

# Impacto da desnutrição na qualidade de vida de pacientes com cirrose hepática

## Impact of Malnutrition on the Quality of life of Patients with Liver Cirrhosis

Iara Marcato Petean-Barros<sup>1</sup>  Maria Cristina De Oliveira Santos Miyazaki<sup>1</sup>  Patrícia da Silva Fucuta<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Postgraduate Program in Psychology and Health, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brazil

Address for correspondence Iara Marcato Petean Barros, Master, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro, São José do Rio Preto, 15090-000, São Paulo, Brasil (e-mail: iarapetean11@gmail.com).

Int J Nutrol 2020;12:102–108.

### Resumo

Cirrose hepática apresenta alta morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida (QV) e desnutrição. O presente estudo avaliou o impacto da desnutrição na QV de pacientes internados com cirrose. Os instrumentos utilizados foram Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSJ) e Qualidade de vida Short-Form (SF-36). Foram incluídos 92 pacientes. A desnutrição teve alta prevalência e a QV em todos os seus domínios foi prejudicada, principalmente o domínio aspectos físicos. A desnutrição foi associada com baixa QV nos domínios aspectos físicos e emocionais. A abordagem diagnóstica precoce pode fornecer valiosas informações para o melhor manejo nutricional e psicológico dos doentes, diante da necessidade de maior humanização no tratamento, perante o sofrimento físico e emocional desses pacientes.

### Palavras-chave

- ▶ cirrose hepática
- ▶ desnutrição
- ▶ qualidade de vida

### Abstract

Liver cirrhosis is associated with high morbidity and mortality, impairment of quality of life (QOF) and malnutrition. This study assessed the impact of malnutrition on QOF of hospitalized cirrhotic patients. The instruments used were Nutritional Subjective Global Assessment (SGA) and Quality of Life Short Form (SF-36). Ninety two patients were included. Malnutrition was quite prevalent and QOF in all its domains was impaired, specially the role-physical domain. Malnutrition was associated with lower QOF in physical and emotional aspects domains. Early diagnostic approach can provide valuable information for the better nutritional and psychological management of patients, given the need for greater humanization in the treatment of the physical and emotional suffering of these patients.

### Keywords

- ▶ Liver cirrhosis
- ▶ malnutrition
- ▶ quality of life

## Introdução

Cirrose hepática é uma doença crônica de etiologia multifatorial. Apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo a décima segunda principal causa de internações hospitalares e morte nos Estados Unidos.<sup>1</sup> No Brasil, no período entre 2000 e 2012, as taxas de mortalidade por cirrose padronizada por idade diminuíram de forma progressiva.

Entretanto, a cirrose foi responsável por mais de vinte mil mortes no ano de 2012, o que configura um importante problema de saúde pública.<sup>2</sup>

Portadores de doenças hepáticas tendem a desenvolver algum grau de desnutrição. A prevalência tem sido descrita em 20% dos pacientes com cirrose compensada e em > 50% dos pacientes com doença hepática descompensada, estando a insuficiência hepática associada à progressão da desnutrição.<sup>3</sup>

received  
September 30, 2019  
accepted  
January 15, 2020

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708468>.  
ISSN 1984-3011.

License terms



Quando a etiologia é de origem alcoólica, os vários fatores de risco associados ao uso crônico do álcool são um forte preditor de desnutrição.<sup>4</sup>

Existem várias formas de avaliações possíveis para classificação de pacientes em risco nutricional. A maioria não foi validada em pacientes cirróticos e são propensas a vieses nos casos de retenção de líquidos.<sup>3</sup> A avaliação nutricional de um paciente cirrótico deve considerar as complicações apresentadas pelo curso da doença, como retenção hídrica, presença de ascite e/ou edema periférico. A anamnese realizada pela Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG) tem sua aplicação recomendada pelas diretrizes da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN, na sigla em inglês)<sup>5</sup> em pacientes com doenças hepáticas e é considerada um método simples, de baixo custo, não invasivo, possível de ser realizada em pacientes hospitalizados, sendo efetiva e sensível para identificar a desnutrição em adultos.<sup>6</sup>

