



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

PATRICIA SILVA MELO

ANÁLISE DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PACIENTES
SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

2015

PATRICIA SILVA MELO

**ANÁLISE DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PACIENTES
SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Martins Alves da Silva

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2015

Melo, Patrícia Silva

Análise do consumo de álcool em pacientes submetidos a transplante de fígado.

São José do Rio Preto - SP, 2015.

89 p

Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP – FAMERP.

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Martins Alves da Silva.

1. Transplante de fígado; 2. Recidiva; 3. Preditores; 4. Qualidade de vida.

PATRICIA SILVA MELO

**ANÁLISE DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PACIENTES
SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Rita C. M. A. da Silva

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP –
FAMERP.**

1ª Examinador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP –
FAMERP.**

2ª Examinadora: Profa. Dra. Maria Cristina O. S. Miyazaki

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP –
FAMERP.**

São José do Rio Preto, 21/08/2015

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|------|
| Dedicatória | v |
| Agradecimento Especial..... | vi |
| Agradecimentos | vii |
| Lista de Anexos..... | ix |
| Lista de Apêndices | x |
| Lista de Figuras..... | xi |
| Lista de Tabelas..... | xii |
| Resumo | xiii |
| Abstract | xv |
| Introdução | 1 |
| Método | 12 |
| Desenho do Estudo E Casuística | 12 |
| Aspectos Éticos | 13 |
| Critérios de Inclusão | 13 |
| Critérios de Exclusão..... | 13 |
| Obtenção da Casuística..... | 14 |
| Instrumentos da Pesquisa | 15 |
| Análises Estatísticas | 15 |
| Resultados | 16 |
| Discussão..... | 26 |
| Conclusão | 37 |
| Referências | 38 |
| Anexos | 44 |
| Apêndices | 52 |

DEDICATÓRIA

- ✓ À minha mãe Elvira Bianchini que com muito carinho, amor, segurança, dedicação e grande apoio me proporcionou realizar minhas convicções, a quem sou muito grata.

- ✓ Ao meu marido Celso Proto de Melo pelo companheirismo, apoio, amor e dedicação.

- ✓ À minha filha Vitória Silva Melo pela compreensão, carinho e pela suavidade de seu olhar.

- ✓ À minha filha Júlia Silva Melo pelo entendimento desse momento, pelo sorriso e a confiança de acreditar que tudo é possível quando acreditamos em nós mesmos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

- ✓ À Profa. Dra. Rita de Cássia Martins Alves da Silva pelo acolhimento, oportunidade, paciência, compreensão, segurança, ensinamentos, assertividade e principalmente pelos momentos de grande emoção ao ensinar e aprender. Minha admiração, respeito e gratidão transcendem e serão eternos.

AGRADECIMENTOS

- ✓ À Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki pelo exemplo profissional, atenção e esclarecimentos nos estudos.
- ✓ Ao Prof. Dr. Renato Ferreira da Silva pela oportunidade do espaço e realização deste trabalho na equipe do Transplante de Fígado no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP.
- ✓ À enfermeira Helen Catharine Camarero de Felício pela atenção, acolhimento, carinho, ensinamentos profissionais e apoio durante o trabalho.
- ✓ À psicóloga Eliane Tiemi Miyazaki pelos esclarecimentos do funcionamento da área de psicologia no transplante de fígado no Hospital de Base e no Ambulatório.
- ✓ Ao Dr. Paulo César Arroyo Junior pela atenção e ensinamentos nas reuniões de trabalho.
- ✓ Ao Dr. Willian José Duca pela atenção e esclarecimentos durante o trabalho.
- ✓ À secretária Ângela Maria da Costa pela disposição e ajuda no andamento do setor do transplante.

- ✓ À secretária Ivanir Rosa da Silva pela companhia e colaboração com o trabalho, com paciência e carinho.

- ✓ Ao curso de Pós-graduação, professores doutores pelo exemplo e a dedicação profissional.

- ✓ Aos funcionários da FAMERP, principalmente a querida Esmeralda dos Santos Oliveira Guimarães, secretária da pós-graduação pela grande dedicação, carinho e paciência.

- ✓ Aos pacientes transplantados de fígado que participaram da pesquisa.

- ✓ A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.

LISTA DE ANEXOS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Anexo 1 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36: (Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey)..... | 44 |
| Anexo 2 - Questionário AUDIT- C (Alcohol Use Disorders Identification Test) | 50 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Apêndice A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa | 52 |
| Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido | 53 |
| Apêndice C - Ficha Sócio-demográfica e Clínica | 55 |
| Apêndice D – Tabelas 7 a 18 | 58 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Obtenção da Casuística | 14 |
| Figura 2 – Resultados do AUDIT-C..... | 17 |
| Figura 3 - Resultados do AUDIT-C subdivididos em subgrupos | 18 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 1 - Características demográficas/clínicas 124 pacientes transplantados de fígado no hospital de base que participaram do estudo | 16 |
| TABELA 2 - Características demográficas e clínicas das doenças dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), etilismo ativo (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7)..... | 19 |
| TABELA 3 - Características demográficas e clínicas dos 29 pacientes que consumiam álcool após o transplante, divididos em dois subgrupos: recidiva do etilismo (n=14) e etilismo de-novo (n=15)..... | 21 |
| TABELA 4 - Resultados da análise da qualidade de vida entre os 124 pacientes classificados de acordo com o consumo ou não de álcool e com a intensidade do consumo..... | 23 |
| TABELA 5 - Resultados do questionário sobre a percepção do paciente com respeito de sua qualidade de vida nos períodos pré e pós-transplante nos grupos recidiva do etilismo (n=14) e etilismo de-novo (n=15)..... | 25 |
| TABELA 6 - Resultados do questionário sobre a percepção do paciente com respeito de sua qualidade de vida nos períodos pré e pós-transplante nos grupos abstêmios (n=95), do etilismo (n=29) e etilismo excessivo (n=22)..... | 25 |

Melo, P. S. (2015). *Análise do consumo de álcool em pacientes submetidos a transplante de fígado*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP.

RESUMO

O transplante de fígado é um tratamento eficaz para doenças hepáticas avançadas relacionadas ou não ao consumo de álcool. O etilismo é um dos abusos de substâncias mais frequentes e o consumo excessivo de álcool tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente transplantado. **Objetivos:** Analisar a ingestão de álcool no contexto da qualidade de vida dos pacientes transplantados do fígado, verificar o consumo de álcool na amostra de transplantados do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, analisar o perfil dos transplantados de acordo com o consumo ou não de álcool, avaliar a qualidade de vida após o transplante de fígado e os fatores preditivos para o consumo de álcool. **Método:** Estudo de corte transversal, observacional e descritivo no período de janeiro de 1998 a março de 2014 incluindo 124 pacientes adultos submetidos a transplante de fígado. Foram incluídos todos os pacientes transplantados e em acompanhamento há mais de seis meses e excluídos aqueles inacessíveis para responder ao questionário (n=49), ou em tratamento para Hepatite C (n=6). Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: 1 - questionário sobre a percepção do paciente quanto ao seu estado geral de saúde pós-transplante, 2 - questionário de qualidade de vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36–Item Short– Form Health Survey) e 3 - questionário para consumo de substâncias AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test). Foram estudados 124 pacientes divididos em grupos conforme classificados pelo AUDIT-C, sendo 29 etilistas e 95 abstinidos. Dos 29

etilistas, eram consumidores excessivos 22 e aceitáveis 7. Ainda entre os 29 etilistas, 14 eram recidivantes (tiveram Doença Alcoólica do Fígado como causa da cirrose) e 15 não recidivantes (*de-novo*). Dos 14 recidivantes, tinham consumo excessivo 11 e consumo aceitável 3. Entre os 15 pacientes não recidivantes, tinham consumo excessivo 11 e consumo aceitável 4. Para a análise de fatores que pudessem ser preditores do consumo ou não de álcool pós-transplante foram analisados: grau de instrução, renda familiar, estado conjugal, ocupação, relacionamento familiar, relacionamento social, mudança diária, humor qualidade do sono, alimentação, uso de tabaco, consumo de álcool, uso de drogas, complicações da doença, tratamento para outras doenças e mudança do transplante, pré e pós-transplante. As mesmas perguntas foram feitas para informação colateral dos familiares participantes. **Resultados:** A respeito da qualidade de vida foram identificados o estado geral de saúde, aspectos físicos e aspectos emocionais. Além disso, também foi identificado um maior número de consumidores aceitáveis associados a consumo de álcool no gênero masculino, o tempo de transplante, o tabagismo, a alimentação e o estado conjugal. **Conclusão:** Observou-se o consumo significativo e excessivo de álcool por transplantados do fígado entre portadores prévios de cirrose alcoólica ou não. A análise dos fatores preditores deve ser feita com todos os pacientes e não apenas com os portadores de etilismo prévio, pois encontramos recidivantes e etilistas *de-novo* em proporções semelhantes, assim como a prevalência semelhante de consumo excessivo nos dois grupos.

Palavras-chave: transplante de fígado, alcoolismo, recidiva, qualidade de vida e preditores.

ABSTRACT

Liver transplantation is considered an effective treatment for end-stage liver diseases related or not related to alcohol intake. Recidivism is one of the most frequent drug abuses and the excessive alcohol intake has a negative impact in the life quality of the transplanted patient. **Goals:** Analyze the alcohol intake in the life quality context of the liver transplanted patients, verify the alcohol intake in these patients sample at Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, analyze the transplanted profiles according to their alcohol intake, evaluate the quality of life after the liver transplantation and the alcohol intake predictors. **Method:** Cross-sectional, observational and descriptive study from January of 1998 to march of 2014 including 124 adult patients who underwent to liver transplantation. All the transplanted patients and the ones followed for more than six months were included and those who were inaccessible to answer to the questionnaire (49) or who were under treatment for Hepatitis C (6) were excluded. Three instruments were used for the data collection: 1- questionnaire about the perception of the patient regard to the post-transplant overall health, 2- SF-36 quality of life questionnaire and 3- AUDIT-C questionnaire for substance intake. Were studied 124 patients divided in groups according to AUDIT-C classification, in which 29 were alcoholic and 95 were abstainers. From the 29 alcoholic patients, 22 were excessive alcohol consumers and 7 were acceptable. Among the 29 alcoholic patients, 14 had recidivism (had ALD as a cause of cirrhosis) and 15 had no recidivism (*de-novo*). From the 14 patients with recidivism, 11 had excessive alcohol intake and 3 had acceptable alcohol intake. Among the 15 patients with no recidivism, 11 had excessive alcohol intake and 4 had acceptable alcohol intake. Based on an analysis of factors that could be predictors of the post transplantation alcohol consumption were analyzed:

prior and post-transplant marital status, level of education, household income, prior and post-transplant job, prior and post-transplant family relationship, prior and post-transplant social relationship, post-transplant daily change, prior and post-transplant humor, prior and post-transplant quality of sleep, prior and post-transplant eating, prior and post-transplant tobacco use, prior and post-transplant alcohol intake, prior and post-transplant drugs use, prior and post-transplant complications of the disease, treatment for other diseases and transplant changing. The same questions were asked to the family members for collateral information. **Results:** The overall health, physical aspects and emotional aspects were identified regarding to the quality of life. In addition, more acceptable male consumers related to alcohol intake, the time of transplantation, smoking, nourishment and marital status were also identified. **Conclusion:** It was observed significant and excessive alcohol consumption in liver transplanted patients with or without previous alcoholic cirrhosis. The analysis of predictor factors should be done with all the patients and not only with the patients with previous alcoholism, because we found patients with recidivism and alcoholic (de-novo) patients in similar proportions, as well as the similar prevalence of excessive alcohol intake in both groups.

Key-words: liver transplantation, alcoholism, recidivism, life quality and predictors

INTRODUÇÃO

O transplante de fígado é, atualmente, a terapia aceita para doença crônica do fígado em estágio terminal para algumas desordens metabólicas e para falência aguda do fígado (Yusoff et al., 2002). Entretanto, é uma cirurgia de alto risco associada a complicações pós-cirúrgicas (Berlakovich et al., 1999). Além disso, tornou-se uma estratégia muito utilizada para o tratamento de doenças em estágio terminal associadas com dependência ou abuso de álcool (Dew et al., 2008). O transplante de fígado tem sido uma das opções para o tratamento dos pacientes que estão em estágios avançados da cirrose alcoólica. Entretanto, uma gestão estruturada do problema do etilismo antes e depois do transplante é primordial para minimizar o risco de reincidência (Björnsson et al., 2005).

A sobrevivência a longo prazo é esperada para a maioria dos pacientes submetidos ao transplante de fígado. Com boas taxas de sobrevivência, a recorrência da doença primária aparece como uma área de maior preocupação. As taxas de recorrência variam muito dependendo da doença primária do fígado. A hepatite C ocorre quase que universalmente, assim como o vírus da hepatite B. A recorrência de doença autoimune do fígado e de doença alcoólica do fígado (DAF) também foram relatadas. A maioria das doenças metabólicas do fígado não ocorre após o transplante porque os produtos da síntese hepática retêm a capacidade metabólica do doador (Yusoff et al., 2002).

O consumo de álcool e tabaco são conhecidos como fatores de risco a longo prazo com complicações pós-transplante, porém essas complicações ainda são questionadas (Perney et al., 2013). Trata-se de uma opção de tratamento definitivo para pacientes com cirrose. Os resultados excelentes para o enxerto e para os

pacientes transplantados por cirrose alcoólica encorajam os médicos e as equipes de transplante na indicação desses pacientes para uma avaliação para transplante de fígado (Singal et al., 2013).

O etilismo é um dos abusos de substâncias mais comuns hoje em dia, perdendo somente para a nicotina. Pesquisas epidemiológicas relatam que o tempo de vida estimado para abuso e dependência de álcool varia conforme os gêneros, tendo, os homens, taxas de dependência maiores que mulheres. A maioria dos centros de transplante estabelece o diagnóstico de dependência e abuso de álcool por meio do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (McRae et al., 2001).

Em uma pesquisa epidemiológica de Kessler et al., (1997), constataram que a durabilidade estimada da prevalência por abuso de álcool foi de 9,4% e para dependência alcoólica foi de 14,1%, tendo os homens significativamente maiores taxas de dependência do que mulheres (20,1% *versus* 8,2%).

O etilismo tem sido classificado como um transtorno mental distinta por especialistas em dependência química e psiquiátrica, contribuindo para vários problemas sociais, como violência e negligência infantil (Varma et al., 2010).

O abuso de álcool é um grande causador de morbidade e mortalidade (McRae et al., 2001). O consumo excessivo de álcool tem um impacto negativo na sobrevivência a longo prazo após o transplante de fígado, não importando a indicação primária (Faure et al., 2012).

É difícil quantificar o consumo de álcool e ter uma única definição sobre a recaída após o transplante de fígado. Além disso, não existe um único critério internacionalmente aceito para a seleção de candidatos para o transplante de fígado

por etilismo, e os parâmetros para escolha desses pacientes são controversos (Gramenzi et al., 2011).

A abstinência total do álcool é exigida antes do transplante de fígado, durante um período maior ou igual há seis meses, assim como a avaliação psicológica favorável sobre o prognóstico de permanecer em abstenção do etilismo por tempo indeterminado (Faure et al., 2012).

A maioria dos programas de transplante de fígado nos Estados Unidos requer o mínimo de seis meses de abstinência pré-transplante. Muitos estudos mostraram que a recidiva está entre 20% e 40% em dois anos após o transplante de fígado. Taxas maiores de recidiva foram relatadas em casos em que a abstinência pré-transplante foi menor que seis meses (Faure et al., 2012; Rustad et al., 2015).

A classificação de consumo de álcool antes e após o transplante é importante para o resultado do procedimento. A definição da quantidade de álcool consumido é arbitrária e não específica, porque não define a quantidade de doses consumidas por semana, mas define a ingestão de álcool em um dado período. Além disso, obter informações ou a quantidade exata, além da frequência e duração da ingestão de bebida é difícil porque os etilistas geralmente tendem a negar o consumo (Gramenzi et al., 2011). A quantidade de 10g por dia para mulheres e 20g por dia para homens por um período aproximado de 5 a 10 anos é a dose mínima referida como capaz de provocar doença alcoólica no fígado (Rehm et al., 2009).

O impacto da recidiva sobre o paciente e sobre a taxa de sobrevivência não é claro porque a maioria dos relatos incluem pacientes que consomem álcool em pequena proporção ou baixa frequência. Avaliações clínicas e psicológicas são necessárias, principalmente para estabelecer o risco da recaída alcoólica. Um

monitoramento pós-transplante para doença cardiovascular e sintomas de abstinência também é necessário (Karim et al., 2010).

