



## Qualidade de vida pós-transplante hepático com enxerto de doador idoso

### Quality of life after liver transplantation with old donor graft

Maria José Nascimento Flor<sup>1</sup>, José Huygens Parente Garcia<sup>1</sup>, Maria Isis Freire de Aguiar<sup>2</sup>, João Marcos de Meneses e Silva<sup>3</sup>, Paulo César de Almeida<sup>4</sup>, Francisca Diana da Silva Negreiros<sup>1</sup>

**Objetivo:** comparar a qualidade de vida dos pacientes transplantados hepáticos que receberam fígado de doador com idade  $\leq 60$  ou  $>60$  anos. **Métodos:** estudo prospectivo, com amostra de 141 receptores de fígado de doador com idade igual ou menor de 60 anos e receptores de fígado de doador idoso, em um centro de referência. Utilizou-se instrumento para identificação e o questionário *Short Form-36*. Foram aplicados os testes *t-Student* e *Mann-Whitney* para comparação entre grupos. **Resultados:** identificaram-se maiores níveis de qualidade de vida com diferenças estatisticamente significativas: Grupo A no aspecto social ( $p=0,02$ ) e o Grupo B com  $>50$  meses de transplante ( $p=0,05$ ) no componente sumarizado físico. **Conclusão:** a qualidade de vida de receptores de fígado de doador idoso foi semelhante aos que receberam enxerto de doadores mais jovens na maioria das dimensões. O tempo de transplante teve impacto positivo na qualidade de vida de receptores idosos.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Transplante de Fígado; Seleção do Doador; Enfermagem.

**Objective:** to compare the quality of life of liver transplant patients who received liver from donor aged  $\leq 60$  or  $>60$  years old. **Methods:** a prospective study with a sample of 141 recipients from liver donors aged equal to or less than 60 years and recipients of elderly donor liver, in a reference center. Authors used a tool for identification and the Short Form-36. The Student-t and Mann-Whitney tests were applied for comparison between groups. **Results:** there were higher levels of quality of life with a statistically significant difference: Group A in social aspect ( $p=0.02$ ) and Group B  $>50$  months of transplantation ( $p=0.05$ ) in physical component summary. **Conclusion:** the quality of life of liver receptors from older donor livers was similar to those who received a graft from younger donors in most dimensions. Transplanting time had a positive impact on the quality of life of elderly recipients.

**Descriptors:** Quality of Life; Liver Transplantation; Donor Selection; Nursing.

<sup>1</sup>Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Maria José Nascimento Flor

Rua Henrique Rabelo, 1050 - Joaquim Távora. CEP 60.110-540. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mzflor@hotmail.com

## Introdução

O avanço alcançado na Medicina com novas intervenções para o tratamento das doenças hepáticas, principalmente, na insuficiência hepática irreversível tem propiciado aumento da sobrevida com qualidade. O transplante hepático é inquestionavelmente a terapia de escolha uma vez que tanto a sobrevida como a qualidade de vida são superiores em pacientes transplantados em comparação com pacientes similares sem transplante<sup>(1)</sup>.

A demanda de novas pessoas que necessitam de transplante hepático, em situações cada vez mais graves e complexas, tem aumentado em grandes proporções, superando as doações de órgãos. Pesquisadores afirmam que não faltam prováveis doadores, mas potenciais doadores que não se tornam efetivos pela falta de notificação às Centrais de Transplantes ou por negação da família. Outros fatores como a falta de capacitação de equipes, manutenção inadequada do doador e equipamentos para comprovar a morte encefálica também colaboram para não efetivação do processo de doação<sup>(2)</sup>.

O crescimento anual do transplante hepático de 2008 a 2014 foi de 1,9%, sendo 1,1% com doador falecido e 10,3% com doador vivo. No primeiro trimestre de 2014, dos 76,7 potenciais doadores de órgãos por milhão de população (pmp), apenas 14,2pmp tornaram-se doadores efetivos<sup>(3)</sup>.