A ANSG é uma anamnese que avalia história de peso, alterações da ingestão alimentar em relação ao habitual, presença de sinais e sintomas gastrointestinais e mudanças de capacidade funcional. Inclui exame físico, que identifica perda de gordura subcutânea, perda muscular, edema do tornozelo, sacral e ascite. Por meio da combinação de parâmetros subjetivos de avaliação nutricional, o paciente pode ser classificado como bem nutrido, moderadamente desnutrido/suspeito de desnutrição ou gravemente desnutrido.<sup>7</sup>

As diversas alterações metabólicas que ocorrem em cirróticos, como a perda e função da massa muscular, têm repercussões negativas sobre a condição funcional e a qualidade de vida (QV).<sup>8</sup> Durante a progressão da doença, a presença de desconforto abdominal, cansaço, insônia, perda de autonomia e alterações de humor também refletem sobre o estilo de vida pessoal, familiar e social.<sup>9</sup> A fadiga é um sintoma considerado incapacitante e muito frequente em indivíduos com doença hepática crônica.<sup>10</sup> O impacto negativo dos sintomas psicológicos, dentre eles, a depressão, a ansiedade e o estresse, pode prejudicar tanto a QV do paciente como a sua adesão ao tratamento.<sup>11</sup>

Identificar o impacto da doença na QV do paciente é de grande importância, pois considera a percepção do seu próprio estado de saúde. Como instrumento de pesquisa, podem ser utilizados questionários genéricos ou específicos para a patologia. O Questionário genérico de Qualidade de Vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) (SF-36) tem suas propriedades de medida de reprodutibilidade, validade e susceptibilidade às alterações demonstradas e adaptadas na população brasileira. É composto por 36 questões divididas em oito domínios refletindo diferentes aspectos da QV: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.<sup>12</sup> Considerando a alta prevalência de desnutrição em pacientes com cirrose, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o impacto da desnutrição na QV de pacientes com cirrose hospitalizados.

## Metodologia

Estudo transversal de pacientes internados com cirrose hepática descompensada, na enfermaria de Gastro-Hepato-

logia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil. Os pacientes foram incluídos consecutivamente no estudo entre setembro de 2014 a setembro de 2015. O tamanho da amostra foi estimado considerando-se a taxa de desnutrição de 60% entre pacientes com cirrose descompensada,<sup>13</sup> aceitando-se um erro amostral de 10% e nível de significância de 5%, o que resultou em ~ 92 pacientes.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de cirrose hepática, com período > 24 horas de internação; idade > 20 anos; ter condições cognitivas para participar da entrevista e preencher os instrumentos de coleta de dados e ser capaz de dar consentimento informado para participação no estudo.

Os critérios de exclusão foram: estar internado em unidade de terapia intensiva ou pronto-atendimento, apresentar déficit cognitivo, alteração de consciência (encefalopatia de qualquer grau, neuropatia alcoólica, síndrome de abstinência, demência), edema generalizado, gestação, estar recebendo alimentação parenteral e recusa em participar do estudo.

A coleta de dados procedia de modo que a pesquisadora acompanhava a equipe médica em visitas à enfermaria. Para aqueles pacientes que preenchiam os critérios de inclusão, a pesquisadora oferecia a oportunidade de participar da pesquisa, explicando o termo de consentimento e, após aprovação do paciente e assinatura do termo, era dado prosseguimento à pesquisa.

Foram utilizados dois instrumentos: a ANSG<sup>7</sup> e o questionário SF-36.<sup>12</sup> Foram analisadas também as seguintes variáveis: gênero (masculino e feminino), idade (anos), estado civil (solteiro/divorciado/viúvo, casado/união estável), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior); ocupação (ativo, não ativo), etiologia: cirrose por Vírus da Hepatite C (VHC), Vírus da Hepatite B (VHB), álcool apenas, álcool + VHC, álcool + VHB, Doença Hepática Gordurosa não-alcoólica (DHGNA) e outras doenças hepáticas. Escores: gravidade da doença Child-Pugh e prognóstico Model for End Stage Liver Disease (MELD, na sigla em inglês).<sup>14</sup> Os escores, exames bioquímicos e a etiologia da cirrose foram obtidos na análise de prontuário mediante diagnóstico médico.

No presente estudo, na avaliação antropométrica foi considerado como peso atual (PA) o peso obtido no dia da avaliação. A pesagem foi realizada em balança tipo plataforma, próxima ao quarto do paciente, sendo a calibragem verificada antes da avaliação. Cada paciente era posicionado no centro da base da balança, descalço e utilizando roupas leves. Foi avaliada também a altura, com o auxílio do estadiômetro acoplado à balança.