A recaída ao consumo de álcool é um dos maiores problemas na fase pós-transplante (Gramenzi et al., 2011). As maiores preocupações estão relacionadas com a abstinência antes e depois do transplante. Isso poderia resultar em perda do enxerto ou morte do paciente devido ao não cumprimento da terapia imunossupressora e/ ou ao efeito hepatotóxico direto do álcool sobre o enxerto (Berlakovich et al., 2004).

Não há um consenso entre os profissionais sobre a recidiva após o transplante de fígado. Alguns definem o retorno ao consumo de álcool como uma baixa taxa de deslize e a recaída como um consumo de 21 doses por semana para homens e 14 unidades por semana para mulheres. Entretanto, muitos hepatologistas definem qualquer consumo de álcool pós-transplante de fígado como recidiva ou recaída. A abstinência é o maior objetivo para qualquer indivíduo com doença alcoólica do fígado após o transplante, e qualquer consumo de álcool não é bem vindo. Muitos estudos a respeito do consumo de álcool pós-transplante são realizados através de questionários de auto relato, entrevistas com pacientes ou membros da família, ou até análise retrospectiva de testes de rastreamento de rotina (Gramenzi et al., 2011).

Existem dificuldades em analisar o comportamento de quem consome álcool. Há um risco de esses métodos subestimarem os reais hábitos de consumo alcoólico destes pacientes, pois os pacientes tendem a negar o consumo. Entre 33% e 50% dos usuários de álcool transplantados começam ou voltam a beber após o transplante. Em torno de 10% consomem álcool excessivamente, na maioria das vezes no primeiro ano após o transplante de fígado (Tang et al., 1998).

Para alguns autores, parece prudente aconselhar abstinência completa aos transplantados de fígado, independente da doença primária (Carbone & Neuberger, 2010). O consumo excessivo de álcool tem um impacto negativo na sobrevida a longo prazo após o transplante de fígado, independentemente da indicação primária (Faure et al., 2012).

Há muitas dificuldades potenciais no rastreamento de problemas relacionados ao etilismo para selecionar candidatos para transplante e também para o acompanhamento pós-transplante. Uma melhor alternativa poderia ser o uso do AUDIT (Teste de Desordens do Uso de Álcool), que é fácil de ser aplicado que proporciona uma avaliação de múltiplas dimensões e de desordens do uso do álcool incluindo qualquer consumo de álcool, problemas relacionados ao álcool e sintomas de dependência (Bush et al., 1998).

Desenvolvido em 1982, este teste provou ter boa sensibilidade e especificidade em cenários clínicos em diferentes países. O AUDIT é composto por dez perguntas que exploram o consumo (perguntas de um a três), dependência (perguntas de quatro a seis) e problemas relacionados ao álcool (perguntas de sete a dez). Há dois pontos de separação, um para dependência e outro para comportamento de risco ao consumo de álcool (Bush et al., 1998).

Além do teste AUDIT, sua forma mais curta (AUDIT-C) parece ser muito eficaz para a detecção do risco de consumo de álcool entre homens e mulheres (Gual et al., 2002). As três questões do AUDIT-C sobre o consumo de álcool parecem ser um teste de rastreamento prático e válido para cuidados primários para o uso excessivo, abuso ou dependência alcoólica (Bush et al., 1998).

Doença alcoólica do fígado (DAF) é uma das principais causas de doença hepática crônica e é responsável por 50% das mortes por esta doença nos países

ocidentais. É a principal indicação para transplante de fígado em homens e, após a hepatite viral, é a segunda mais comum indicação de transplante de fígado nos Estados Unidos e na Europa (Varma et al., 2010). Infelizmente o transplante de fígado é uma fonte de tratamento com acesso limitado, por conta da baixa disponibilidade de doadores de órgãos (Kelly et al., 2006).

Há uma relação direta entre a quantidade de álcool consumida e o risco da doença. Este risco aumenta em indivíduos que consomem mais de 25g de álcool por dia. A progressão da doença em pacientes com DAF é muito influenciada por fatores genéticos e ambientais (Mathurin et al., 2015). Além disso, é uma indicação aceitável para o transplante de fígado, pois a sobrevivência destes pacientes após o transplante é semelhante à sobrevivência de pacientes transplantados por outras causas (Varma et al., 2010; Gramenzi et al., 2011).

A causa mais prevalente de doença do fígado na Europa é DAF (Shah et al., 2009). Além disso, é uma causa comum de doença do fígado em estágio terminal e uma necessidade subsequente de transplante (Karim et al., 2010). DAF é uma doença complexa e o seu manejo com sucesso engloba a integração de todas as competências em saúde pública, epidemiologia e especialistas voltados para o comportamento de adicção ao álcool. É necessária uma intervenção primária para reduzir o abuso de álcool e uma intervenção secundária para prevenir morbidade e mortalidade associada ao álcool, que dependem da ação coordenada de equipes multidisciplinares estabelecidas em níveis locais, nacionais e internacionais (Guyatt et al., 2008).

Há controvérsias a respeito do transplante de fígado para pacientes com DAF como resultado de dependência alcoólica. Alguns autores discordam que tais pacientes mereçam igual consideração para transplante, assim como aqueles com

doença do fígado por outras causas. Estudos mostram que pacientes com DAF submetidos ao transplante hepático podem apresentar uma taxa de sobrevivência semelhante ou até melhor, quando comparados com pacientes com outras doenças (Karim et al., 2010).

De acordo com Abosh et al. (2000), devido à falta de programas formais para abuso de álcool, o resultado pós-transplante em pacientes alcoólicos geralmente não é bem comparado com o resultado de pacientes transplantados por doenças do fígado não relacionadas ao álcool. Uma gestão estruturada do problema do álcool antes e após o transplante é importante para minimizar o risco da recidiva (Björnsson et al., 2005).

O transplante de fígado para DAF em estágio terminal tornou-se um padrão de cuidado. Enquanto muitas questões permanecem incertas, este é um dos casos mais impressionantes de sucesso no transplante de órgãos (Lucey et al., 2014).

De acordo com Gramenzi et al. (2011) DAF é uma boa indicação para transplante de fígado. Os principais objetivos futuros são formular uma abordagem bem definida pré-transplante e uma definição para recaída ao álcool para melhorar estratégias de prevenção.

A sobrevivência do enxerto e dos pacientes com DAF após o transplante é comparável com a dos pacientes não DAF pós-transplante, portanto o transplante de fígado deveria estar potencialmente disponível para todos os pacientes com DAF. No entanto, em uma era com recursos limitados, o transplante de fígado por DAF ainda permanece controverso, principalmente devido à percepção de que seja uma doença provocada pelo próprio paciente, e há uma preocupação de que pacientes possam ter recaída a um padrão de etilismo que será prejudicial ao órgão transplantado (Chen et al., 2010).

As taxas gerais de sobrevivência em pacientes com DAF transplantados do fígado são similares às de pacientes com outras causas de DAF em estágio terminal. No entanto, os resultados e a sobrevivência tem se mostrado comprometidos em pacientes que retornam ao abuso do álcool (Cuadrado et al., 2005; Lucey et al., 1997).

Um período definido de abstinência pré-transplante para candidatos com DAF parece ser justificado, garantindo que os pacientes tenham a chance de recuperar a função do fígado, deste modo tornando desnecessário o transplante. A abstinência melhora a sobrevivência em geral. Terapias psicológicas, farmacológicas e nutricionais também podem colaborar com a abstinência. O transplante de fígado permanece o único tratamento definitivo para cirrose alcoólica e, um gerenciamento multidisciplinar, incluindo terapia psicossocial para prevenir a recaída, deveria ser instituído após o transplante (Jaurigue et al., 2014). Karim et al. (2010) relataram em seu estudo a duração breve da abstinência como sendo um maior preditor da recidiva.

Pageaux et al. (2003) relataram que pacientes podem retornar ao consumo excessivo de álcool após o transplante de fígado por DAF, e seus enxertos podem ser prejudicados devido ao pouco comprometimento com o tratamento imunossupressor e também por doenças no fígado relacionadas ao álcool. Embora a sobrevivência dos pacientes não tenha sido influenciada pela recaída ao álcool, o consumo excessivo de álcool pode ser o responsável pela morte desses pacientes.

O consumo abusivo de álcool após o transplante de fígado é associado com pouca sobrevivência a longo prazo. A análise dos fatores de risco pode ajudar a identificar pacientes com alto risco de abuso de álcool recorrente após o transplante de fígado (Pfitzmann et al., 2007). O consumo de álcool moderado a excessivo

ocorre em pacientes transplantados por DAF. Pacientes retornam ao consumo de álcool principalmente no primeiro ano após o transplante (Tang et al., 1998). Alguns fatores de risco para o retorno do etilismo pós-transplante podem estar relacionados a aspectos emocionais, uso de outras substâncias, idade jovem, gênero feminino, condição psiquiátrica e social, que podem estar relacionados à qualidade de vida.

De acordo com Brito et al., 2008 o SF-36 é um formulário genérico de avaliação de qualidade de vida para indivíduos acima de 14 anos, autoaplicável ou submetido em entrevista. Foi traduzido e adaptado em 29 países e utilizado entre diferentes grupos de pacientes. Apresenta 36 itens ou questões e é dividido em oito domínios, a saber: Estado Geral de Saúde (ESG), Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), Aspectos Emocionais (AE), Aspectos Sociais (AS), Dor (D), Vitalidade (V), Saúde Mental (SM). Também a esse respeito, Galant et al., 2011 relatam que os escores em cada domínio são obtidos pela soma das respostas daquele item, transformando esses escores brutos em uma escala em que zero (0) representa saúde deficitária e cem (100) bom estado de saúde.

A versão mais atual do SF-36, baseada no modelo de 2002, apresenta-se válida e representa uma opção de questionário para a avaliação de preferências em análises econômicas realizadas em nosso meio (Ciconelli et al., 1999).

Em seu estudo, Galant et al. (2011) relataram prejuízo na qualidade de vida em todos os domínios, utilizando-se do questionário SF-36. No entanto, apresentou apenas diferença significativa nos domínios capacidade funcional e limitações por aspectos físicos.

Sabe-se que o transplante de fígado geralmente melhora a qualidade de vida, independentemente da etiologia ou da doença do fígado (Gramenzi et al., 2011). Embora a qualidade de vida melhore nos pacientes após o transplante de fígado em

comparação com seu status antes do transplante, os pacientes transplantados continuam tendo muitos déficits (Bravata et al., 1999; Tome et al., 2003).

Alguns preditores identificados para recaída pós-transplante de fígado são: presença de dependência alcoólica, duração de sobriedade menor que seis meses, histórico de alcoolismo na família, uso de outras substâncias, idade jovem, gênero feminino, condição psiquiátrica e sociais (Gramenzi et al., 2011). Outras variáveis identificadas foram dependência química, motivação para cessar o consumo de álcool, uso de substâncias e tabagismo, variáveis psicossociais (estabilidade no lar, relação estável com o parceiro, família ou amigos nomeados como apoio primário, emprego prévio, diagnóstico de qualquer doença mental, estilo de vida pós-álcool) e fatores da avaliação (avaliação tardia ou precoce, consenso de opinião entre os profissionais envolvidos) (Kelly et al., 2006). Suporte social deficiente, histórico familiar de abuso ou dependência de álcool e duração da abstinência após o transplante também foram relatados como preditores de etilismo pós-transplante entre pacientes com diagnóstico de abuso de substâncias (Dew et al., 2008). Problemas psicossociais e clínicos relacionados à saúde são prejudiciais após o transplante e ainda a incerteza de receber outro transplante se fosse necessário também foram identificados como preditores de etilismo moderado e excessivo entre transplantados por cirrose alcoólica (DiMartini et al., 2010).

A análise da qualidade de vida é importante, pois essa grande área diz respeito ao padrão de vida que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, e ao conjunto de políticas públicas que induzem e norteiam o desenvolvimento humano (Minayo et al., 2000). A análise de qualidade de vida inclui inter-relação com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, entre outros (Almeida et al., 2012). Muitos dos fatores preditivos

já identificados na literatura relacionados ao uso prejudicial de álcool entre transplantados fazem parte de aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes.

De acordo com Perney et al. (2005), fatores preditivos para recaída alcoólica após o transplante de fígado por DAF tem sido avaliados em inúmeros estudos, apresentando geralmente resultados contraditórios. Dew et al. (2008) apontaram como preditores relevantes relacionados à recaída em seu estudo pouco apoio social, histórico de etilismo na família e abstinência pré-transplante menor que 6 meses. DiMartini et al. (2006) relataram que a duração da sobriedade pré-transplante foi um preditor significativo. O histórico de desordem depressiva pré-transplante e o estado conjugal estável protegem contra episódios de consumo excessivo de álcool. Um programa de gerenciamento estruturado mostrou-se promissor na prevenção da recaída ao álcool após o transplante (Björnsson et al., 2005).

Nas avaliações dos candidatos para transplante de fígado deveria haver uma revisão dos fatores de risco psicossociais e um rastreamento de uso de álcool, tabaco e abuso de drogas ilícitas antes do transplante, além de uma revisão de fatores de risco psicossociais. Os objetivos da avaliação incluem a identificação de intervenções (pré e pós-transplante) que podem melhorar o resultado do transplante e as taxas de sobrevivência. Uma pesquisa de intervenção deveria ser feita para avaliar estratégias clínicas promissoras para redução dos riscos (Dew et al., 2008). A função da equipe médica de transplante é identificar e entender os fatores de risco que afetam o enxerto e a sobrevivência do paciente para focar no tratamento clínico apropriado e minimizar o risco de recaída (Dew et al., 2008). Este trabalho tem como objetivo geral: Analisar a ingestão de álcool no contexto da qualidade de

vida dos pacientes submetidos ao transplante de fígado; e como objetivos específicos, verificar o consumo de álcool na amostra de transplantados de fígado no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP; analisar o perfil dos transplantados de acordo com o consumo ou não de álcool; avaliar a qualidade de vida após o transplante de fígado e avaliar os fatores preditivos para o uso do álcool.

MÉTODO

Desenho do estudo e casuística

Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional e descritivo. Foram estudados pacientes adultos transplantados de fígado no período de janeiro de 1998 a março de 2014. Os pacientes foram avaliados consecutivamente, conforme retorno no ambulatório ou na enfermaria de transplante de fígado do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, no período entre outubro de 2014 e abril de 2015.

Em um primeiro momento, os pacientes e seus familiares acompanhantes foram convidados a participar do estudo. Todos os pacientes e familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido. Após a entrevista com o paciente transplantado, foi feita uma entrevista com o familiar acompanhante da consulta na sala de espera, para informações colaterais sobre os itens da pesquisa.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP com o parecer número 675 045. O Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido, contendo dados de identificação do pesquisador e dos participantes, objetivos e procedimentos da pesquisa, foi elaborado em conformidade com os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde CNS do Ministério da Saúde, FAMERP- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; (Apêndice A, p 52).

Critérios de inclusão

Todos os Pacientes submetidos ao transplante de fígado e acompanhados por um período superior a seis meses da data da coleta de dados.

Pacientes que responderam aos instrumentos da pesquisa e concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento legal.

Critérios de exclusão

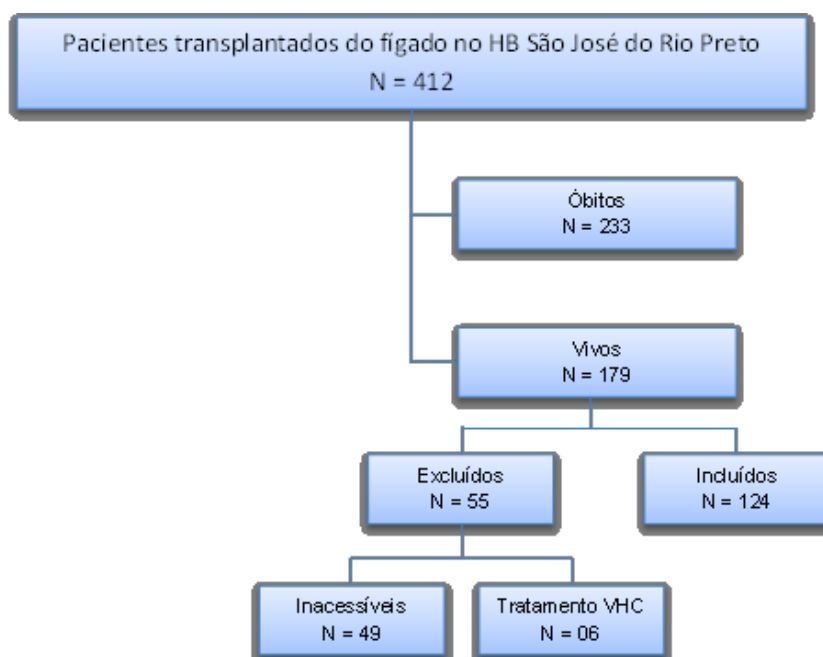
Pacientes transplantados em tratamento com Interferon alfa e Ribavirina nos últimos seis meses.