A escassez de doadores ideais e o longo tempo em lista de espera despertou nas equipes transplantadoras a necessidade de utilização do doador limítrofe como estratégia para aumentar o número de transplantes<sup>(3)</sup>. Esses doadores, em diversos serviços, tem proporcionado diminuição entre demanda de receptores e órgãos ofertados atentando para uma avaliação mais cuidadosa possível desses enxertos<sup>(4)</sup>.

O doador limítrofe ou doador com critério expandido, teoricamente, é aquele cujo órgão apresenta risco aumentado de função inicial pobre ou ausente. Entre os fatores de risco estão a idade maior que 60 anos, esteatose maior que 30,0%, isquemia fria maior

que 13 horas e quente acima de cinquenta minutos, sódio acima de 155mEq/l, internação em unidade de terapia intensiva acima de 3 dias, hipotensão prolongada, altas doses de drogas vasoativas, coração parado, entre outros<sup>(5)</sup>.

O aumento de doações de pessoas idosas ao mesmo tempo em que diminui a lista de espera aumenta o rigor na avaliação dos enxertos, já que o fígado de pessoas idosas apresenta alterações, como diminuição do peso, do volume e redução do fluxo, sem acarretar prejuízo na função. Quanto às complicações pós-transplante com uso de doadores com mais de 60 anos, existem controvérsias. Alguns estudiosos defendem a tese de que esses enxertos estão relacionados com maior número de rejeições, de complicações biliares e vasculares devido à arteriosclerose da artéria hepática e transmissão de tumores ocultos<sup>(5)</sup>.

Há mais de uma década realizando transplante de fígado, a equipe multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, tem preocupação especial com a qualidade de vida do transplantado hepático e com a introdução de novas rotinas em suas vidas.

A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde tem se tornado uma medida cada vez mais importante no cuidado em saúde, especialmente, no campo das doenças crônicas, considerando a percepção do paciente sobre os efeitos da doença e dos tratamentos, além do impacto na sua vida diária<sup>(6)</sup>.

No Brasil, instrumentos traduzidos e validados estão sendo aplicados em vários grupos de pacientes para avaliar o impacto de diversas doenças e intervenções na vida dos indivíduos. Nesse estudo, utilizou-se o instrumento genérico *Short Form - 36* (SF-36), pela possibilidade de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde nos aspectos positivos (bem-estar) e negativos (doença ou enfermidade).

A atuação do enfermeiro no transplante hepático inicia-se no serviço ambulatorial, quando o cliente é direcionado para avaliação da indicação do transplante. Neste período, o enfermeiro tem a oportunidade de orientar o cliente e a família quanto ao protocolo de

exames pré-transplante; procedimentos do pré, trans e pós-cirurgia; importância da adesão ao tratamento com imunossuppressores e dos critérios legais, éticos e técnicos da lista de espera. Na existência de um potencial doador, cabe ao enfermeiro convocar o receptor para internação hospitalar; acionar a equipe de enfermagem da captação e o técnico de laboratório; comunicar à equipe de enfermagem da unidade de internação, do centro cirúrgico e da sala recuperação<sup>(7)</sup>.

No acompanhamento ambulatorial dos pacientes de pré-transplante, percebeu-se uma inquietação com relação ao perfil do doador com idade avançada e repercussões no pós-transplante, surgindo o seguinte questionamento: A idade avançada do doador pode interferir na qualidade de vida do transplantado hepático?

Assim, foi objetivo deste estudo comparar a qualidade de vida dos pacientes transplantados hepáticos que receberam fígado de doador com idade  $\leq 60$  ou  $>60$  anos.

## Métodos

Estudo prospectivo, descritivo e analítico, realizado no Ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, considerado centro de referência nacional.