As alterações de peso ocasionadas pelas complicações da cirrose descompensada, como retenção hídrica, ascite e/ou edema periférico, foram consideradas. Mediante essas condições, foi realizado o cálculo do peso seco (PS) considerando os seguintes fatores: Grau de ascite = leve: 2,2kg; moderada: 6,0kg e grave: 14,0kg. Grau de Edema periférico = leve: 1,0kg, moderado: 5,0kg e grave 10,0kg. Conforme a intensidade da ascite e do edema periférico, o cálculo do peso hídrico foi sendo descontado do PA resultando no PS.<sup>15</sup>

O cálculo de porcentagem de perda de peso (%PP), utilizado para avaliar a gravidade da perda de peso em relação

ao tempo em que esta ocorreu, foi calculado de acordo com a seguinte fórmula: [%PP = (peso habitual – peso atual) × 100/ peso habitual]. O resultado foi considerado como perda significativa (até 10%) e perda grave (> 10%) em relação ao tempo (1 semana, 1 mês, 3 meses e 6 meses).<sup>16</sup> O PA e o cálculo da %PP colaboram no diagnóstico subjetivo da ANSG.

As respostas obtidas do questionário SF-36 foram transformadas em dados numéricos para cada domínio. Esses valores representam uma escala que varia de 0 a 100: quanto mais próximo a 0 (zero), pior o estado geral de saúde, e quanto mais próximo a 100 (cem), melhor o estado de saúde.<sup>17</sup>

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, estado de São Paulo (CEP/FAMERP), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) número 30177214.2.0000.5415, parecer número 646.306, 13 de maio de 2014. Todos aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para cada procedimento realizado.

Na análise descritiva, foram descritas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e médias, medianas, desvio padrão e variação das variáveis contínuas. A normalidade dos dados foi verificada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov.

A comparação de variáveis contínuas entre três grupos foi realizada pela análise de variância (ANOVA, na sigla em inglês) com um fator. A comparação de variáveis categóricas nominais entre dois grupos de pacientes foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson.

A comparação de variáveis categóricas ordinais (domínios do SF-36) entre três grupos (classificações da ANSG) foi realizada pelo teste Kruskal-Wallis; a comparação entre pares de grupos, para identificar onde estava o efeito, foi realizada pelo teste de Mann-Whitney.

O nível descritivo < 0,05 foi considerado significativo. A análise estatística foi realizada mediante o software PASW Statistics for Windows, versão 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## Resultados

Durante o período de coleta de dados, foram acompanhados 261 pacientes internados na enfermaria de gastro-hepatologia em visita junto à equipe médica. Destes, 187 foram diagnosticados com cirrose hepática, 57 não cirróticos, 14 apresentavam diagnóstico indefinido de cirrose e 3 se recusaram participar da pesquisa. Do total de pacientes cirróticos, 92 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e 95 foram excluídos.

Foram avaliados 92 pacientes com média de idade de 56,7 anos ± 10,8, sendo 71 (77%) do gênero masculino e com média de altura de 1,65m ± 0,88. As características socio-demográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes estão descritas na **Tabela 1**. A avaliação foi realizada durante a internação hospitalar, num período mediano de 5 dias após a admissão hospitalar, com variação de 2 a 37 dias.

O estado nutricional dos pacientes avaliados pela ANSG evidenciou que 63 (68,5%) estavam moderadamente desnutridos, 15 (16,3%) gravemente desnutridos e apenas 14 (15,2%) estavam nutridos.

Tabela 1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com cirrose hospitalizados (n = 92)