Pacientes com impossibilidade de comparecer para a coleta de dados.

Obtenção da casuística

A figura 1 mostra a obtenção da casuística.

FIGURA 1
Obtenção da casuística



Seleção de pacientes transplantados do fígado no hospital de Base para inclusão no estudo.

Os pacientes inacessíveis (n=49) não participaram devido à distância entre sua moradia e o local da pesquisa, outros pacientes foram inacessíveis devido ao atendimento em outros centros de transplantes ou por não terem sido encontrados nos endereços apresentados em seus prontuários. O tratamento da hepatite C (n=6) faz com que o paciente utilize Interferon e Ribavirina, prejudicando as respostas confiáveis referentes à pesquisa.

Instrumentos da pesquisa

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Ficha de Identificação para coleta de dados sócio-demográficos e clínicos com questionário sobre a percepção do estado geral de saúde elaborada especificamente para este estudo (Apêndice B, p 53).

Questionário de Qualidade de Vida SF-36 versão brasileira (Ciconelli et al., 1999): instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida composto por 36 itens, abrangendo oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final de cada domínio pode variar de 0 a 100, sendo zero (0) para pior estado geral de saúde e cem (100) para melhor estado de saúde (Anexo 1, p 44).

Questionário para consumo de substâncias, denominado AUDIT C (Gual et al., 2002) (Anexo 2, p 50).

Análises Estatísticas

A análise estatística descritiva resulta em frequências para variáveis categóricas em médias, desvios padrões, medianas para variáveis quantitativas. Associações foram testadas por testes qui-quadrado, diferenças de duas médias por teste t e de mais de duas por análise de variância; diferenças de medianas foram comparadas pelo teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi $\alpha=0,05$, ou seja, significância foi assumida de valor $p\leq 0,05$. O programa usado nos cálculos estatísticos foi R 2.13.0, The R Foundation for Statistical Computing, 2011.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados demográficos/clínicos dos 124 pacientes incluídos na amostra.

TABELA 1

Características demográficas/clínicas 124 pacientes transplantados de fígado no hospital de base que participaram do estudo

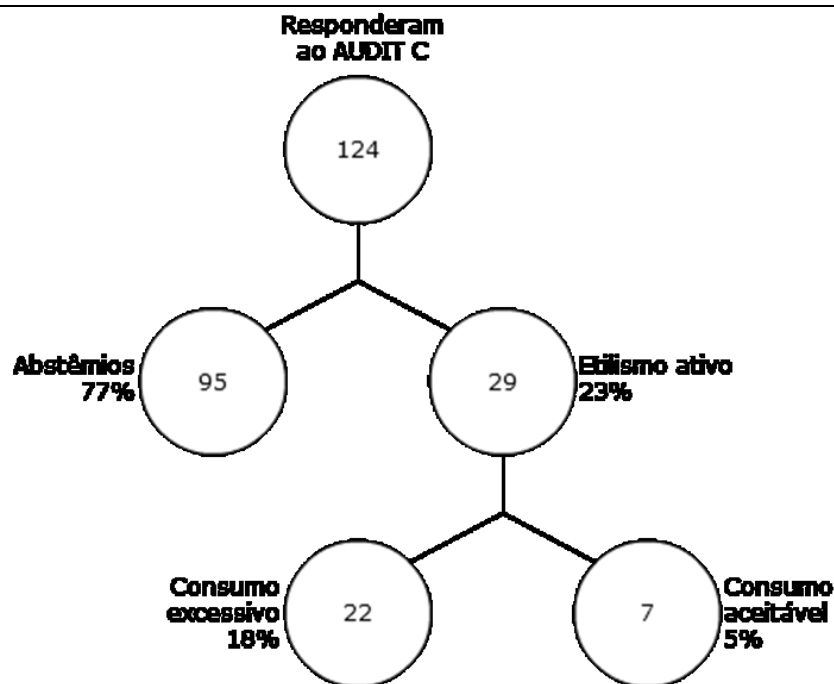
| Variáveis | n=124 | |
|------------------------------------------|--------------|----------|
| Idade (anos) média (VAR) | 55 (15 – 86) | |
| Tempo de Transplante (meses) média (VAR) | 83 (7 – 216) | |
| Gênero | N | (%) |
| Masculino | 85 | (68,55%) |
| Feminino | 39 | (31,45%) |
| Raça | | |
| Caucasoide | 110 | (88,71%) |
| Não caucasoide | 14 | (11,29%) |
| Causas da doença para o transplante | | |
| DAF | 22 | (17,74%) |
| DAF+VHC | 13 | (10,48%) |
| DAF+VHB | 5 | (4,03%) |
| DAF+HCC+VHB+VHC | 3 | (2,42%) |
| DAF+HCC+VHC | 3 | (2,42%) |
| DAF+VHB+VHC | 3 | (2,42%) |
| DAF+HCC | 2 | (1,61%) |
| DAF+VHB+HCC | 1 | (0,81%) |
| VHC | 24 | (19,35%) |
| HCC+VHC | 11 | (8,87%) |
| Criptogênica | 5 | (4,03%) |
| NASH | 5 | (4,03%) |
| Autoimune | 3 | (2,42%) |
| Colangite Esclerosante | 3 | (2,42%) |
| Hepatite Fulminante | 3 | (2,42%) |

| | | |
|----------------------|---|---------|
| VHB+HCC | 3 | (2,42%) |
| VHB+VHC | 3 | (2,42%) |
| Doença de Wilson | 2 | (1,61%) |
| VHB | 2 | (1,61%) |
| Adenomatose | 1 | (0,81%) |
| Autolmune+HCC | 1 | (0,81%) |
| Budd-Chiari | 1 | (0,81%) |
| Ductopenia do Adulto | 1 | (0,81%) |
| NASH+HCC | 1 | (0,81%) |
| Trombose Arterial | 1 | (0,81%) |
| VHC+HCC | 1 | (0,81%) |
| VHC+VHB+HCC | 1 | (0,81%) |

DAF - doença alcoólica do fígado, HCC - carcinoma hepatocelular, NASH, doença hepática gordurosa não alcoólica, VHB - vírus da hepatite B, VHC - vírus da hepatite C.

São apresentados na figura 2 os resultados obtidos com a aplicação do questionário AUDIT C, referentes ao consumo de álcool entre os pacientes.

FIGURA 2
Resultados do AUDIT-C

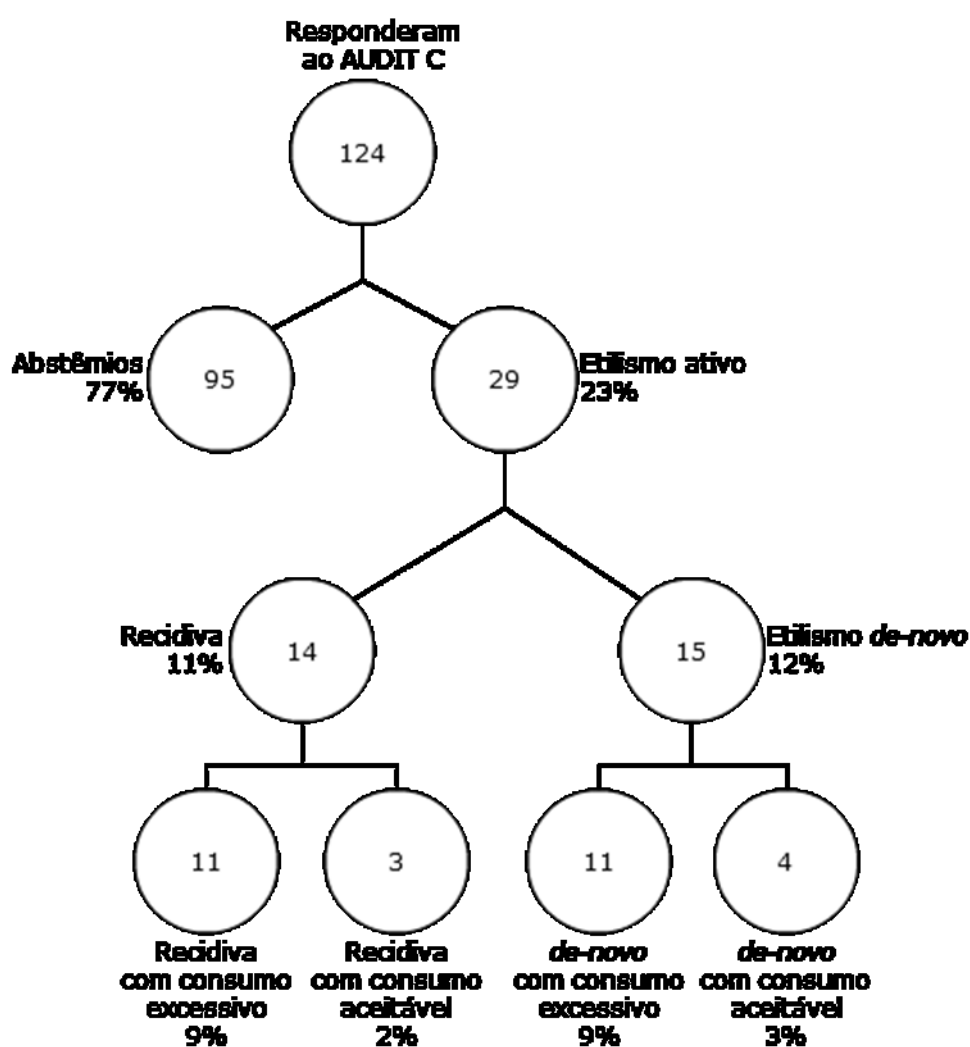


Resultados do AUDIT-C após o transplante de fígado entre pacientes transplantados no Hospital de

Base

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário AUDIT-C sobre o consumo de álcool após o transplante de fígado e os dados da caracterização das causas das doenças obtidos através dos prontuários dos pacientes (DAF e outras causas) estão apresentados na figura 3.

FIGURA 3
Resultados do AUDIT-C subdivididos em subgrupos



Resultados do AUDIT-C acrescidos de divisão do grupo etilismo ativo em 2 subgrupos: recidiva e etilismo *de-novo*

De acordo com os resultados do AUDIT-C os 124 pacientes foram divididos em dois grupos conforme o consumo ou não de álcool após o transplante: abstêmios n=95 e etilismo ativo n=29. De acordo com a intensidade do consumo de álcool, os n=29 pacientes etilistas foram classificados em dois subgrupos, um com consumo excessivo n=22 e outro com consumo aceitável n=7.

Adicionalmente, de acordo com a história prévia de doença alcoólica do fígado (DAF), identificamos entre os 29 etilistas mais dois subgrupos: recidivantes e etilistas *de-novo*. Recidivantes foram definidos como portadores de DAF prévia que retornaram ao consumo de álcool após o transplante. Portadores de etilismo *de-novo*, foram definidos como pacientes sem DAF prévia e que consumiam álcool após o transplante. Novamente conforme a intensidade do consumo de álcool, identificamos consumo excessivo e consumo aceitável nestes dois subgrupos, tanto entre os recidivantes (n=11, 9%) e (n=3, 2%) quanto entre os etilistas *de-novo* sendo (n=11, 9%) e (n=4, 3%), respectivamente.

A tabela 2 mostra as características demográficas e clínicas dos 124 pacientes, classificados de acordo com o consumo ou não de álcool após o transplante de fígado e subdivididos de acordo com a intensidade do consumo.

Tabela 3 mostra as características demográficas e clínicas do grupo identificado como etilismo ativo pelo AUDIT-C e classificado em recidiva do etilismo e etilismo *de-novo* de acordo com a presença ou não de DAF pré-transplante.

TABELA 2

Características demográficas e clínicas das doenças dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), etilismo ativo (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7).

| Variáveis | Todos n=124 | Abstêmios n=95 | Consumo de álcool n=29 | Consumo excessivo n=22 | Consumo aceitável n=07 |
|---------------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Idade (anos) média (VAR) | 55 (15 – 86) | 55 (15 – 86) | 54 (17 – 73) | 53 (17 – 73) | 55 (45 – 72) |
| Tempo de transplante (meses) média (VAR) | 83 (7 – 216) | 81 (7 – 216) | 92 (8 – 192) | 105 (12 – 192) | 52 (8 – 168) |
| Gênero | | | | | |
| Masculino | 85 (68,55%) | 61 (64,21%) | 24 (82,76%) | 17 (77,27%) | 7 (100%) |
| Feminino | 39 (31,45%) | 34 (35,79%) | 5 (17,24%) | 5 (22,73%) | 0 (0%) |
| Raça | | | | | |
| Caucasoide | 110 (88,71%) | 83 (87,37%) | 27 (93,10%) | 22 (100%) | 5 (71,43%) |
| Não caucasoide | 14 (11,29%) | 12 (12,63%) | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 2 (28,57%) |
| Causas da doença | | | | | |
| DAF | 22 (17,74%) | 15 (15,79%) | 7 (24,14%) | 6 (27,27%) | 1 (14,29%) |
| DAF+HCC | 2 (1,61%) | 1 (1,05%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| DAF+HCC+VHB+VHC | 3 (2,42%) | 3 (3,16%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| DAF+HCC+VHC | 3 (2,42%) | 3 (3,16%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| DAF+VHB | 5 (4,03%) | 4 (4,21%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| DAF+VHB+HCC | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (14,29%) |
| DAF+VHC | 13 (10,48%) | 10 (10,53%) | 3 (10,34%) | 2 (9,09%) | 1 (14,29%) |
| DAF+VHB+VHC | 3 (2,42%) | 2 (2,11%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Adenomatose | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Autoimune | 3 (2,42%) | 2 (2,11%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Autolmune+HCC | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Budd-Chiari | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Colangite Esclerosante | 3 (2,42%) | 3 (3,16%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Criptogênica | 5 (4,03%) | 5 (5,26%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Doença de Wilson | 2 (1,61%) | 1 (1,05%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Ductopenia do Adulto | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| HCC+VHC | 11 (8,87%) | 7 (7,37%) | 4 (13,79%) | 2 (9,09%) | 2 (28,57%) |
| Hepatite Fulminante | 3 (2,42%) | 3 (3,16%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| NASH | 5 (4,03%) | 4 (4,21%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| NASH+HCC | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

| | | | | | |
|-------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Trombose Arterial | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| VHB | 2 (1,61%) | 1 (1,05%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| VHB+HCC | 3 (2,42%) | 1 (1,05%) | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 2 (28,57%) |
| VHB+VHC | 3 (2,42%) | 3 (3,16%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| VHC | 24 (19,35%) | 21 (22,11%) | 3 (10,34%) | 3 (13,64%) | 0 (0%) |
| VHC+HCC | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| VHC+VHB+HCC | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |

DAF - doença alcoólica do fígado, HCC - carcinoma hepatocelular, NASH, doença hepática gordurosa não alcoólica, VHB - vírus da hepatite B, VHC - vírus da hepatite C.

A análise comparativa entre estes grupos mostrou duas diferenças. Uma delas a predominância significativa de homens (100%). Entre os que apresentaram consumo aceitável de álcool após o transplante; Qui-quadrado, ($p=0,015$). Outra diferença foi o tempo de transplante significativamente maior no grupo de consumo excessivo *versus* consumo aceitável 105 m (78 a 131 m) *versus* 52 (9 a 95 m), Kruskal Wallis, ($p=0,030$).

A análise sobre os subgrupos recidiva e etilismo *de-novo* está apresentada Tabela 3.