A população foi composta por pacientes submetidos a transplante hepático e a amostra foi determinada mediante a aplicação dos critérios de inclusão: paciente transplantado e em acompanhamento no hospital, com no mínimo seis meses de transplante, em condições físicas e psicológicas favoráveis para preencher o instrumento de coleta de dados, ser alfabetizado; e de não conformidade: dados incompletos, transplante por hepatite fulminante ou duplo (rim e fígado), retransplante, receptor com idade menor ou igual a dezoito anos no momento da coleta de dados.

A amostra foi de 141 pacientes, distribuídos em dois grupos: Grupo A (n=100) - receptores que receberam enxerto hepático de doadores com idade

menor ou igual a sessenta anos) e Grupo B (n=41) - receptores que receberam enxerto hepático de doadores com idade maior que sessenta anos.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2012 a julho de 2014 no ambulatório de transplante hepático. Os pacientes foram convidados a participar do estudo, no retorno às consultas pós-transplante e direcionados para um dos consultórios de atendimento médico, garantindo-lhes a privacidade. A maioria dos questionários (139) foi aplicado pelo pesquisador, em forma de entrevista, e somente dois foram autoadministrados.

Utilizou-se um formulário para coleta de dados de identificação do receptor: idade, sexo, diagnóstico da doença hepática, valor de *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD) no dia do transplante e tempo de transplante. Os dados do doador foram obtidos do relatório de cirurgia da captação, incluindo sexo, idade e diagnóstico da doença.

Para avaliação da qualidade de vida dos receptores, foi aplicado o questionário *Short Form 36* (SF-36), um questionário multidimensional formado por 36 itens, adaptado e validado para a população brasileira, que engloba 8 escalas ou domínios: 1-capacidade funcional (10 itens), 2-limitação por aspectos físicos (4 itens), 3-dor (2 itens), 4-estado geral de saúde (5 itens), 5-vitalidade (4 itens), 6-aspectos sociais (2 itens), 7-limitação por aspectos emocionais (3 itens), 8-saúde mental (5 itens), e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. O escore final varia de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde<sup>(8)</sup>.

Os oito domínios foram agrupados formando dois componentes que representam a saúde física e a mental. O Componente de Saúde Física compreende os domínios 1, 2, 3 e 4 e o Componente de Saúde Mental compreende os domínios 5, 6, 7 e 8<sup>(9)</sup>.

Os dados foram registrados na planilha *Excel do Office 2008* da *Microsoft*<sup>®</sup> e processados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0.

Foi utilizada análise estatística descritiva, com as variáveis categóricas representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%) e os escores dos domínios do SF-36 expressos por média e desvio-padrão. Utilizou-se o teste *t-Student* para avaliar a diferença entre grupos A e B segundo os domínios do SF-36 e as variáveis MELD ( $\leq 20$  e  $>20$ ) e tempo de transplante. Recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* para comparação entre os grupos de acordo com a faixa de idade dos receptores. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de  $p \leq 0,05$ .

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Participaram do estudo 141 pacientes submetidos ao transplante, dos quais 140 receberam enxerto hepático de doador com morte encefálica e um recebeu enxerto hepático de doador vivo.

As características sociodemográficas e clínicas dos grupos A e B foram apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição de pacientes submetidos ao transplante hepático conforme perfil clínico e socio-demográfico (n= 141)

Características	Grupo A (n = 100)		Grupo B (n = 41)	
	Média	±DP	Média	±DP
<b>Sexo</b>				
Masculino	71(71,0)		31 (75,7)	
Feminino	29 (29,0)		10 (24,3)	
Idade	52,5	±12,4	54	±13,1
Tempo de transplante (mês)	34	±19,8	36	±21,7
MELD	20	±3,3	20	±4,9
<b>Doença hepática</b>				
Cirrose por hepatite viral B, C, D ou associados	27 (27,0)		9 (22,0)	
Cirrose alcoólica	16 (16,0)		8 (19,0)	
Hepatite viral/Carcinoma Hepatocelular	16 (16,0)		7 (17,0)	
Cirrose criptogênica	10 (10,0)		6 (14,7)	
Doença metabólica	7 (7,0)		1 (2,4)	
Hepatite viral/Alcoólica	6 (6,0)		4 (9,8)	
Outros	18 (18,0)		6(14,6)	

