Inarrairaegui M, et al. Risk factors of lung, head and neck, esophageal, and kidney and urinary tract carcinomas after liver transplantation: the effect of smoking withdrawal. *Liver Transpl.* 2011; 17(4):402-8.
19. Weinrieb RM, Van Horn DH, Lynch KG, Lucey MR. A randomized, controlled study of treatment for alcohol dependence in patients awaiting liver transplantation. *Liver Transpl.* 2011; 17(5):539-47.
20. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Monteiro E. Adherence correlates in liver transplant candidates. *Transplant Proc.* 2009; 41(5):1731-4.