TABELA 3

Características demográficas e clínicas dos 29 pacientes que consumiam álcool após o transplante, divididos em dois subgrupos: recidiva do etilismo (n=14) e etilismo *de-novo* (n=15).

| Variáveis | Consumo de álcool n=29 | Recidiva do etilismo n=14 | Etilismo de-novo n=15 |
|---------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Idade (anos) média (VAR) | 54 (17 – 73) | 57 (45 – 69) | 51 (17 – 73) |
| Tempo de transplante (meses) média (VAR) | 92 (8 – 192) | 120 (12 – 192) | 62 (8 – 168) |
| Gênero | | | |

| | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Masculino | 24 (82,76%) | 13 (10,48%) | 11 (8,87%) |
| Feminino | 5 (17,24%) | 1 (0,81%) | 4 (3,23%) |
| Raça | | | |
| Caucasoide | 27 (93,10%) | 14 (11,29%) | 13 (10,48%) |
| Não caucasoide | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Causas da doença | | | |
| DAF | 7 (24,14%) | 7 (5,65%) | 0 (0%) |
| DAF+HCC | 1 (3,45%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| DAF+HCC+VHB+VHC | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| DAF+HCC+VHC | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| DAF+VHB | 1 (3,45%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| DAF+VHB+HCC | 1 (3,45%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| DAF+VHB+VHC | 3 (10,34%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| DAF+VHC | 1 (3,45%) | 3 (2,42%) | 0 (0%) |
| Adenomatose | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Autoimune | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Autoimune+HCC | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Budd-Chiari | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Colangite Esclerosante | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Criptogênica | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Doença de Wilson | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Ductopenia do Adulto | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| HCC+VHC | 4 (13,79%) | 0 (0%) | 4 (3,23%) |
| Hepatite Fulminante | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| NASH | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| NASH+HCC | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Trombose Arterial | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| VHB | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| VHB+HCC | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| VHB+VHC | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| VHC | 3 (10,34%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| VHC+HCC | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| VHC+VHB+HCC | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |

DAF - doença alcoólica do fígado, HCC - carcinoma hepatocelular, NASH, doença hepática gordurosa não alcoólica, VHB - vírus da hepatite B, VHC - vírus da hepatite C.

Na análise comparativa entre os subgrupos recidiva do etilismo *versus* etilismo *de-novo* houve evidência de diferenças do tempo de transplante entre eles,

sendo que pacientes com recidiva de etilismo *de-novo* tem menor tempo de transplante (62 *versus* 120 $p=0,009$). A análise sobre a idade demonstrou que o grupo recidiva do etilismo apresenta idade mais avançada, 57 *versus* 51 (test T; $p=0,044$).

A tabela 4 apresenta os resultados da análise da qualidade de vida dos 124 pacientes transplantados de fígado, subdivididos em abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7). Recidivantes (n=14) e não recidivantes (n=15). A subdivisão dos recidivantes e não-recidivantes em excessivos e aceitáveis não foi representada pelo pequeno tamanho amostral.

TABELA 4

Resultados da análise da qualidade de vida entre os 124 pacientes classificados de acordo com o consumo ou não de álcool e com a intensidade do consumo.

| Variáveis | Total n=124 | Abstêmios n=95 | Consumo Excessivos n=29 | Excessivos n=22 | Aceitáveis n=07 | Recidiva excessiva n=11 | Recidiva aceitável n=3 | <i>de-novo</i> excessivo n=11 | <i>de-novo</i> aceitável n=4 | p |
|-----------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------|
| | Média | Média | Média | Média | Média | Média | Média | Média | Média | |
| Qualidade de vida | | | | | | | | | | |
| Saúde Mental | 23,21 (2 – 30) | 23,34 (2 – 30) | 22,79 (10 – 30) | 23,50 (10 – 30) | 20,57 (17 – 28) | 23,45 (10 – 30) | 18,33 (17 – 20) | 23,55 (16 – 30) | 22,25 (18 – 28) | |
| Capacidade Funcional | 22,73 (30 – 10) | 23,19 (10 – 30) | 21,21 (10 – 30) | 22,32 (10 – 30) | 17,71 (10 – 23) | 22,64 (10 – 30) | 17,67 (10 – 23) | 22 (10 – 30) | 17,75 (10 – 21) | |
| Vitalidade | 19,44 (6 – 24) | 19,57 (6 – 24) | 19,00 (6 – 24) | 19,36 (6 – 24) | 17,86 (14 – 24) | 19,45 (6 – 24) | 16,67 (14 – 22) | 19,27 (14 – 24) | 18,75 (16 – 24) | |
| Estado Geral de Saúde | 18,98 (6 – 25) | 19,38 ⁽¹⁾ (6 – 25) | 17,66 (6 – 25) | 19,45 ⁽⁴⁾ (6 – 25) | 12,00 ⁽¹⁾⁽⁴⁾ (6 – 20) | 19,73 (6 – 25) | 6,33 (6 – 7) | 19,18 (8 – 25) | 16,25 (14 – 20) | (1) 0,001 (4) 0,009 |
| Dor | 8,55 (2 – 12) | 8,55 (2 – 12) | 8,55 (2 – 12) | 9,14 (2 – 12) | 6,71 (3 – 12) | 9,36 (2 – 12) | 4 (3 – 5) | 8,91 (6 – 12) | 8,75 (6 – 12) | |
| Aspectos sociais | 7,16 (2 – 10) | 7,26 (3 – 10) | 6,83 (2 – 10) | 6,95 (2 – 10) | 6,43 (3 – 10) | 6,91 (2 – 10) | 5 (3 – 6) | 7 (5 – 10) | 7,5 (5 – 10) | |
| Aspectos Físicos | 6,12 (4 – 8) | 6,20 ⁽²⁾ (4 – 8) | 5,86 (4 – 8) | 6,45 ⁽⁵⁾ (4 – 8) | 4,00 ⁽²⁾⁽⁵⁾ (4 – 4) | 6,36 (4 – 8) | 4 (4 – 4) | 6,55 (4 – 8) | 4 (4 – 4) | (2) 0,004 (5) 0,004 |
| Aspectos Emocionais | 4,55 (3 – 6) | 4,63 ⁽³⁾ (3 – 6) | 4,28 (3 – 6) | 4,68 ⁽⁶⁾ (3 – 6) | 3,00 ⁽³⁾⁽⁶⁾ (3 – 3) | 4,64 (3 – 6) | 3 (3 – 3) | 4,73 (3 – 6) | 3 (3 – 3) | (3) 0,006 (6) 0,020 |

(1) = abstêmios *versus* aceitáveis; (2) = abstêmios *versus* aceitáveis; (3) = abstêmios *versus* aceitáveis;

(4) = excessivos *versus* aceitáveis; (5) = excessivos *versus* aceitáveis; (6) = excessivos *versus* aceitáveis.

A análise dos resultados do SF-36 entre os 124 pacientes estudados mostrou prejuízo na qualidade de vida, tanto na casuística total quanto nos subgrupos. A comparação entre os subgrupos mostrou o seguinte: comparando indivíduos abstêmios (n=95) com etilistas (n=29) houve prejuízo significativo da qualidade de vida no grupo de etilismo aceitável nos domínios EGS (estado geral de saúde (1), $p=0,001$), AF (aspectos físicos (2) $p=0,004$), e AE (aspectos emocionais (3) $p=0,006$). Quando comparados os grupos de etilismo excessivo (n=22) com etilismo aceitável (n=7) houve também maior prejuízo na qualidade de vida no grupo de etilismo aceitável nos domínios ESG (estado geral de saúde (4), $p=0,009$), AF (aspectos físicos (5), $p=0,004$) e AE (aspectos emocionais (6), $p=0,020$).

A presença de relacionamento estável foi associada com etilismo aceitável *versus* etilismo excessivo (7/100%) *versus* (18/81%), $p=0,038$.

Após a entrevista com os pacientes transplantados de fígado, foram feitas as mesmas perguntas do questionário demográfico e clínico ao familiar que esteve junto ao paciente, com objetivo de confirmar as respostas obtidas. Dos 124 pacientes, estiveram presentes e aceitaram participar da pesquisa 50 familiares. Os outros 74 pacientes compareceram sem familiares. As informações colaterais dos familiares foram concordantes com as fornecidas pelos pacientes.

Os resultados do questionário sobre a percepção do paciente a respeito de sua qualidade de vida e saúde após o transplante são mostrados nas tabelas: 7 (p 58), 8 (p 60), 9 (p 61), 10, 11 e 12 (p 62), 13 (p 65), 14 (p 66), 15 e 16 (p 68), 17 e 18 (p 69). Estas tabelas constam nos apêndices pelo grande número de dados. As variáveis estudadas neste questionário são: estado conjugal pré e pós-transplante, grau de instrução, renda familiar, ocupação pré e pós-transplante, relacionamento

familiar pré e pós-transplante, relacionamento social pré e pós-transplante, mudança diária pós-transplante, humor pré e pós-transplante, qualidade do sono pré e pós-transplante, alimentação pré e pós-transplante, uso de cigarro pré e pós-transplante, uso de bebidas pré e pós-transplante, uso de drogas pré e pós-transplante, complicações da doença pré e pós-transplante, tratamento para outras doenças, mudança do transplante. As análises sobre esses dados são apresentadas na tabela 5 e na tabela 6.

TABELA 5

Resultados do questionário sobre a percepção do paciente com respeito de sua qualidade de vida nos períodos pré e pós-transplante nos grupos recidiva do etilismo (n=14) e etilismo *de-novo* (n=15).

| Variáveis | Recidiva do etilismo n=14 | Etilismo <i>de-novo</i> n=15 | Valor p |
|-----------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------|
| Relacionamento familiar pós-transplante | | | |
| Bom | 11 (8,87%) | 6 (4,84%) | 0,050** |
| Ótimo | 2 (1,61%) | 4 (3,23%) | |
| Alimentação pós-transplante | | | |
| Bom e Ótima | 8 (6,45%) | 2 (1,61%) | 0,048** |
| Regular e Ruim | 6 (4,84%) | 10 (8,06%) | |
| Tabagismo pré-transplante | | | |
| Não | 3 (2,42%) | 10 (8,06%) | 0,042** |
| Sim | 11 (8,87%) | 5 (4,03%) | |
| Uso de bebidas pré-transplante | | | |
| Não | 0 (0%) | 7 (5,65%) | 0,023** |
| Sim | 14 (11,29%) | 8 (6,45%) | |

TABELA 6

Resultados do questionário sobre a percepção do paciente com respeito de sua qualidade de vida nos períodos pré e pós-transplante nos grupos abstêmios (n=95), do etilismo (n=29) e etilismo excessivo (n=22)

| Variáveis | Abstêmios (95) | Etilismo (29) | Valor p |
|---------------------------|----------------|---------------|---------|
| Tabagismo pós-transplante | | | |
| Não | 92 (96,84%) | 23 (79,31%) | 0,004 |
| Sim | 3 (3,16%) | 6 (20,69%) | |

| Variáveis | Abstêmios (95) | Etilismo excessivo(22) | Valor p |
|---------------------------|----------------|------------------------|---------|
| Tabagismo pré-transplante | | | |
| Não | 92 (96,84%) | 18 (81,82%) | 0,019 |
| Sim | 3 (3,16%) | 4 (18,18%) | |

| Variáveis | Abstêmios (95) | Etilismo excessivo(22) | Valor p |
|-----------------------------|----------------|------------------------|---------|
| Alimentação pós-transplante | | | |
| Bom e Ótima | 28 (29,47%) | 8 (36,36%) | 0,040 |
| Regular e Ruim | 44 (46,32%) | 13 (59,02%) | |

Todas as perguntas deste questionário foram aplicadas para se obter informação colateral dos familiares participantes, que são mostradas nas tabelas 12 e 18 (p 63 e p 70), apêndice D. Estas tabelas constam nos apêndices pelo grande número de dados. Não houve diferença entre as informações colaterais dos familiares e dos pacientes estudados.

DISCUSSÃO

No presente estudo encontramos consumo de álcool em 29 dos 124 pacientes estudados, totalizando 23% da casuística. Encontramos taxa de consumo de álcool pós-transplante que não está entre as mais altas conforme visto na literatura e isso pode ser explicado por várias hipóteses: primeiro porque os estudos são heterogêneos e não podem ser comparados diretamente entre si. Além disso, há impedimento do transplante para etilistas ativos a menos de seis meses e é

solicitada a parada do álcool após o transplante, e isto pode ter inibido alguns deles a relatarem seu real consumo. Alguns autores (Gish et al., 2001; Gramenzi et al., 2011; Berlakovich et al., 2014 e Rustad et al., 2015) encontraram taxas de recaída de álcool pós-transplante de fígado que variam de 12,1 % a 45,6 %. Georgiu et al., encontro taxa de 22,9. Outros (Berlakovich et al., 1994; Berlakovich et al., 1999; Tome et al., 2003; Cuadrado et al., 2005; Björnsson et al., 2005; DiMartini et al., 2006; Iruzubieta et al., 2013) documentaram taxas de recaída alcoólica após o transplante de fígado que variam de 7% a 95%. É relatado que pacientes com recaída apresentam sobrevivência reduzida em longo prazo.

O instrumento AUDIT-C, utilizado neste estudo, é recomendado como instrumento de primeira escolha na investigação do consumo de álcool (Bush et al., 1998; Gual et al., 2002). Além de identificar a prevalência, este teste identificou também o padrão do etilismo de acordo com a intensidade do consumo de álcool, sendo classificado como aceitável ou excessivo. Consumo alcoólico aceitável é definido pelo AUDIT-C como até 4 doses para mulheres e até 5 doses para homens, enquanto que o consumo excessivo é caracterizado como 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais doses para homens, dependendo do período e da frequência do consumo.

Diversos estudos investigaram os resultados usando definições específicas de quantidade/frequência para consumo moderado a excessivo de álcool (definido como aproximadamente 4 ou mais doses por semana ou 4 ou mais doses por dia; mais que 21 doses por semana para homens e 14 doses por semana para mulheres; ou períodos de 3,5 ou mais doses por dia). Esses estudos relataram que níveis de consumo moderados a excessivos podem afetar resultados nesses pacientes mais frequentemente que apresentam aumento no nível da enzima do

fígado, esteatopatia, hepatite alcoólica aguda e rejeição aguda na biópsia, assim como mais episódios de falência do enxerto (DiMartini et al., 2010; Pageaux et al., 2003; Perney et al., 2005; Bellamy et al., 2001). Tandon et al. (2009) definiram o problema do consumo de álcool como consumir álcool até o ponto da intoxicação ou até o limiar tóxico (maior que 20g por dia para mulheres e maior que 40 g por dia para homens) em pelo menos duas ocasiões diferentes. Os homens, além de consumirem álcool por muito mais tempo, apresentam recidiva alcoólica com maior frequência (Bellamy et al., 2001; Maldonado et al., 1997).

Adicionalmente, a análise convencional do AUDIT-C, uma vez que incluímos transplantados que tinham como causa da cirrose doença alcoólica e não alcoólica do fígado, caracterizamos também pacientes portadores de recidiva de etilismo e de etilismo *de-novo*. Desta forma esse resultado caracteriza um novo aspecto do consumo de álcool após o transplante que tem sido pouco estudado na literatura.

A respeito do consumo de álcool *de-novo* após o transplante de fígado identificamos a ocorrência em 12% dos nossos transplantados sendo essa taxa semelhante à dos recidivantes do presente estudo (11%). Acreditamos importante identificar o consumo de álcool *de-novo* após o transplante de fígado, tendo em vista que qualquer consumo de álcool é considerado de risco entre os transplantados e este é um conceito unânime entre muitos pesquisadores da área (Gish et al., 2001; Perney et al., 2005; Pfitzmann et al., 2007; Dew et al., 2008; DiMartini et al., 2010; Gramenzi et al., 2011; Faure et al., 2012).

Incluímos no nosso estudo todos os transplantados sendo ou não portadores de DAF e houve maior porcentagem (58%) de pacientes com doença hepática não alcoólica entre eles. Observamos proporção semelhante de consumo de álcool após o transplante nos dois grupos. Este dado mostra a importância de incluir os

portadores de doença não alcoólica na triagem para etilismo pós-transplante. Faure et al. (2012) relataram 25,2% de uso excessivo de álcool no transplante de fígado por cirrose alcoólica e 9,3% em pacientes transplantados por cirrose não alcoólica. Bratava et al. (2001) demonstraram que 17% dos transplantados por cirrose alcoólica apresentaram recidiva ao álcool após o transplante de fígado com uso excessivo de álcool, e 16% não eram diagnosticados como portadores de DAF.

No estudo de Abosh et al. (2000) constataram-se que a taxa da recidiva foi de 50% para pacientes alcoólicos e de 2% para pacientes não alcoólicos. Cuadrado et al. (2005) relataram em seu estudo que, após o transplante de fígado, 25,9% dos pacientes retornaram ao consumo de álcool. A taxa de recaída alcoólica pós-transplante entre os pacientes com DAF foi de 16% no estudo de Lucey et al. (2007). Vieira et al. (2007) relataram que a recidiva encontrada foi de 18,9%.