Nos receptores do Grupo A, prevaleceu o sexo masculino (71,0%), com idade média de 52,5 anos e tempo de transplante em torno de 34 meses. A etiologia de maior frequência foi a hepatite por vírus (B, C, D) isolado ou associados (27,0%), seguida da hepatite viral/Carcinoma Hepatocelular e cirrose alcoólica com 16,0% cada. O critério de gravidade da doença utilizado foi o MELD com valor médio 20.

Entre os receptores do Grupo B, predominou o sexo masculino (75,7%), com idade média de 54 anos e tempo de transplante médio de 36 meses. A etiologia de maior frequência foi a hepatite por vírus (B, C, D) isolado ou associados (22,0%), seguida da cirrose alcoólica com 19,0%. O critério de gravidade da doença utilizado foi o MELD com valor médio 20 (Tabela 1).

Os resultados dos domínios de qualidade de vida foram apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** - Análise comparativa entre os receptores dos grupos A e B em relação aos domínios do Componente Saúde Física e do Componente Saúde Mental do SF-36 (n= 141)

Domínios	Grupo A (n=100)		Grupo B (n=41)		p
	Média	±DP	Média	±DP	
<b>Componente saúde física</b>					
Capacidade funcional	88,5	±16,7	81,6	±21,0	0,061
Limitação por aspectos físicos	60,2	±40,8	53,0	±44,4	0,328
Dor	86,8	±16,8	84,6	±16,8	0,469
Estado geral de saúde	86,7	±12,9	80,8	±17,9	0,061
<b>Componente saúde mental</b>					
Vitalidade	83,9	±16,3	77,1	±17,7	0,032
Aspectos sociais	92,5	±15,8	83,0	±24,6	0,026
Limitação por aspectos emocionais	78,1	±35,5	70,8	±41,3	0,294
Saúde mental	87,9	±11,3	81,5	±20,0	0,061

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

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias somente nos domínios Aspectos Sociais ( $p=0,026$ ) e Vitalidade ( $p=0,032$ ), com maiores escores de qualidade de vida para o Grupo A. Por outro lado, não se evidenciou diferença estatisticamente significativa entre as médias de qualidade de vida dos demais domínios entre os grupos.

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

As variáveis MELD, faixa etária do receptor e tempo de transplante foram comparados entre os Grupos A e B no Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico, como demonstra a Tabela 3.

**Tabela 3** - Análise comparativa entre as médias do Componente Sumarizado Mental e Componente Sumarizado Físico dos grupos A e B, segundo as variáveis MELD, faixa etária e tempo de transplante do receptor (n= 141)

Variável	Componente Sumarizado Mental					Componente Sumarizado Físico				
	Grupo A		Grupo B		P	Grupo A		Grupo B		P
	Média	±DP	Média	±DP		Média	±DP	Média	±DP	
MELD										
≤ 20	85,4	14,0	81,3	19,1	0,274	72,9	12,6	74,8	17,4	0,574
> 20	80,5	18,6	88,0	3,3	0,127	69,4	12,1	72,8	12,2	0,364
Faixa etária (em anos)										
19 - 40	79,6	19,8	85,3	10,3	0,433	66,8	13,9	72,8	10,9	0,278
41 - 59	81,9	16,9	83,5	15,8	0,718	71,0	12,0	77,0	16,9	0,166
≥ 60	88,3	11,2	83,3	17,9	0,215	75,3	11,6	71,9	16,6	0,450
Tempo de transplante (em meses)										
6 - 30	79,9	18,8	84,1	13,3	0,413	68,9	14,1	70,3	16,7	0,755
31 - 50	85,1	12,2	81,9	21,0	0,548	75,7	12,8	73,7	17,5	0,681
> 50	85,9	15,8	85,0	13,2	0,874	70,6	8,6	79,9	10,7	0,005

Os Grupos A e B apresentaram maiores médias de qualidade de vida no Componente Sumarizado Mental em todas as faixas etárias. Destacando-se a média do Grupo A (88,3), na faixa etária maior ou igual a 60 anos, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação ao Grupo B ( $p=0,215$ ), de acordo com o teste *Mann-Whitney*.