Variáveis			
Idade, anos		56,7	± 10,8
Gênero			
	Masculino	71	(77,2%)
	Feminino	21	(22,8%)
Estado civil			
	Casado, união estável	55	(59,8%)
	Solteiro, divorciado, viúvo	37	(40,2%)
Ocupação			
	Não ativo	61	(66,3%)
	Ativo	31	(33,7%)
Escolaridade			
	Fundamental	66	(71,7%)
	Médio	21	(22,8%)
	Superior	5	(5,4%)
Etiologia			
	Álcool	48	(52,2%)
	VHC	17	(18,5%)
	Álcool + VHC	12	(13,0%)
	Outros	9	(9,8%)
	DHGNA	5	(5,4%)
	VHB	1	(1,1%)
Exames laboratoriais			
	Albumina sérica, g/dL	2,9	(1,63 a 4,56)
	Creatinina sérica, mg/dL	0,9	(0,5 a 4,3)
	Bilirrubina, mg/dL	1,89	(0,20 a 27,9)
	RNI	1,48	(1,10 a 3,91)
Child-Pugh			
	C	42	(45,7%)
	B	40	(43,5%)
	A	10	(10,9%)
MELD		14	(7 a 32)
Ascite			
	Presente	62	(67,4%)
	Ausente	30	(32,6%)

Abreviações: Child-Pugh, escore para avaliar a gravidade da cirrose; DHGNA, Doença hepática gordurosa não alcoólica; MELD, *The model for end stage liver disease*; n, número de pacientes; RNI, relação normalizada internacional; VHB, vírus da hepatite B; VHC, vírus da hepatite C. Variáveis contínuas estão descritas em média ± DP ou mediana (variação). Variáveis categóricas estão descritas em n (%).

A avaliação antropométrica revelou que a mediana de PA foi de 73kg, variando entre 43,5kg e 159kg. Em relação à perda de peso, 38 (41,3%) dos pacientes relataram diminuição de peso nos últimos 6 meses anteriores à avaliação; destes, 31 (81,6%) tiveram perda de peso grave e 7 (18,4%) uma perda

Tabela 2 Qualidade de vida, segundo o SF-36 e seus domínios, entre os 92 cirróticos hospitalizados

Domínios da Qualidade de vida	Mediana (IIQ)
Capacidade funcional	50,0 (25 ; 73,8)
Aspecto físico	0,0 (0,0 ; 25,0)
Dor	41,0 (20,3 ; 100,0)
Estado geral de saúde	66,0 (47,0 ; 85,0)
Vitalidade	42,3 (25,0 ; 65,0)
Aspecto social	50,0 (25,0 ; 75,0)
Aspecto emocional	0,0 (0,0 ; 91,8)
Saúde mental	56,0 (41,0 ; 76,0)

Abreviações: IIQ, intervalo interquartil; SF-36, questionário genérico de qualidade de vida SF-36.

Tabela 3 Distribuição em quartis das escalas de cada domínio do SF-36 de pacientes com cirrose hospitalizados ( $n=92$ )

Domínios	0-25	25-50	50-75	75-100
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Capacidade funcional	21 (22,8)	30 (32,6)	21 (22,8)	20 (21,7)
Aspecto físico	64 (69,6)	14 (15,2)	4 (4,3)	10 (10,9)
Dor	34 (37,0)	19 (20,7)	10 (10,9)	29 (31,5)
Estado geral de saúde	2 (2,2)	26 (28,3)	29 (31,5)	35 (38,0)
Vitalidade	17 (18,5)	42 (45,7)	24 (26,1)	09 (9,8)
Aspecto social	18 (19,6)	41 (44,6)	18 (19,6)	15 (16,3)
Aspecto emocional	58 (63,0)	7 (7,6)	4 (4,3)	23 (25,0)
Saúde mental	11 (12,0)	23 (25,0)	32 (34,8)	26 (28,3)

Abreviações: SF-36, questionário genérico de qualidade de vida SF-36n (%), número e percentual de pacientes; SF-36, questionário genérico de qualidade de vida SF-36.

Variáveis categóricas estão descritas em *n*(%).

Tabela 4 Comparação dos domínios do SF-36 entre os grupos da ANSG aplicado aos pacientes cirróticos hospitalizados ( $n=92$ )

Domínios	ANSG			valor- <i>p</i>
	Nutrido	Moderadamente desnutrido	Gravemente desnutrido	
Capacidade funcional	58,2 ± 26,4	46,0 ± 30,7	48,3 ± 27,9	0,085
Aspecto físico	41,1 ± 44,5	17,1 ± 32,9	12,3 ± 22,7	0,016*
Dor	66,5 ± 35,7	50,8 ± 38,4	28,8 ± 25,7	0,217
Estado geral de saúde	59,2 ± 16,3	65,4 ± 22,3	63,4 ± 28,9	0,064
Vitalidade	43,6 ± 20,7	44,8 ± 24,2	42,0 ± 26,5	0,777
Aspecto social	63,6 ± 23,2	47,2 ± 29,8	41,1 ± 25,2	0,127
Aspecto emocional	59,6 ± 43,7	20,6 ± 38,1	44,5 ± 49,9	0,002*
Saúde mental	62,9 ± 17,7	56,6 ± 24,4	51,2 ± 28,5	0,217

Abreviações: ANSG, avaliação nutricional subjetiva global; SF-36, questionário genérico de qualidade de vida SF-36.