A grande variação nas taxas de recidivismo se deve às diferentes definições usadas, com alguns autores definindo o recidivismo como qualquer consumo de álcool, enquanto outros incluem somente o consumo nocivo (DiMartini et al., 2010; Perney et al., 2005; Dew et al., 2008). A maioria dos centros de transplantes considera qualquer consumo de álcool como inaceitável e define o recidivismo como qualquer consumo de álcool após o transplante de fígado. Esta definição restrita de recaída alcoólica está em contraste com estudos sobre dependência em geral que definem a recaída como a retomada ao consumo excessivo de álcool (Dew et al., 2008). Além disso, distingue este comportamento de consumo nocivo dos chamados deslizes, que são definidos como um consumo esporádico seguido do reestabelecimento da abstinência (Pfitzmann et al., 2007).

Como consumir álcool pode levar à perda do enxerto, e muitos hepatologistas definem qualquer consumo de álcool pós-transplante como recidiva (Gish et al.,

2001). No entanto, dada a dificuldade em determinar exatamente a ingestão de álcool, especialistas em abuso de substâncias dizem que o termo recidiva é muito ambíguo, pois abstinência é o maior objetivo para qualquer paciente com DAF pós-transplante e qualquer uso de álcool é indesejável e deve ser parte da intervenção terapêutica (Gramenzi et al., 2011).

Dew et al. (2008) constataram que as taxas de recaída de qualquer uso de álcool após o transplante de fígado foram de 5,6%, sendo as taxas de consumo excessivo de álcool de 2,5%. No estudo de Singal et al. (2013) aproximadamente 45% dos pacientes relataram algum consumo de álcool (26% com raros deslizes e 19% com consumo nocivo). Para Perney et al. (2005) pacientes com recaída severa são o grupo mais importante a ser estudado por conta do risco de morbidade devido ao consumo de álcool. Em seu estudo, a recaída alcoólica ocorreu em 32 dos 61 pacientes (52%) e a recaída intensa ocorreu em 8 dos 61 pacientes (13%).

A cirrose alcoólica é uma das formas mais comuns de doença do fígado fatal já vista. Portanto, muitos pacientes podem ser potencialmente beneficiados com o transplante do fígado se considerados candidatos adequados para o procedimento. No entanto, existem controvérsias sobre o transplante de fígado em pacientes com cirrose alcoólica. As questões mais importantes são a avaliação e o monitoramento do abuso de álcool. A detecção prévia da recaída ao álcool poderia levar a um tratamento comportamental apropriado antes do aparecimento de problemas clínicos e sociais associados ao consumo incontrolável de álcool (Berlakovich et al., 1999).

O uso do álcool traz um impacto negativo após o transplante, incluindo disfunção secundária do fígado, não comprometimento com medicamentos ou com visitas clínicas, falência do enxerto devido à rejeição ou à toxicidade do álcool e

malignidades ou doenças cardiovasculares possivelmente relacionadas ao consumo de cigarro (Egawa et al., 2014).

O impacto do consumo de álcool no resultado após o transplante de fígado tem sido controverso há muito tempo. Nos estudos de Pageaux et al. (2003) destacaram-se que o recidivismo não tem impacto significativo nas taxas de sobrevivência. No entanto, deve ser destacado que esses estudos não distinguiram diferentes padrões ou intensidades de consumo de álcool. Em contraste, outros estudos indicam que a recorrência de consumo abusivo de álcool após o transplante de fígado pode alterar dramaticamente a sobrevivência desses pacientes, levando a taxas de sobrevivência significativamente reduzidas para pacientes que retornam ao consumo excessivo de álcool após o transplante de fígado (Cuadrado et al., 2005).

Recidivantes do etilismo também têm risco maior de morte por doenças cardiovasculares e malignidades. Portanto é importante identificar fatores de risco que prevejam recidiva do álcool para selecionar pacientes que terão maior benefício com o transplante de fígado e instituir seguimento específico com equipe qualificada para prevenir o retorno ao consumo de álcool (Gramenzi et al., 2011; Faure et al., 2012).

A noção de qualidade de vida tem definições múltiplas. De um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (Castellanos et al., 1997).

A respeito da avaliação da qualidade de vida dos transplantados de fígado, em nosso estudo, constatou-se que em todos os domínios houve prejuízo, sendo

este maior nos seguintes domínios: AF (aspectos físicos), EGS (estado geral de saúde), AE (aspectos emocionais). Portanto, deve-se esperar que o consumo excessivo e prolongado de álcool piore ainda mais a qualidade de vida dos transplantados. Embora tenha-se documentado prejuízo na qualidade de vida dos receptores estudados, sabe-se que após o transplante de fígado ocorre melhora em relação às condições pré-transplante, considerando-se a progressão da doença hepática crônica e suas complicações.

A avaliação da qualidade de vida nas doenças hepáticas crônicas mostra a baixa qualidade de vida dos pacientes com hepatopatias irreversíveis, quando comparados com indivíduos saudáveis (Younossi et al., 2006). No estudo de Galant et al. (2011), os pacientes apresentaram piores escores do questionário de qualidade de vida SF-36 em todos os domínios. Apesar de os pacientes submetidos ao transplante hepático apresentarem melhora em seus aspectos sociais, a grande maioria não retorna às suas tarefas sociais anteriormente realizadas.

No presente estudo, não foi possível comparar a análise de qualidade de vida dos pacientes no período pré-transplante para analisar comparativamente os dados. É importante refletir que os indivíduos que são transplantados não têm outras opções de tratamento e que têm alto risco de morte sem o transplante. Sendo o transplante um procedimento que potencialmente reabilita cidadãos dependentes de cuidadores para muitas funções da vida diária ou mesmo internados em UTI, espera-se que o paciente apresente um quadro livre da doença crônica e progressiva e ainda recupere sua independência física e mental, o que seria um fator de alto impacto na qualidade de vida após a cirurgia. Entretanto, a análise da qualidade de vida é um processo complexo e requer estudos individuais de acordo com o quadro de cada paciente.

Vários fatores podem sobrepor-se aos benefícios do transplante e contribuir para justificar a baixa qualidade de vida entre transplantados. Dentre eles, aspectos sociais, trabalhistas, familiares, complicações cirúrgicas, efeitos colaterais das drogas imunossupressoras utilizadas para evitar a rejeição que pudesse causar diabetes, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e ainda ao peso de conviver com o diagnóstico de “etilista em recuperação” entre os portadores de cirrose alcoólica pré-transplante (Younossi et al., 2006).

Durante as entrevistas deste estudo, observou-se que os pacientes sentiam-se envergonhados por serem portadores de DAF e tendiam a omitir o uso do álcool, admitindo este fato apenas após um diálogo mais prolongado. Embora muitos transplantados tenham todos estes aspectos em equilíbrio e consigam controlar seu estado geral de saúde com uma ou duas consultas anuais ao centro transplantador, outros necessitam de um controle ambulatorial e/ou internações frequentes.

Kelly et al. (2006) ao estudarem retrospectivamente 90 pacientes com cirrose alcoólica identificaram entre outras variáveis, problemas médicos como o fator preditor de consumo prejudicial de álcool após o transplante. DiMartini et al. (2010) ao estudarem 159 transplantados por cirrose alcoólica identificaram, entre outros preditores de etilismo precoce, moderado e excessivo após o transplante, problemas de saúde psicológica e comprometimento da saúde física incluindo dores no corpo, falta de energia e fadiga, corroborando com esta pesquisa.

Em nosso estudo, em decorrência das alterações vinculadas aos aspectos do estado geral de saúde, aspectos físicos e aspectos emocionais encontradas através do teste SF-36, esses indivíduos apresentaram consequências negativas nos aspectos relacionados à qualidade de vida. Além disso, houve evidência de

associação com o consumo de álcool pós-transplante entre boa alimentação, consumo de cigarro, predominância do gênero masculino e estado conjugal.

Lucey et al. (1997) relataram a preocupação em considerar-se o melhor período para o transplante. Além disso, deve-se também considerar a qualidade de vida do paciente. A maioria dos estudos tem mostrado uma deficiência surpreendente antes do transplante, o que melhora significativamente após o transplante de fígado.

A qualidade de vida em todos os aspectos (status médico, social, de ocupação ou de relacionamento) mostra uma melhora após o transplante, independente da indicação (Varma et al., 2010). Porém, os resultados pós-transplante relacionados à qualidade de vida são menores em pacientes que retornam ao consumo excessivo de álcool (Bravata et al., 2001).

Uso de tabaco também se mostrou associado ao uso de álcool pós-transplante entre os nossos pacientes especialmente nos etilismo recidivantes. Outros autores encontraram dados diferentes. A respeito do consumo de tabaco pós-transplante, Ehlers et al. (2004) relataram em seu estudo que 15% dos pacientes fumavam, com a maioria fumando menos de um maço por dia. Maiores taxas de uso de tabaco, de até 50%, são observadas entre pacientes com DAF nos dois primeiros anos após o transplante de fígado. No entanto, se levarmos em consideração os pacientes que já fumavam, essas taxas podem chegar até a 70% (DiMartini et al., 2005; DiMartini et al., 2011). De acordo com Dew et al. (2008) a taxa de consumo de tabaco após o transplante de fígado foi de 10%. O consumo de tabaco pode ter importantes implicações para resultados cirúrgicos e clínicos (Lucey et al., 2009; DiMartini et al., 1998). Há maiores evidências de que o consumo de tabaco possa contribuir para perda da função do enxerto, doenças cardiovasculares

e desenvolvimento de malignidades secundárias após o transplante. Estudos são escassos a respeito da prevalência do uso do tabaco em pacientes no pré e pós-transplante (Ehlers et al., 2004).

Em nosso estudo, a respeito do estado conjugal pré-transplante, o fato de o paciente apresentar uma relação estável no período pré-transplante parece ser um importante preditor de que ele possa consumir álcool em menor quantidade no pós-transplante podendo significar um provável fator de proteção. Entretanto nossa amostra é pequena para permitir conclusões definitivas sobre isso. Em estudo semelhante Perney et al. (2013) relataram que os pacientes que continuaram a consumir álcool eram geralmente solteiros, o que sugere que esses pacientes poderiam se beneficiar com uma terapia de ajuda para dependência alcoólica.

No presente estudo, foi identificada que alimentação boa e ótima está associada à recidiva do etilismo, e alimentação regular e ruim está associada a etilismo excessivo. O transplante proporciona uma melhora geral na qualidade de vida do paciente, se comparar suas condições no período pré-transplante. Portanto, como o paciente deixa de consumir álcool após o transplante, é observada a melhora em vários aspectos relacionados à qualidade de vida, entre eles uma melhora na alimentação. Gramenzi et al. (2011) constataram em seu estudo que o transplante melhora vários aspectos na vida dos pacientes incluindo estado de humor, alimentação, sono, relações pessoais e familiares incluindo estado de humor, alimentação, sono, relações pessoais e familiares.

Sobre a influência do gênero no consumo de álcool pós-transplante verificou-se que entre as mulheres que consumiam álcool, todas tinham consumo excessivo. No grupo de consumo aceitável, 100% eram homens. Não encontramos resultados

semelhantes na literatura, mas o aumento de consumo de álcool entre mulheres tem sido relatado.

Em nosso estudo, em relação ao tempo de transplante, no grupo de pacientes com consumo aceitável de álcool, o tempo médio foi menor do que no grupo com consumo excessivo. Portanto, estes dados podem indicar que o consumo de álcool pode aumentar com o tempo de transplante. As taxas de consumo de álcool aumentaram ao longo do tempo em todos os pacientes transplantados no estudo de Bravata et al. (2001).

Identificamos algumas limitações no nosso estudo: não verificamos o tempo de abstenção antes do transplante. Entretanto, Kumar et al. (1990) relataram taxa de recidivismo de 43% em indivíduos que pararam de consumir álcool por um período menor que 6 meses antes do transplante, comparado com 6,7% para pacientes que pararam de consumir álcool por um período maior que 6 meses antes do transplante. De acordo com Tringali et al. (1996) a taxa de recidivismo foi de 12,5% para aqueles em que a sobriedade foi menor que 6 meses, comparada com 18% para aqueles cuja sobriedade foi maior que 6 meses. Outra limitação observada foi o pequeno número de pacientes nos diferentes subgrupos avaliados que não nos permitiram chegar a conclusões definitivas. Todavia, este é um estudo exploratório sobre o consumo de álcool nesta casuística e que representa um ponto de partida para pesquisas adicionais. Pontos a serem estudados: repetir o AUDIT-C anualmente poderia confirmar ou não a nossa taxa de recidiva. Verificarem-se entre os pacientes que consumiam álcool pós-transplante houve sinal de lesão provocada pelo álcool nas biópsias do fígado.

CONCLUSÃO

Observou-se um consumo significativo e excessivo de álcool por transplantados de fígado entre portadores prévios de cirrose alcoólica ou não. Identificamos diferentes padrões de consumo de álcool pós-transplante sendo consumo excessivo, aceitável, etilismo recidivante e etilismo *de-novo*. A respeito dos parâmetros de qualidade de vida, constatou-se prejuízo significativo nos domínios AF (aspectos físicos), EGS (estado geral de saúde) e AE (aspectos emocionais) entre o grupo de consumo aceitável.

Os fatores identificados como preditores para o consumo de álcool pós-transplante mostraram-se relacionados à alimentação, ao tabagismo, ao gênero, ao tempo de transplante e ao estado conjugal pré-transplante.

Estes preditores são importantes para as estratégias de identificação dos transplantados em risco de consumo de álcool, que devem incluir todos os pacientes e não apenas os portadores de etilismo prévio, pois encontramos recidivantes e etilistas *de-novo* em proporções semelhantes, assim como a prevalência semelhante de consumo excessivo nos dois grupos.

REFERÊNCIAS

- Abosh, D., Rosser, B., Kaila, K., Bazyleuski, R., & Minuk, G. (2000). Outcomes following liver transplantation for patients with alcohol-versus nonalcohol-induced liver disease. *Canadian Journal of Gastroenterology*, *14*(10), 851-855.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. Recuperado de http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf.
- Bellamy, C. O., DiMartini, A. M., Ruppert, K., Jain, A., Dodson, F., Torbenson, M., ... Demetris, A. J. (2001). Liver transplantation for alcoholic cirrhosis: long term follow-up and impact of disease recurrence. *Transplantation*, *72*(4), 619-626.
- Berlakovich, G. A., Soliman, T., Freundorfer, E., Windhager, T., Bodingbauer, M., Wamser, P., ... Muehlbacher, F. (2004). Pretransplant screening of sobriety with carbohydrate-deficient transferrin in patients suffering from alcoholic cirrhosis. *Transplant International*, *17*(10), 617-621.
- Berlakovich, G. A. (2014). Challenges in transplantation for alcoholic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(25), 8033-8039.
- Berlakovich, G. A., Steininger, R., Herbst, F., Barlan, M., Mittlböck, M., & Mühlbacher, F. (1994). Transplantation for alcoholic cirrhosis: how does recurrence of disease harm the graft? *Transplant International*, *7*(Suppl 1), 123-127.
- Berlakovich, G. A., Windhager, T., Freundorfer, E., Lesch, O. M., Steininger, R., & Mühlbacher, F. (1999). Carbohydrate deficient transferrin for detection of alcohol relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *Transplantation*, *67*(9), 1231-1235.
- Björnsson, E., Olsson, J., Rydell, A., Fredriksson, K., Eriksson, C., Sjöberg, C., ... Friman, S. (2005). Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: impact of structured management on recidivism. *Scandinavian Journal Gastroenterology*, *40*(2), 206-216.
- Bravata, D. M., Olkin, I., Barnato, A. E., Keeffe, E. B., & Owens, D. K. (2001). Employment and alcohol use after liver transplantation for alcoholic and nonalcoholic liver disease: a systematic review. *Liver Transplantation*, *7*(3), 191-203.
- Bravata, D. M., Olkin, I., Barnato, A. E., Keeffe, E. B., & Owens, D. K. (1999). Health-related quality of life after transplantation: a meta-analysis. *Liver Transplantation and Surgery*, *5*(4), 318:331.