No Componente Sumarizado Físico, sobressaiu a média do Grupo B (77,0) na faixa etária de 41-59 anos, embora sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,166$ ) em relação ao Grupo A. Na faixa etária de 19 a 40 anos também não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de qualidade de vida dos Grupos A e B no Componente Su-

Conforme dados do Componente Sumarizado Mental, pacientes do Grupo A apresentaram médias de qualidade de vida maiores (85,4) em comparação com o Grupo B (81,3), em pacientes com valor do MELD menor ou igual a 20 ( $p=0,274$ ), porém obteve menor escore de qualidade de vida (80,5) entre os pacientes com MELD maior que 20 (0,127), embora não tenham sido identificadas diferenças significativas no teste *t-Student*.

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

marizado Mental ( $p=0,433$ ) e no Componente Sumarizado Físico ( $p=0,278$ ).

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

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

## Discussão

A utilização do SF-36 possibilitou a avaliação da qualidade de vida de receptores de fígado e comparação entre grupos de diferentes idades, abrangendo aspectos físicos, sociais e emocionais. Contudo, embora seja um instrumento multidimensional, não permite mensurar especificidades relacionadas à doença hepática e condição de receptor de transplante, sendo considerada uma limitação deste estudo.

Os resultados trazem contribuições no sentido de agregar conhecimento para indicação de uso de enxerto com critérios expandidos, especialmente em relação à idade do doador, oferecendo subsídios para os centros transplantadores na decisão pelo transplante, o que pode favorecer a diminuição de pessoas em lista de espera e sua morbimortalidade, proporcionando assim a oportunidade de recuperação da saúde e qualidade de vida para candidatos ao transplante.

Na amostra com 141 doadores de fígado, aproximadamente um terço dos doadores tinham idade maior que sessenta anos. No Estado do Ceará, em 2014, 29,0% dos doadores tinham idade entre 50 e 64 anos<sup>(3)</sup>.

Estudo realizado na Espanha, com 149 receptores de um centro de transplantes, observou que a sobrevida do enxerto hepático dos doadores com idade igual ou maior que 60 anos foi de 71,4%, após um ano de transplante, e não houve diferenças significativas em comparação com o grupo com menos de sessenta anos<sup>(4)</sup>. O benefício na sobrevida dos pacientes que receberam fígado de doador idoso também foram confirmados em outros estudos<sup>(10-11)</sup>.

Em se tratando da avaliação da qualidade de vida dos pacientes transplantados hepáticos, com base no instrumento SF-36, no Grupo A os domínios que mostraram melhor qualidade de vida foram: aspecto social e capacidade funcional; enquanto no Grupo B, foram dor e aspecto social.

Em acompanhamento a 299 pacientes adultos submetidos ao transplante hepático, dos quais 171 responderam ao SF-36, o domínio avaliado com mais

alto escore foi referente aos aspectos sociais e com menor escore a capacidade física e vitalidade<sup>(12)</sup>.

Destaca-se que mesmo após o transplante, as pessoas ainda sofrem alterações em diversos campos, em virtude da necessidade de adaptação a uma nova vida, rotina médica, uso contínuo de imunossuppressores e risco de complicações. Além disso, a forma como percebem o suporte social que lhes é dado poderá ter influência na sua qualidade de vida<sup>(9)</sup>.