Variáveis contínuas estão descritas em média ± DP.

\*valores significativos  $p < 0.05$ . Valor de *p* calculado pelo teste Kruskal-Wallis.

significativa. Considerando o tempo da perda de peso, a mediana foi de 6 meses com tempo entre 1 semana e 6 meses.

Os domínios que tiveram maiores resultados na mediana dos escores do SF-36 foram o estado geral de saúde (EGS) 66,0 (47,0 ; 85,0), seguido de saúde mental 56,0 (41,0 ; 76,0). Os piores resultados obtidos foram o aspecto físico (AF) 0,0 (0,0 ; 25,0) e o aspecto emocional (AE) 0,0 (0,0 ; 91,8) como descritos na ►Tabela 2.

Para avaliar amplamente a frequência de pacientes em cada domínio, foi elaborada uma subdivisão em quartis, apresentada na ►Tabela 3.

O domínio que apresentou uma frequência de pacientes (38%) com maior pontuação no SF-36 foi o ESG. Por outro lado, os domínios que indicaram frequência maior de pacientes em pior estado incluem os AF (70%) e AE (63%).

Na análise comparativa da QV entre os grupos da ANSG, ao comparar idade, albumina, creatinina, bilirrubina, RNI e escores de gravidade da doença hepática (Child-Pugh e MELD) entre os pacientes de acordo com seu estado nutricional, classificado pela ANSG, não houve diferença, e a variável "gênero" não pode ser comparada por testes estatísticos devido ao número de pacientes.

Quando comparada a QV, através dos escores dos domínios do SF-36, entre os pacientes classificados pela ANSG em nutridos, moderadamente e gravemente desnutridos (teste de Kruskal-Wallis), houve diferença significativa nos domínios AF ( $p = 0,016$ ) e AE ( $p = 0,002$ ) (►Tabela 4).

Para identificar entre quais grupos de pacientes (nutridos, moderadamente e gravemente desnutridos) estava a diferença, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, que identificou: diferença significativa entre os grupos *nutridos x moderadamente desnutridos* nos domínios AF e AE ( $p = 0,016$  e  $p = 0,002$  respectivamente) e os grupos *nutridos x gravemente desnutridos* uma diferença significativa no AF ( $p = 0,049$ ); não houve diferença significativa entre os grupos *moderadamente desnutridos x gravemente desnutridos* no domínio AF; porém houve uma tendência no domínio AE ( $p = 0,090$ ). A comparação entre os grupos da ANSG e os domínios do SF-36 (AF e AE) está apresentada na ►Tabela 5.

Tabela 5 Comparação dos domínios Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais, segundo o estado nutricional classificado pela ANSG de pacientes com cirrose hospitalizados

Grupos da ANSG		Aspectos Físicos	Aspectos Emocionais
		valor-p	valor-p
Nutrido	Moderadamente desnutrido	0,016*	0,002*
	Gravemente desnutrido	0,049*	0,437
Moderadamente desnutrido	Gravemente desnutrido	0,934	0,090

Abreviação: ANSG, Avaliação Nutricional Subjetiva Global.

\*valores significativos  $p < 0.05$ . Valor  $p$  calculado pelo Teste Mann-Whitney.

## Discussão

No presente estudo, encontrou-se alta taxa de desnutrição nos pacientes cirróticos avaliados pela ANSG e constatou-se associação significativa entre desnutrição e menor QV nos domínios AF e AE.

Com relação às características basais dos pacientes, a maior causa de cirrose foi o álcool. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Gonçalves et al,<sup>18</sup> em que foi avaliada a etiologia de 1.516 casos de cirrose hepática diagnosticados no Hospital Universitário em Vitória, Espírito Santo, sendo o alcoolismo crônico um dos principais fatores etiológicos (39,7%). A etiologia alcoólica é descrita em diversas pesquisas como a causa mais frequente da cirrose.<sup>19</sup> Entretanto, no estudo de Nunes et al,<sup>20</sup> a infecção pelo vírus da hepatite C, associada ou não ao uso do álcool, foi a principal causa de cirrose.