- Brito, D. M. S., Araújo, T. L., Galvão, M. T. G., Moreira, T. M. M., & Lopes, M. V. O. (2008). Quality of life and perception of illness among individuals with high blood pressure. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 933-940.
- Bush, K., Kivlahan, B. K., McDonell, M. S., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789-1795.
- Carbone, M., & Neuberger, J. (2010). Liver transplantation for hepatitis C and alcoholic liver disease. *Journal of Transplantation*, 2010(2010), 1-8.
- Castellanos, P. L. (1997). Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In R. B. Barata (Org.), *Condições de vida e situação de saúde* (pp. 31-76). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Chen, G. H., Yang, Y., Lu, M. Q., Cai, C. J., Zhang, Q., Zhang, Y. C.,... Yi, H. M. (2010). Liver transplantation for end-stage alcoholic liver disease: a single-center experience from mainland China. *Alcohol*, 44(3), 217-221.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Cuadrado, A., Fábrega, E., Casafont, F., & Pons-Romero, F. (2005). Alcohol recidivism impairs long-term patient survival after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transplantation*, 11(4), 420-426.
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., Steel, J., Dabbs, A. V., Myaskovsky, L., Unruh, M., & Greenhouse, J. (2008). Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver Transplantation*, 14(2), 159-172.
- DiMartini, A. M. A., Dew, N., Day, M. G., Fitzgerald, B. L., Jones, M. E., deVera, M., & Fontes, P. (2010). Trajectories of alcohol consumption following liver transplantation. *American Journal of Transplantation*, 10(10), 2305-2312.
- DiMartini, A., Crone, C., & Dew, M. A. (2011). Alcohol and substance use in liver transplant patients. *Clinics in Liver Disease*, 15(4), 727-751.
- DiMartini, A., Day, N., Dew, M. A., Javed, L., Fitzgerald, M. G., Jain, A.,... Fontes, P. (2006). Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transplantation*, 12(5), 813-820.
- DiMartini, A., Jain, A., Irish, W., Fitzgerald, M. G., & Fung, J. (1998). Outcome of liver transplantation in critically ill patients with alcoholic cirrhosis: survival according to medical variables and sobriety. *Transplantation*, 66(3), 298-302.

- DiMartini, A., Javed, L., Russell, S., Dew, M. A., Fitzgerald, M. G., Jain, A., & Fung, J. (2005). Tobacco use following liver transplantation for alcoholic liver disease: an underestimated problem. *Liver Transplantation*, *11*(6), 679-683.
- Egawa, H., Nishimura, K., Teramukai, S., Yamamoto, M., Umeshita, K., Furukawa, H., & Uemoto, S. (2014). Risk factors for alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis in Japan. *Liver Transplantation*, *20*(3), 298-310.
- Ehlers, S. L., Rodrigue, J. R., Widows, M. R., Reed, A. I., & Nelson, D. R. (2004). Tobacco use before and after liver transplantation: a single center survey and implications for clinical practice and research. *Liver Transplantation*, *10*(3), 412-417.
- Faure, S., Herrero, A., Jung, B., Duny, Y., Daures, J. P., Mura, T.,... Pageaux, G. P. (2012). Excessive alcohol consumption after liver transplantation impacts on long-term survival, whatever the primary indication. *Journal of Hepatology*, *57*(2), 306-312.
- Galant, L. H., Forgiarini Junior, L. A. F., Dias, A. S., & Marroni, C. A. (2011). Condição funcional, a força muscular respiratória e qualidade de vida em pacientes cirróticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, *16*(1), 30-4.
- Georgiou, G., Webb, K., Griggs, K., Copello, A., Neuberger, J., & Day, E. (2003). First report of a psychosocial intervention for patients with alcohol-related liver disease undergoing liver transplantation. *Liver Transplantation*, *9*(7), 772-775.
- Gish, R.G., Lee, A., Brooks, L., Leung, J., Lau, J. Y., & Moore, D. H. (2001). Long-term follow-up of patients diagnosed with alcohol dependence or alcohol abuse who were evaluated for liver transplantation. *Liver Transplantation*, *7*(7), 581-587.
- Gramenzi, A., Gitto, S., Caputo, F., Biselli, M., Lorenzini, S., Bernardi, M., & Andreone, P. (2011). Liver transplantation for patients with alcoholic liver disease: an open question. *Digestive and Liver Disease*, *43*(11), 843-849.
- Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, *37*(6), 591-596.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G. E., Liberati, A., & Schunemann, H. J. (2008). Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, *336*(7652), 1049-1051.
- Iruzubieta, P., Crespo, J., & Fábrega, E. (2013). Long-term survival after liver transplantation for alcoholic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, *19*(48), 9198-9208.
- Jaurigue, M. M., & Cappell, M. S. (2014). Therapy for alcoholic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(9), 2143-2158.

- Karim, Z., Intaraprasong, P., Scudamore, C. H., Erb, S. R., Soos, J. G., Cheung, E.,... Yoshida, E. M. (2010). Predictors of relapse to significant alcohol drinking after liver transplantation. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 24(4), 245-250.
- Kelly, M., Chick, J., Gribble, R., Gleeson, M., Holton, M., Winstanley, J.,... Haber, P. S. (2006). Predictors of relapse to harmful alcohol after orthotopic liver transplantation. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 278-283.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Wamer, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-111-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.
- Kumar, S., Stauber, R. E., Gavalier, J. S., Basista, M. H., Dindzans, V. J., Schade, R. R.,... Starzl, T. E. (1990). Orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Hepatology*, 11(2), 159-164.
- Lucey, M. R. (2007). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Clinics in Liver Disease*, 11(2), 283-289.
- Lucey, M. R. Liver transplantation for alcoholic liver disease. (2014). *Nature Reviews: Gastroenterology Hepatology*, 11(5), 300-307.
- Lucey, M. R., Carr, K., Beresford, T. P., Fisher, L. R., Shieck, V., Brown, K. A.,... Appelman, H. D. (1997). Alcohol use after liver transplantation in alcoholics: a clinical cohort follow-up study. *Hepatology*, 25(5), 1223-1227.
- Lucey, M. R., Schaubel, D. E., Guidinger, M. K., Tome, S., & Merion, R. M. (2009). Effects of alcoholic liver disease and hepatitis C infection on waiting list and posttransplant mortality and transplant survival benefit. *Hepatology*, 50(2), 400-406.
- Maldonado, J. R., & Keeffe, E. B. (1997). Liver transplantation for alcoholic liver disease: selection and outcome. *Clinics in Liver Disease*, 1(2), 305-321.
- Mathurin, P., & Bataller, R. (2015). Trends in the management and burden of alcoholic liver disease. *Journal of Hepatology*, 62(Suppl 1), 38-46.
- McRae, A. L., Brady, K. T., & Sonne, S. C. (2001). Alcohol and substance abuse. *Medical Clinics of North America*, 85(3), 779-801.
- Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1) :7-18.
- Pageaux, G. P., Bismuth, M., Perney, P., Costes, V., Jaber, S., Possoz, P.,... Larrey D. (2003). Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease: does it matter? *Journal of Hepatology*, 38(5), 629-634.

- Perney, P., Bismuth, M., Sigaud, H., Picot, M. C., Jacquet, E., Puche, P.,... Pageaux, G. P. (2005). Are preoperative patterns of alcohol consumption predictive of relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease? *Transplant International*, 8(11), 1292-1297.
- Perney, P., Segalas, F., Nalpas, B., Chanques, G., Rigole, H., Duny, Y.,... Pageaux, G. P. (2013). Impact of tobacco and alcohol consumption in patients registered on waiting list on early morbidity following liver transplantation. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 37(5), 473-478.
- Pfitzmann, R., Schwenzer, J., Rayes, N., Seehofer, D., Neuhaus, R., & Nüssler, N. C. (2007). Long-term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transplantation*, 13(2), 197-205.
- Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., & Roerecke, M. (2009). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 437-445.
- Rustad, J. K., Stern, T. A., Prabhakar, M., Musselman, D. (2015). Risk factors for alcohol relapse following orthotopic liver transplantation: a systematic review. *Psychosomatics*, 56(1), 21-35.
- Shah, V. H. (2009) Alcoholic liver disease: the buzz may be gone, but the hangover remains. *Hepatology*, 51(5), 1483-1484.
- Singal, A. K., Chaha, K. S., Rasheed, K., & Anand, B. S. (2013). Liver transplantation in alcoholic liver disease current status and controversies. *World Journal of Gastroenterology*, 19(36), 5953-5963.
- Tandon, P., Goodman, K. J., Ma, M. M., Wong, W. W., Mason, A. L., Meeberg, G.,... Bain, V. G. (2009). A shorter duration of pre-transplant abstinence predicts problem drinking after liver transplantation. *American Journal of Gastroenterology*, 104(7), 1700-1706.
- Tang, H., Boulton, R., Gunson, B., Hubscher, S., & Neuberger, J. (1998). Patterns of alcohol consumption after liver transplantation. *GUT*, 43(1), 140-145.
- Tome, S., & Lucey, M. R. (2003). Timing of liver transplantation in alcoholic cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 39(3), 302-307.
- Tringali, R. A., Trzepacz, P. T., DiMartini, A., & Dew, M. A. (1996). Assessment and follow-up of alcohol-dependent liver transplantation patients. A clinical cohort. *General Hospital Psychiatry*, 18(Suppl 6), 70-77.
- Varma, V., Webb, K., & Mirza, D. F. (2010). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, 16(35), 4377-4393.
- Vieira, A., Rolim, E. G., Capua Junior, A., & Szutan, L. A. (2007). Relapse of alcohol consumption in liver transplant candidates. Risk factor analysis. *Arquivos de Gastroenterologia*, 44(3), 205-209.

Yusoff, I. F., House, A. K., De Boer, W. B., Ferguson, J., Garas, G., Heath, D.,... Jeffrey, G. P. (2002). Disease recurrence after liver transplantation in Western Australia. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 17(2), 203-207.

Younossi ZM, Guyatt. Quality-of-Life Assessments and Chronic Liver Disease. *Am J Gastroenterol* 2006;93:1037-41.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Versão brasileira: instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida composto por 36 itens abrangendo oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final de cada domínio pode variar de 0 a 100, (zero: pior estado geral de saúde; 100: melhor estado de saúde (Ciconelli et al., 1999)

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE ESCORE INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1 Em geral, você diria que sua saúde é: (circule um)

| | |
|-----------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muito boa..... | 2 |
| Boa | 3 |
| Ruim | 4 |
| Muito ruim..... | 5 |

2 Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

| | |
|-------------------------------------------------|---|
| Muito melhor agora do que um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora do que um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma coisa do que um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora do que um ano atrás | 5 |

3 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Quanto? (circule um número em cada linha)

| Atividades | Sim Dificulta muito | Sim Dificulta pouco | Não Não dificulta de modo algum |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------------|
| A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa. | 1 | 2 | 3 |
| C) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| D) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| E) Subir um lance de escadas | 1 | 2 | 3 |
| F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| G) Andar mais de 1 Km | 1 | 2 | 3 |
| H) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| I) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| J) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física ? (circule um número em cada linha)

| | Sim | Não |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades | 1 | 2 |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| B) Realizou menos tarefas do que gostaria? | 1 | 2 |
| C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)? | 1 | 2 |

5 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ? (circule um número em cada linha)

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| B) Realizou menos tarefas do que gostaria? | 1 | 2 |
| C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz? | 1 | 2 |

6 Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

| | |
|------------------------|---|
| De forma nenhuma | 1 |
| Ligeiramente | 2 |
| Moderadamente | 3 |
| Bastante | 4 |
| Extremamente | 5 |

7 Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas ? (circule uma)

| | |
|-----------------|---|
| Nenhuma..... | 1 |
| Muito leve..... | 2 |
| Leve..... | 3 |

| | |
|------------------|---|
| Moderada..... | 4 |
| Grave..... | 5 |
| Muito grave..... | 6 |

8 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa) ? (circule uma)

| | |
|------------------------|---|
| De maneira alguma..... | 1 |
| Um pouco..... | 2 |
| Moderadamente..... | 3 |
| Bastante..... | 4 |
| Extremamente..... | 5 |

9 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (circule um número para cada linha)

| | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| pode animá-lo? | | | | | | |
| D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10 Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (visitar amigos, parentes, ...) (circule uma)

- Todo o tempo1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo4
- Nenhuma parte do tempo5

11 O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes | Não sei | A maioria das vezes | Definitivamente falsas |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------|---------|---------------------|------------------------|
| A) Eu costumo adoecer um pouco | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 2 - Questionário AUDIT-C Fonte: Adaptação de Bush K, Kivlahan DR, Mc Donnell MB, et al. The Audit alcohol consumption questions (AUDIT-C): na effective brief screening test for problem drinkin. Arch Inter Med. 1998, 16: 1789 – 1795. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, et al. Cessação tabágica: Programa-tipo de actuação. Lisboa: DGS; 2007.

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)

| Questionário Audit-C | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Com que frequência consome doses que contêm álcool? | Nunca | 1 vez por mês ou menos | 2 a 4 vezes por mês | 2 a 3 vezes por semana | 4 ou mais por semana |
| 2. Quando bebe, quantas doses contendo álcool consome num dia normal? | 1 ou 2 | 3 ou 4 | 5 ou 6 | 7 ou 9 | 10 ou mais |
| 3. Com que frequência consome 6 doses ou mais numa única ocasião? | 1 vez por mês ou menos | 1 vez por mês ou menos | 2 a 4 vezes por mês | 2 a 3 vezes por semana | 4 ou mais por semana |
| Total | | | | | |

Homem ≥ 5 Excessivo

Mulher ≥ 4 Excessivo

- ✓ As perguntas têm uma cotação entre 0 e 4 pontos.
- ✓ Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 12. O score máximo é 12. Quando acima de 4 (maior ou igual a 5) no homem e acima de 3 (maior ou igual a 4) na mulher, indicam consumo excessivo.
- ✓ No entanto, quando o score obtido decorre exclusivamente da resposta à pergunta 1, com pontuação nula nas demais perguntas, pode-se assumir que o consumo está dentro de valores aceitáveis, sugerindo-se a repetição do teste em consultas subsequentes, para a confirmação.

- ✓ Usualmente, quanto maior o score, maior a probabilidade de existir consumo de álcool acima do recomendado.

APÊNDICES

Apêndice A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

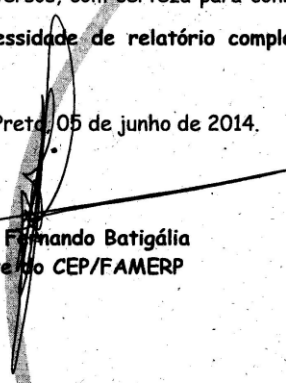
Parecer n.º 675.045

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 30280214.8.0000.5415 sob a responsabilidade de **Patricia Silva Melo** com o título "Análise do Consumo de Álcool em Pacientes Submetidos ao Transplante de Fígado" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 05 de junho de 2014.


Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP

17 3201 5813
cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro
15090-000 | São José do Rio Preto SP
www.famerp.br/cep

Apêndice B -Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido

Contendo dados de identificação do pesquisador e dos participantes, objetivos e procedimentos da pesquisa, elaborado em conformidade com os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde CNS do Ministério da Saúde, FAMERP- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar deste estudo científico, porque você como paciente e familiar submetido ao transplante de fígado tem condições para participar da pesquisa, que poderá aumentar o conhecimento a respeito de qualidade de vida dos transplantados de fígado, tendo como assunto principal a “Análise do consumo de álcool em pacientes submetidos ao transplante de fígado”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento. Este estudo está relacionado com a análise da qualidade de vida do paciente submetido ao transplante de fígado, vai verificar o consumo de álcool na população de transplantados de fígado no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, como também seu perfil, avaliar fatores preditivos e o impacto da qualidade de vida dos transplantados de fígado.

O objetivo desse estudo é verificar se a qualidade de vida do paciente está relacionada ao consumo de álcool nesses pacientes submetidos ao transplante de fígado.

Você será convidado por meio de convite de comunicação oral na sala de espera no departamento de transplante de fígado. O estudo será realizado da seguinte maneira: Após o termo de consentimento assinado você responderá três questionários de maneira voluntária.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo. Os procedimentos poderão trazer como

risco apenas o tempo de resposta dos questionários a serem respondidos. Você receberá como benefício um atendimento com maior eficácia após a pesquisa ser feita, pois um dos efeitos propostos é o bem estar do paciente e esse entendimento é prioridade.