Estudo com 82 pacientes transplantados hepáticos, acompanhados por seis meses, observou que a ansiedade pré-transplante foi preditora de ansiedade no pós-transplante, bem como indicou tendência para a depressão, interferindo ainda na qualidade de vida em vários domínios, incluindo dor no corpo, limitações funcionais por problemas emocionais e saúde mental<sup>(13)</sup>.

Com relação à gravidade da doença hepática, no estudo realizado, os receptores de doador com mais de 60 anos com MELD >20 apresentaram melhor qualidade de vida, entretanto, o valor de MELD não teve diferença significativa nos resultados.

Atualmente o MELD é o recurso utilizado para priorizar pacientes em lista de espera para transplante de fígado. Pesquisa de revisão realizada em três bases de dados sobre esse modelo de alocação de órgãos com 30 artigos mostrou que o escore MELD aumentou significativamente a taxa de sobrevida de curto prazo dos pacientes mais graves da lista de espera do transplante de fígado, mas não teve impacto significativo na taxa de sobrevida dos pacientes de menor gravidade<sup>(14)</sup>.

Estudo com pacientes transplantados hepáticos demonstrou claramente que o MELD  $\geq$  20 é um dos preditores de risco de mortalidade após o transplante hepático, no período de 90 dias a um ano. A capacidade de identificar pacientes de alto risco após o transplante de fígado é um instrumento valioso que pode levar a decisão por terapias pós-operatórias mais eficazes. Além disso, pode ser útil para incluir as taxas de sucesso no pós-operatório previsto em estratégias de alocação de órgãos<sup>(15)</sup>.

Analisando a qualidade de vida do transplantado hepático por faixas etárias, evidenciou-se que apesar da melhora na qualidade de vida no Componente Sumarizado Mental de ambos os grupos não houve diferença significativa entre eles.

Pesquisadores investigaram a qualidade de vida de 256 adultos submetidos a transplante hepático, dos quais 15 (5,9%) desenvolveram ansiedade e quatro (1,6%) apresentaram severa depressão pós-transplante, e identificaram que a idade > 45 anos no momento do transplante, ausência de complicações, ansiedade e depressão e enxerto de doador falecido foram, possivelmente, fatores que influenciaram na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no pós-operatório do transplantado de fígado<sup>(16)</sup>.

A idade média dos pacientes com doenças hepáticas que necessitam de transplante tem aumentado assim como a preocupação com a sobrevida e a qualidade de vida pós-transplante. Estudo retrospectivo com 8.070 transplantados de fígado, com 60 anos de idade ou mais durante onze anos, observou que a sobrevida pós-transplante foi de 83,0% no primeiro ano e de 67,0% no quinto ano. Concluiu também que é possível otimização de seleção de doadores para beneficiar os receptores com idade superior a sessenta anos, através do sistema *Older Recipient Prognostic Score*<sup>(17)</sup>.

A idade do receptor foi um dos fatores que contribuiu para o aumento da taxa de mortalidade em estudo, após dois anos de transplante, aumentando de 1 a 4% ao ano, como resultados de complicações cardiovascular, respiratória, neurológica e surgimento de câncer novo<sup>(18)</sup>.

Nesta pesquisa, constatou-se que os pacientes que receberam fígado de doador >60 anos de idade mostraram melhor qualidade de vida com mais de 50 meses de transplante. Em concordância com esses achados, pesquisador avaliou pacientes transplantados hepáticos e observou numa amostra de 33 indivíduos (18 com seis meses de transplante e 15 com doze

meses) que a melhoria a qualidade de vida após 12 meses de transplante é muito perceptiva, sendo menos expressiva no grupo de transplantados com seis meses. A melhoria foi mais evidente nos sintomas físicos do que na dimensão psicossocial<sup>(19)</sup>.