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo, como também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, será do pesquisador responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o pesquisador responsável Patrícia Silva Melo, pelo e-mail patricimelopsic@hotmail.com ou pelo telefone: (17) 33 05 18 28, (17) 997 88 55 66.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo e-mail: cepfamerp@famerp.br.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Orientadora Pesquisador Responsável
(Profa. Dra. Rita de Cássia M. A. da Silva)

Patrícia Silva Melo

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

RG: _____

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

RG: _____

Apêndice C - Ficha sóciodemográfica e clínica

Nº do questionário _____ Data da entrevista ____ / ____ / ____

Entrevistador (a): _____ local: _____

Qual a doença que levou ao transplante: _____

Tipo de Transplante () Fígado () Rim () Outros, _____

Quanto tempo de espera na fila de Transplante? _____

Quanto tempo de Transplante de Fígado? _____

I Identificação e perfil social do transplantado:

1 Iniciais do nome transplantado: _____ Nº da Lista Transplantados ____

2 Gênero: () Masculino () Feminino

3 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Portanto, está com ____ anos (completos)

4 Cor observada que predomina na aparência ou relatada pelo transplantado

() Branca () Negra () Amarela () outra _____

5 Local de nascimento: () Urb () Rural () Ignorado

Cidade _____ Estado _____ País _____

6 Qual o seu estado conjugal?

Pré Transplante Pós Transplante

() Nunca se casou ou morou com companheiro(a) () Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

() Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

() Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

() Viúvo (a)

() Viúvo(a)

() Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) () Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

() Ignorado, não sabe () Ignorado

7 Grau de Instrução do Transplantado:

() Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto

() Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto

() Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto

() Médio Completo / Superior Incompleto

() Superior Completo

8 Renda Familiar Por Classes - Posse de itens:

() Televisão em cores () Rádio

Banheiro Automóvel

Empregada Doméstica Máquina de lavar

videocassete e/ou DVD Geladeira

Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

9 Profissão: Pré _____ Pós _____

10 Ocupação Pré _____ Pós _____

II Estado geral de saúde do transplantado

1 - O que mudou na sua rotina diária após o transplante? (De forma Geral)

Relacionamento familiar: Pré _____ Pós _____

Relacionamentos fora da família: Pré _____ Pós _____

Humor: Pré _____ Pós _____

Sono: Pré _____ Pós _____

Alimentação: Pré _____ Pós _____

2 Consumo de cigarros?

Pré: Não, sim, por quanto tempo? _____

Pós: Não, sim, por quanto tempo? _____

3 Consumo de bebidas alcoólicas?

Pré: Não , sim, por quanto tempo? _____

Pós: Não , sim, por quanto tempo? _____

Qual (s): _____

4 – Consumo de outras drogas?

Pré: Não , sim, por quanto tempo? _____

Pós : Não , sim, por quanto tempo? _____

Qual (s) _____

5 Medicação ingerida por prescrição médica atualmente:

Tacrolino / Prografe Raditidina

Sirolimus / Rapamune Pressão: Losartana – Atenolol

Micofenolato / Mifortic Metiformina (Diabetes)

Azatioprina Grifage

Ciclosporina Insulina regular

Lactolona (antes, pré) Clonazopam

Omeoprazol Anlodipino

Prednisona

() Outros não prescritos: _____

6 Houveram complicações da doença após o transplante? Quais?

Pré: () HDA () Ascite () Encefalopatia () TIPS () SHS () Câncer Incidental

Pós: () Retransplante () Cirurgias () Diálise () Câncer () Recidiva da doença

7 Faz Tratamento para alguma doença além do Transplante? () Não, () Sim

Pré: _____ Pós _____

8 Houve alguma mudança para pior na sua vida após o transplante?

Qual? _____

9 Qual a melhor mudança na sua vida após o transplante

III Informação colateral do familiar

1 - O que mudou na rotina diária do paciente após o transplante? (De forma Geral)

Relacionamento familiar: Pré _____ Pós _____

Relacionamentos fora da família: Pré _____ Pós _____

Humor: Pré _____ Pós _____

Sono: Pré _____ Pós _____

Alimentação: Pré _____ Pós _____

2 Consumo de cigarros?

Pré : () Não, () sim, por quanto tempo? _____

Pós: () Não, sim, por quanto tempo? _____

3 Consumo de bebidas alcoólicas?

Pré: Não (), () sim, por quanto tempo? _____

Pós: Não (), () sim, por quanto tempo? _____

Qual (s): _____

4 – Consumo de outras drogas?

Pré: Não (), () sim, por quanto tempo? _____

Pós: Não (), () sim, por quanto tempo? _____

Qual (s) _____

5 Houve alguma mudança para pior na vida do transplantado após o transplante?

Qual? _____

6 Qual a melhor mudança na vida do transplantado após o transplante na sua opinião. _____

Apêndice D – Tabelas 7 a 18.

TABELA 7

Perfil social dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7)

| Variáveis | n=124 | n=95 | n=29 | n=22 | n=07 |
|------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Estado conjugal pré-transplante | | | | | |
| Sem companheiro | 38 (30,65%) | 34 (35,79%) | 4 (13,79%) | 4 (18,18%) | 0 (0%) |
| Com companheiro | 86 (69,35%) | 61 (64,21%) | 25 (86,21%) | 18 (81,82%) | 7 (100%) |
| Estado conjugal pós-transplante | | | | | |
| Sem companheiro | 42 (33,87%) | 35 (36,84%) | 7 (24,14%) | 6 (27,27%) | 1 (14,29%) |
| Com companheiro | 82 (66,13%) | 60 (63,16%) | 22 (75,86%) | 16 (72,73%) | 6 (85,71%) |
| Grau de instrução | | | | | |
| Analfabeto | 2 (1,61%) | 1 (1,05%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Educação básica | 107 (86,29%) | 84 (88,42%) | 23 (79,31%) | 16 (72,73%) | 7 (100%) |
| Ensino superior | 15 (12,10%) | 10 (10,53%) | 5 (17,24%) | 5 (22,73%) | 0 (0%) |
| Renda Familiar | | | | | |
| Até 03 salários | 89 (71,77%) | 70 (73,68%) | 19 (65,52%) | 13 (59,09%) | 6 (85,71%) |
| De 3,1 a 5 salários | 17 (13,71%) | 13 (13,68%) | 4 (13,79%) | 3 (13,64%) | 1 (14,29%) |
| De 5,1 a 8 salários | 11 (8,87%) | 8 (8,42%) | 3 (10,34%) | 3 (13,64%) | 0 (0%) |
| Acima de 8 salários | 7 (5,65%) | 4 (4,21%) | 3 (10,34%) | 3 (13,64%) | 0 (0%) |
| Ocupação pré-transplante | | | | | |
| Afastado | 118 (95,16%) | 89 (93,68%) | 29 (100%) | 22 (100%) | 7 (100%) |
| Aposentado | 2 (1,61%) | 2 (2,11%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Ativo | 4 (3,23%) | 4 (4,21%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Ocupação pós-transplante | | | | | |
| Afastado | 55 (44,35%) | 43 (45,26%) | 12 (41,38%) | 11 (50,00%) | 1 (14,29%) |
| Aposentado | 13 (10,48%) | 9 (9,47%) | 4 (13,79%) | 1 (4,55%) | 3 (42,86%) |
| Ativo | 56 (45,16%) | 43 (45,26%) | 13 (44,83%) | 10 (45,45%) | 3 (42,86%) |
| Relacionamento familiar pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 24 (19,35%) | 18 (18,95%) | 6 (20,69%) | 5 (22,73%) | 1 (14,29%) |
| Regular | 8 (6,45%) | 8 (8,42%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 84 (67,74%) | 63 (66,32%) | 21 (72,41%) | 16 (72,73%) | 5 (71,43%) |
| Ótimo | 8 (6,45%) | 6 (6,32%) | 2 (6,90%) | 1 (4,55%) | 1 (14,29%) |

| Relacionamento familiar pós-transplante | | | | | |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Ruim | 6 (4,84%) | 3 (3,16%) | 3 (10,34%) | 1 (4,55%) | 2 (28,57%) |
| Regular | 13 (10,48%) | 10 (10,53%) | 3 (10,34%) | 2 (9,09%) | 1 (14,29%) |
| Bom | 69 (55,65%) | 52 (54,74%) | 17 (58,62%) | 15 (68,18%) | 2 (28,57%) |
| Ótimo | 36 (29,03%) | 30 (31,58%) | 6 (20,69%) | 4 (18,18%) | 2 (28,57%) |
| Relacionamento social pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 20 (16,13%) | 17 (17,89%) | 3 (10,34%) | 1 (4,55%) | 2 (28,57%) |
| Regular | 10 (8,06%) | 6 (6,32%) | 4 (13,79%) | 4 (18,18%) | 0 (0%) |
| Bom | 91 (73,39%) | 70 (73,68%) | 21 (72,41%) | 16 (72,73%) | 5 (71,43%) |
| Ótimo | 3 (2,42%) | 2 (2,11%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Relacionamento social pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 11 (8,87%) | 9 (9,47%) | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 2 (28,57%) |
| Regular | 7 (5,65%) | 4 (4,21%) | 3 (10,34%) | 3 (13,64%) | 0 (0%) |
| Bom | 65 (52,42%) | 48 (50,53%) | 17 (58,62%) | 15 (68,18%) | 2 (28,57%) |
| Ótimo | 41 (33,06%) | 34 (35,79%) | 7 (24,14%) | 4 (18,18%) | 3 (42,86%) |

TABELA 8

Estado geral de saúde dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7).

| Variáveis | n=124 | n=95 | n=29 | n=22 | n=07 |
|------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Mudança diária | | | | | |
| Diminuiu a qualidade de vida | 8 (6,45%) | 6 (6,32%) | 2 (6,90%) | 2 (9,09%) | 0 (0%) |
| Aumentou a disposição e saúde | 116 (93,55%) | 89 (93,68%) | 27 (93,10%) | 20 (90,91%) | 7 (100%) |
| Humor pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 65 (52,42%) | 51 (53,68%) | 14 (48,28%) | 9 (40,91%) | 5 (71,43%) |
| Regular | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 57 (45,97%) | 42 (44,21%) | 15 (51,72%) | 13 (59,09%) | 2 (28,57%) |
| Ótimo | 1 (0,81%) | 1 (1,05%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Humor pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 20 (16,13%) | 16 (16,84%) | 4 (13,79%) | 2 (9,09%) | 2 (28,57%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 2 (2,11%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Bom | 89 (71,77%) | 73 (76,84%) | 16 (55,17%) | 13 (59,09%) | 3 (42,86%) |
| Ótimo | 12 (9,68%) | 4 (4,21%) | 8 (27,59%) | 6 (27,27%) | 2 (28,57%) |
| Qualidade do sono pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 65 (52,42%) | 51 (53,68%) | 14 (48,28%) | 11 (50,00%) | 3 (42,86%) |
| Regular | 2 (1,61%) | 2 (2,11%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 57 (45,97%) | 42 (44,21%) | 15 (51,72%) | 11 (50,00%) | 4 (57,14%) |
| Ótimo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Qualidade do sono pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 37 (29,84%) | 26 (27,37%) | 11 (37,93%) | 7 (31,82%) | 4 (57,14%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 2 (2,11%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Bom | 76 (61,29%) | 62 (65,26%) | 14 (48,28%) | 13 (59,09%) | 1 (14,29%) |
| Ótimo | 8 (6,45%) | 5 (5,26%) | 3 (10,34%) | 1 (4,55%) | 2 (28,57%) |
| Alimentação pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 25 (20,16%) | 19 (20%) | 6 (20,69%) | 5 (22,73%) | 1 (14,29%) |
| Regular | 25 (20,16%) | 20 (21,05%) | 5 (17,24%) | 3 (13,64%) | 2 (28,57%) |
| Bom | 64 (51,61%) | 48 (50,53%) | 16 (55,17%) | 12 (54,55%) | 4 (57,14%) |
| Ótimo | 10 (8,06%) | 8 (8,42%) | 2 (6,90%) | 2 (9,09%) | 0 (0%) |
| Alimentação pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 2 (1,61%) | 2 (2,11%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Regular | 24 (19,35%) | 21 (22,11%) | 3 (10,34%) | 1 (4,55%) | 2 (28,57%) |
| Bom | 38 (30,65%) | 28 (29,47%) | 10 (34,48%) | 8 (36,36%) | 2 (28,57%) |
| Ótimo | 60 (48,39%) | 44 (46,32%) | 16 (55,17%) | 13 (59,09%) | 3 (42,86%) |
| Uso de cigarro pré-transplante | | | | | |
| Não | 62 (50%) | 49 (51,58%) | 13 (44,83%) | 10 (45,45%) | 3 (42,86%) |
| Sim | 62 (50%) | 46 (48,42%) | 16 (55,17%) | 12 (54,55%) | 4 (57,14%) |
| Uso de cigarro pós-transplante | | | | | |
| Não | 115 (92,74%) | 92 (96,84%) | 23 (79,31%) | 18 (81,82%) | 5 (71,43%) |
| Sim | 9 (7,26%) | 3 (3,16%) | 6 (20,69%) | 4 (18,18%) | 2 (28,57%) |
| Uso de bebidas pré-transplante | | | | | |
| Não | 48 (38,71%) | 41 (43,16%) | 7 (24,14%) | 6 (27,27%) | 1 (14,29%) |
| Sim | 76 (61,29%) | 54 (56,84%) | 22 (75,86%) | 16 (72,73%) | 6 (85,71%) |
| Uso de bebidas pós-transplante | | | | | |
| Não | 111 (89,52%) | 91 (95,79%) | 20 (68,97%) | 13 (59,09%) | 7 (100%) |
| Sim | 13 (10,48%) | 4 (4,21%) | 9 (31,03%) | 9 (40,91%) | 0 (0%) |
| Uso de drogas pré-transplante | | | | | |
| Não | 105 (84,68%) | 83 (87,37%) | 22 (75,86%) | 16 (72,73%) | 6 (85,71%) |
| Sim | 19 (15,32%) | 12 (12,63%) | 7 (24,14%) | 6 (27,27%) | 1 (14,29%) |
| Uso de drogas pós-transplante | | | | | |
| Não | 124 (100%) | 95 (100%) | 29 (100%) | 22 (100%) | 7 (100%) |
| Sim | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

TABELA 9

Complicações da doença pré e pós-transplante dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7).

| Variáveis | n=124 | n=95 | n=29 | n=22 | n=07 |
|-----------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Complicações da doença pré-transplante | | | | | |
| Não tiveram | 45 (36,29%) | 34 (35,79%) | 11 (37,93%) | 9 (40,91%) | 2 (28,57%) |
| Tiveram | 79 (63,71%) | 61 (64,21%) | 18 (62,07%) | 13 (59,09%) | 5 (71,43%) |
| Complicações da doença pós-transplante | | | | | |
| Não tiveram | 108 (87,10%) | 85 (89,47%) | 23 (79,31%) | 18 (81,82%) | 5 (71,43%) |
| Tiveram | 16 (12,90%) | 10 (10,53%) | 6 (20,69%) | 4 (18,18%) | 2 (28,57%) |

TABELA 10

Tratamento para outras doenças após o transplante dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7).

| Variáveis | n=124 | n=95 | n=29 | n=22 | n=07 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Tratamento para outras doenças | | | | | |
| Não fazem | 59 (47,58%) | 45 (47,37%) | 14 (48,28%) | 10 (45,45%) | 4 (57,14%) |
| Fazem | 65 (52,42%) | 50 (52,63%) | 15 (51,72%) | 12 (54,55%) | 3 (42,86%) |

TABELA 11

Mudanças na qualidade de vida após o transplante dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7).

| Variáveis | n=124 | n=95 | n=29 | n=22 | n=07 |
|------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| Mudança do transplante | | | | | |
| Para pior | 2 (1,61%) | 1 (1,05%) | 1 (3,45%) | 1 (4,55%) | 0 (0%) |
| Sem mudanças | 18 (14,52%) | 16 (16,84%) | 2 (6,90%) | 2 (9,09%) | 0 (0%) |
| Para melhor | 104 (83,87%) | 78 (82,11%) | 26 (89,66%) | 19 (86,36%) | 7 (100%) |

TABELA 12

Informação colateral dos 50 familiares participantes dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool: abstêmios (n=95), consumo de álcool (n=29), consumo excessivo (n=22) e consumo aceitável (n=7).

| Variáveis | n=50/124 | n=42/95 | n=08/29 | n=08/22 | n=0/07 |
|------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Mudança diária | | | | | |
| Diminuiu a qualidade de vida | 3 (6,00%) | 3 (7,14%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Aumentou a disposição e saúde | 47 (94,00%) | 39 (92,86%) | 8 (100%) | 8 (100%) | 0 (0%) |
| Relacionamento familiar pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 12 (24,00%) | 10 (23,81%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Regular | 3 (6,00%) | 3 (7,14%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 34 (68,00%) | 28 (66,67%) | 6 (75,00%) | 6 (75,00%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 1 (2,00%) | 1 (2,38%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Relacionamento familiar pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 1 (2,00%) | 1 (2,38%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 3 (6,00%) | 2 (4,76%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Bom | 34 (68,00%) | 30 (71,43%) | 4 (50,00%) | 4 (50,00%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 12 (24,00%) | 9 (21,43%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Relacionamento social pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 7 (14,00%) | 7 (16,67%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 4 (8,00%) | 3 (7,14%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Bom | 37 (74,00%) | 31 (73,81%) | 6 (75,00%) | 6 (75,00%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 2 (4,00%) | 1 (2,38%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Relacionamento social pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 7 (14,00%) | 7 (16,67%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 3 (6,00%) | 1 (2,38%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Bom | 26 (52,00%) | 21 (50,00%) | 5 (62,50%) | 5 (62,50%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 14 (28,00%) | 13 (30,95%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Humor pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 26 (52,00%) | 24 (57,14%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Regular | 2 (4,00%) | 1 (2,38%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Bom | 22 (44,00%) | 17 (40,48%) | 5 (62,50%) | 5 (62,50%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Humor pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 11 (22,00%) | 11 (26,19%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 1 (2,00%) | 0 (0%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Bom | 34 (68,00%) | 30 (71,43%) | 4 (50,00%) | 4 (50,00%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 4 (8,00%) | 1 (2,38%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Qualidade do sono pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 22 (44,00%) | 19 (45,24%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Regular | 4 (8,00%) | 2 (4,76%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Bom | 24 (48,00%) | 21 (50,00%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Qualidade do sono pós-transplante | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------|------------|------------|--------|
| Ruim | 14 (28,00%) | 13 (30,95%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Regular | 2 (4,00%) | 0 (0%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Bom | 31 (62,00%) | 27 (64,29%) | 4 (50,00%) | 4 (50,00%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 3 (6,00%) | 2 (4,76%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Alimentação pré-transplante | | | | | |
| Ruim | 11 (22,00%) | 9 (21,43%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Regular | 11 (22,00%) | 8 (19,05%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Bom | 27 (54,00%) | 24 (57,14%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 1 (2,00%) | 1 (2,38%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Alimentação pós-transplante | | | | | |
| Ruim | 2 (4,00%) | 2 (4,76%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 7 (14,00%) | 5 (11,90%) | 2 (25,00%) | 2 (25,00%) | 0 (0%) |
| Bom | 21 (42,00%) | 18 (42,86%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Ótimo | 20 (40,00%) | 17 (40,48%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Uso de cigarro pré-transplante | | | | | |
| Não | 25 (50,00%) | 21 (50,00%) | 4 (50,00%) | 4 (50,00%) | 0 (0%) |
| Sim | 25 (50,00%) | 21 (50,00%) | 4 (50,00%) | 4 (50,00%) | 0 (0%) |
| Uso de cigarro pós-transplante | | | | | |
| Não | 48 (96,00%) | 41 (97,62%) | 7 (87,50%) | 7 (87,50%) | 0 (0%) |
| Sim | 2 (4,00%) | 1 (2,38%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Uso de bebidas pré-transplante | | | | | |
| Não | 25 (50,00%) | 20 (47,62%) | 5 (62,50%) | 5 (62,50%) | 0 (0%) |
| Sim | 25 (50,00%) | 22 (52,38%) | 3 (37,50%) | 3 (37,50%) | 0 (0%) |
| Uso de bebidas pós-transplante | | | | | |
| Não | 49 (98,00%) | 42 (100%) | 7 (87,50%) | 7 (87,50%) | 0 (0%) |
| Sim | 1 (2,00%) | 0 (0%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Uso de drogas pré-transplante | | | | | |
| Não | 43 (86,00%) | 36 (85,71%) | 7 (87,50%) | 7 (87,50%) | 0 (0%) |
| Sim | 7 (14,00%) | 6 (14,29%) | 1 (12,50%) | 1 (12,50%) | 0 (0%) |
| Uso de drogas pós-transplante | | | | | |
| Não | 50 (100%) | 42 (100%) | 8 (100%) | 8 (100%) | 0 (0%) |
| Sim | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Mudança após o transplante | | | | | |
| Para pior | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Sem mudanças | 11 (22,00%) | 11 (26,19%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Para melhor | 39 (78,00%) | 31 (73,81%) | 8 (100%) | 8 (100%) | 0 (0%) |

TABELA 13

Perfil social dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool e dados obtidos das causas das doenças pré-transplante nos prontuários dos pacientes: Recidiva (n=14) e *de-novo* (n=15).

| Variáveis | n=124 | n=14 | n=15 |
|------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| Estado conjugal pré-transplante | | | |
| Sem companheiro | 38 (30,65%) | 3 (2,42%) | 1 (0,81%) |
| Com companheiro | 86 (69,35%) | 11 (8,87%) | 14 (11,29%) |
| Estado conjugal pós-transplante | | | |
| Sem companheiro | 42 (33,87%) | 5 (4,03%) | 2 (1,61%) |
| Com companheiro | 82 (66,13%) | 9 (7,26%) | 13 (10,48%) |
| Grau de instrução | | | |
| Analfabeto | 2 (1,61%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| Educação básica | 107 (86,29%) | 9 (7,26%) | 14 (11,29%) |
| Ensino superior | 15 (12,10%) | 4 (3,23%) | 1 (0,81%) |
| Renda Familiar | | | |
| Até 03 salários | 89 (71,77%) | 8 (6,45%) | 11 (8,87%) |
| De 3,1 a 5 salários | 17 (13,71%) | 1 (0,81%) | 3 (2,42%) |
| De 5,1 a 8 salários | 11 (8,87%) | 2 (1,61%) | 1 (0,81%) |
| Acima de 8 salários | 7 (5,65%) | 3 (2,42%) | 0 (0%) |
| Ocupação pré-transplante | | | |
| Afastado | 118 (95,16%) | 14 (11,29%) | 15 (12,10%) |
| Aposentado | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Ativo | 4 (3,23%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Ocupação pós-transplante | | | |
| Afastado | 55 (44,35%) | 4 (3,23%) | 8 (6,45%) |
| Aposentado | 13 (10,48%) | 2 (1,61%) | 2 (1,61%) |
| Ativo | 56 (45,16%) | 8 (6,45%) | 5 (4,03%) |
| Relacionamento familiar pré-transplante | | | |
| Ruim | 24 (19,35%) | 2 (1,61%) | 4 (3,23%) |
| Regular | 8 (6,45%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 84 (67,74%) | 12 (9,68%) | 9 (7,26%) |
| Ótimo | 8 (6,45%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Relacionamento familiar pós-transplante | | | |
| Ruim | 6 (4,84%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |

| | | | |
|----------------------------------------------|-------------|------------|------------|
| Regular | 13 (10,48%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Bom | 69 (55,65%) | 11 (8,87%) | 6 (4,84%) |
| Ótimo | 36 (29,03%) | 2 (1,61%) | 4 (3,23%) |
| Relacionamento social pré-transplante | | | |
| Ruim | 20 (16,13%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Regular | 10 (8,06%) | 3 (2,42%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 91 (73,39%) | 10 (8,06%) | 11 (8,87%) |
| Ótimo | 3 (2,42%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| Relacionamento social pós-transplante | | | |
| Ruim | 11 (8,87%) | 1 (0,81%) | 1 (0,81%) |
| Regular | 7 (5,65%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Bom | 65 (52,42%) | 9 (7,26%) | 8 (6,45%) |
| Ótimo | 41 (33,06%) | 4 (3,23%) | 3 (2,42%) |

TABELA 14

Estado geral de saúde dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool e dados obtidos das causas das doenças pré-transplante nos prontuários dos pacientes: Recidiva (n=14) e *de-novo* (n=15).

| Variáveis | n=124 | n=14 | n=15 |
|------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| Mudança diária | | | |
| Diminuiu a qualidade de vida | 8 (6,45%) | 1 (0,81%) | 1 (0,81%) |
| Aumentou a disposição e saúde | 116 (93,55%) | 13 (10,48%) | 14 (11,29%) |
| Humor pré-transplante | | | |
| Ruim | 65 (52,42%) | 5 (4,03%) | 9 (7,26%) |
| Regular | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 57 (45,97%) | 9 (7,26%) | 6 (4,84%) |
| Ótimo | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Humor pós-transplante | | | |
| Ruim | 20 (16,13%) | 2 (1,61%) | 2 (1,61%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 89 (71,77%) | 6 (4,84%) | 10 (8,06%) |
| Ótimo | 12 (9,68%) | 6 (4,84%) | 2 (1,61%) |
| Qualidade do sono pré-transplante | | | |
| Ruim | 65 (52,42%) | 6 (4,84%) | 8 (6,45%) |

| | | | |
|------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| Regular | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 57 (45,97%) | 8 (6,45%) | 7 (5,65%) |
| Ótimo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Qualidade do sono pós-transplante | | | |
| Ruim | 37 (29,84%) | 6 (4,84%) | 5 (4,03%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 76 (61,29%) | 6 (4,84%) | 8 (6,45%) |
| Ótimo | 8 (6,45%) | 2 (1,61%) | 1 (0,81%) |
| Alimentação pré-transplante | | | |
| Ruim | 25 (20,16%) | 3 (2,42%) | 3 (2,42%) |
| Regular | 25 (20,16%) | 0 (0%) | 5 (4,03%) |
| Bom | 64 (51,61%) | 10 (8,06%) | 6 (4,84%) |
| Ótimo | 10 (8,06%) | 1 (0,81%) | 1 (0,81%) |
| Alimentação pós-transplante | | | |
| Ruim | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 24 (19,35%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Bom | 38 (30,65%) | 8 (6,45%) | 2 (1,61%) |
| Ótimo | 60 (48,39%) | 6 (4,84%) | 10 (8,06%) |
| Uso de cigarro pré-transplante | | | |
| Não | 62 (50,00%) | 3 (2,42%) | 10 (8,06%) |
| Sim | 62 (50,00%) | 11 (8,87%) | 5 (4,03%) |
| Uso de cigarro pós-transplante | | | |
| Não | 115 (92,74%) | 9 (7,26%) | 14 (11,29%) |
| Sim | 9 (7,26%) | 5 (4,03%) | 1 (0,81%) |
| Uso de bebidas pré-transplante | | | |
| Não | 48 (38,71%) | 0 (0%) | 7 (5,65%) |
| Sim | 76 (61,29%) | 14 (11,29%) | 8 (6,45%) |
| Uso de bebidas pós-transplante | | | |
| Não | 111 (89,52%) | 8 (6,45%) | 12 (9,68%) |
| Sim | 13 (10,48%) | 6 (4,84%) | 3 (2,42%) |
| Uso de drogas pré-transplante | | | |
| Não | 105 (84,68%) | 10 (8,06%) | 12 (9,68%) |
| Sim | 19 (15,32%) | 4 (3,23%) | 3 (2,42%) |
| Uso de drogas pós-transplante | | | |
| Não | 124 (100%) | 14 (11,29%) | 15 (12,10%) |
| Sim | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

TABELA 15

Complicações da doença pré e pós-transplante dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool e dados obtidos das causas das doenças pré-transplante nos prontuários dos pacientes: Recidiva (n=14) e *de-novo* (n=15).

| Variáveis | n=124 | n=14 | n=15 |
|----------------------------------------|--------------|------------|------------|
| Complicações da doença pré-transplante | | | |
| Não tiveram | 45 (36,29%) | 5 (4,03%) | 6 (4,84%) |
| Tiveram | 79 (63,71%) | 9 (7,26%) | 9 (7,26%) |
| Complicações da doença pós-transplante | | | |
| Não tiveram | 108 (87,10%) | 11 (8,87%) | 12 (9,68%) |
| Tiveram | 16 (12,90%) | 3 (2,42%) | 3 (2,42%) |

TABELA 16

Tratamento para outras doenças após o transplante dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool e dados obtidos das causas das doenças pré-transplante nos prontuários dos pacientes: Recidiva (n=14) e *de-novo* (n=15).

| Variáveis | n=124 | n=14 | n=15 |
|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Tratamento para outras doenças | | | |
| Não fazem | 59 (47,58%) | 6 (4,84%) | 8 (6,45%) |
| Fazem | 65 (52,42%) | 8 (6,45%) | 7 (5,65%) |

TABELA 17

Mudanças na qualidade de vida após o transplante dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool e dados obtidos das causas das doenças pré-transplante nos prontuários dos pacientes: Recidiva (n=14) e *de-novo* (n=15).

| Variáveis | n=124 | n=14 | n=15 |
|-------------------------------|--------------|------------|-------------|
| Mudança do transplante | | | |
| Para pior | 2 (1,61%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| Sem mudanças | 18 (14,52%) | 1 (0,81%) | 1 (0,81%) |
| Para melhor | 104 (83,87%) | 12 (9,68%) | 14 (11,29%) |

TABELA 18

Informação colateral dos familiares participantes dos 124 pacientes transplantados de fígado, conforme o padrão de consumo de álcool e dados obtidos das causas das doenças pré-transplante nos prontuários dos pacientes: Recidiva (n=14) e *de-novo* (n=15).

| Variáveis | n=124 | n=14 | n=15 |
|------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Mudança diária | | | |
| Diminuiu a qualidade de vida | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Aumentou a disposição e saúde | 47 (37,90%) | 1 (0,81%) | 7 (5,65%) |
| Relacionamento familiar pré-transplante | | | |
| Ruim | 12 (9,68%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Bom | 34 (27,42%) | 1 (0,81%) | 5 (4,03%) |
| Ótimo | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Relacionamento familiar pós-transplante | | | |
| Ruim | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 34 (27,42%) | 0 (0%) | 4 (3,23%) |

| | | | |
|----------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Ótimo | 12 (9,68%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |
| Relacionamento social pré-transplante | | | |
| Ruim | 7 (5,65%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 4 (3,23%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 37 (29,84%) | 0 (0%) | 6 (4,84%) |
| Ótimo | 2 (1,61%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| Relacionamento social pós-transplante | | | |
| Ruim | 7 (5,65%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Bom | 26 (20,97%) | 1 (0,81%) | 4 (3,23%) |
| Ótimo | 14 (11,29%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Humor pré-transplante | | | |
| Ruim | 26 (20,97%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Regular | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 22 (17,74%) | 1 (0,81%) | 4 (3,23%) |
| Ótimo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Humor pós-transplante | | | |
| Ruim | 11 (8,87%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Bom | 34 (27,42%) | 0 (0%) | 4 (3,23%) |
| Ótimo | 4 (3,23%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |
| Qualidade do sono pré-transplante | | | |
| Ruim | 22 (17,74%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Regular | 4 (3,23%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Bom | 24 (19,35%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |
| Ótimo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Qualidade do sono pós-transplante | | | |
| Ruim | 14 (11,29%) | 1 (0,81%) | 0 (0%) |
| Regular | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Bom | 31 (25,00%) | 0 (0%) | 4 (3,23%) |
| Ótimo | 3 (2,42%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Alimentação pré-transplante | | | |
| Ruim | 11 (8,87%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Regular | 11 (8,87%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Bom | 27 (21,77%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |
| Ótimo | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Alimentação pós-transplante | | | |
| Ruim | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Regular | 7 (5,65%) | 0 (0%) | 2 (1,61%) |
| Bom | 21 (16,94%) | 0 (0%) | 3 (2,42%) |
| Ótimo | 20 (16,13%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |

| | | | |
|---------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Uso de cigarro pré-transplante | | | |
| Não | 25 (20,16%) | 0 (0%) | 4 (3,23%) |
| Sim | 25 (20,16%) | 1 (0,81%) | 3 (2,42%) |
| Uso de cigarro pós-transplante | | | |
| Não | 48 (38,71%) | 1 (0,81%) | 6 (4,84%) |
| Sim | 2 (1,61%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Uso de bebidas pré-transplante | | | |
| Não | 25 (20,16%) | 0 (0%) | 5 (4,03%) |
| Sim | 25 (20,16%) | 1 (0,81%) | 2 (1,61%) |
| Uso de bebidas pós-transplante | | | |
| Não | 49 (39,52%) | 1 (0,81%) | 6 (4,84%) |
| Sim | 1 (0,81%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Uso de drogas pré-transplante | | | |
| Não | 43 (34,68%) | 1 (0,81%) | 6 (4,84%) |
| Sim | 7 (5,65%) | 0 (0%) | 1 (0,81%) |
| Uso de drogas pós-transplante | | | |
| Não | 50 (40,32%) | 1 (0,81%) | 7 (5,65%) |
| Sim | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Mudança após o transplante | | | |
| Para pior | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Sem mudanças | 11 (8,87%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Para melhor | 39 (31,45%) | 1 (0,81%) | 7 (5,65%) |