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

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

## Conclusão

O estudo revelou que a qualidade de vida de receptores de fígado de doador idoso foi semelhante à daqueles que receberam enxerto de doadores mais jovens na maioria das dimensões, trazendo avanço para a compreensão das implicações do uso de enxerto de doador idoso, o que poderá contribuir com novos estudos para uma indicação mais segura.

## Colaborações

Flor MJN contribuiu na concepção do projeto, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Garcia JHP, Aguiar MIF, Silva JMM, Almeida PC e Negreiros FDS contribuíram na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Saidi RF. Current status of liver transplantation. *Arch Iran Med.* 2012; 15(12):772-6.
2. Garcia CD. Manual de doações e transplantes. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
3. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014). Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. 2014 [citado 2015 dec 13]; XX(4):3-10. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/upload/file/rbt/2014/rbt2014-lib.pdf>
4. Serrano MT, Garcia-Gil A, Arenas J, Ber Y, Cortes L, Valiente C, et al. Outcome of liver transplantation using donors older than 60 years of age. *Clin Transplant.* 2010; 24(4):543-9.
5. Fonseca Neto OCL. O doador limítrofe no transplante hepático. *Brasília Med.* 2011; 48(1):65-9.
6. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade A, Paula JM. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene.* 2014; 15(1):132-40.
7. Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. Belo Horizonte: Coopmed; 2012.
8. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50.
9. Abrunheiro LMM. A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático [Internet]. [citado 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0255.pdf>
10. Jiménez-Romero C, Clemares-Lama M, Manrique-Municio A, Garcia-Sesma A, Calvo-Pulido J, Moreno-González E. Long-term results using old liver grafts for transplantation sexagenarian versus liver donors older than 70 years. *World J Surg.* 2013; 37(9):2211-21.
11. Rauchfuss F, Voigt R, Dittmar Y, Heise M, Settmacher U. Liver transplantation utilizing old donor organs: a German single-center experience. *Transplant Proc.* 2010; 42(1):175-7.
12. Volk ML, Hagan M. Organ quality and quality of life after liver transplantation. *Liver Int.* 2011; 17(12):1443-7.
13. Miller LR, Paulson D, Eshelman A, Bugns M, Broun KA, Moonka D, et al. Mental health affects the quality of life and recovery liver transplantation. *Liver Transplant.* 2013; 19(11):1272-8.
14. Chaib E, Figueira ERR, Brunheroto A, Gatti AP, Fernandes DV, D'Albuquerque LAC. A seleção de pacientes utilizando-se o critério MELD melhora a sobrevida a curto prazo dos pacientes submetidos ao transplante de fígado? *Arq Bras Cir Dig.* 2013; 26(4):324-7.
15. Bruns H, Lozanovski VJ, Schultze D, Hillebrand N, Hinz U, Büchler MW, et al. Prediction of postoperative mortality in liver transplantation in the era of MELD-based liver allocation: a multivariate analysis. *PLoS One.* 2014; 9(6):e98782.
16. Chen PX, Yan LN, Wang WT. Health-related quality of life of 256 recipients after liver transplantation. *World J Gastroenterol.* 2012; 18(36):5114-21.
17. Aloia TA, Knight R, Gaber AO, Ghobrial RM, Gosssi JA. Analysis of liver transplant outcomes for united network for organ sharing recipients 60 years old or older identifies multiple model for end-stage liver disease-independent prognostic factors. *Liver Transplant.* 2010; 16(8):950-9.
18. Zahn A, Seubert L, Jünger J, Schellberg D, Weiss KH, Schemmer P, et al. Factors influencing long-term quality of life and depression in German liver transplant recipients: a single-center cross-sectional study. *Ann Transplant.* 2013; 18:327-35.
19. Matos MMPC. Impacto da doença e do transplante hepático na qualidade de vida de doentes com cirrose: estudo exploratório. *Cad Saúde Pública.* 2011; 4(1):7-36.
20. Yang LS, Sham LL, Saxeno A, Mornis DL. Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. *Liver Int.* 2014; 34(9):1298-313.