A gravidade da doença, classificada pelo escore de Child-Pugh, foi demonstrada e houve maior prevalência de pacientes nas categorias Child B e C. Isso pode ser explicado, pois são pacientes internados com algum tipo de descompensação em decorrência da cirrose; além disso, o hospital onde foi desenvolvido o estudo é considerado um centro especializado em doenças do fígado e referência para tratamentos de alta complexidade. O valor mediano da avaliação do MELD resultou em um valor considerado de hepatopatia grave, ressaltando a gravidade da hospitalização.

Outro dado interessante, que demonstrou a gravidade desta doença, foi a alta taxa de pacientes não ativos. Uma expressiva porcentagem deles (66%) relatou não mais realizar atividades laborais; destes, 56,5% tinham idade < 60 anos, refletindo o grande impacto na atividade socioeconômica do país.

Com relação à avaliação nutricional em pacientes com cirrose, esta é considerada difícil e não há um método considerado padrão-ouro para determinar seu diagnóstico. As condições físicas desses pacientes descompensados muitas vezes tornam-se um empecilho para avaliação através de métodos antropométricos, como o PA e medidas de circunferência tradicionais.<sup>21</sup> A ANSG tende a ser um instrumento útil para o diagnóstico de desnutrição em pacientes com hepatopatias,<sup>22</sup> sendo também um método disponível e acessível finan-

ceiramente. Entretanto, por ser um instrumento subjetivo, é importante ressaltar que seja passível de interpretações de acordo com o entrevistador, necessitando de treinamento para realização.<sup>20</sup>

Em relação ao tempo da perda de peso, quase metade dos pacientes (48%) tiveram perda de peso nos últimos 6 meses antes da internação, sendo que a maioria teve uma perda grave de peso. No estudo de Anastácio et al,<sup>23</sup> no qual foi avaliada a relação da perda de peso durante o curso da doença e a etiologia da cirrose, os achados foram que 68,7% ( $n = 112$ ) do total de pacientes ( $n = 163$ ) tinha perdido até 5% do seu peso corporal habitual e aproximadamente metade dos pacientes (48,5%;  $n = 79$ ) perdeu até 10%, ou seja, uma perda significativa de peso. Concluíram que a perda de peso foi um fator independente da idade, gênero, escolaridade e renda, porém esteve relacionada com a etiologia da doença hepática.

Finalmente, a discussão da QV nestes pacientes merece importantes considerações. A QV de pacientes com cirrose pode ser afetada negativamente por diversos fatores, que incluem, por exemplo, o seu próprio estado de saúde, a presença de suporte social e a qualidade dos serviços disponíveis para seu atendimento. Além do impacto dos sintomas da doença sobre a QV, a presença da cirrose tem importantes implicações sociais, emocionais e econômicas.<sup>24</sup> Este impacto pode ser potencializado pela maior gravidade da doença. Vale ressaltar que no presente estudo, os pacientes apresentaram predominantemente maior gravidade da doença, conforme demonstrado pelos escores de Child-Pugh e MELD.

De maneira geral, os pacientes do presente estudo obtiveram baixas pontuações em todos os domínios, refletindo o comprometimento da sua QV. Entre todos os domínios, o mais afetado foi o AF, demonstrando o importante prejuízo e as limitações nas atividades de vida diária. Além disso, outro dado interessante foi a diferença significativa do domínio AF entre os grupos de pacientes classificados pela ANSG (nutridos, moderadamente desnutridos ou gravemente desnutridos). Da mesma forma, o domínio AE foi diferente entre esses grupos. Considerando alguns aspectos associados à desnutrição, como perda de massa muscular, déficit na absorção e transporte de nutrientes, apatia, depressão, mobilidade limitada, perda sensorial do paladar, do olfato e diminuição da ingestão alimentar, é possível compreender o seu impacto sobre a QV, especialmente sobre o AF e AE.<sup>7,25</sup> Corroborando com o presente estudo, dados de 1.103 pacientes de dois bancos de dados, um italiano e outro americano, analisado por Afendy et al,<sup>26</sup> demonstraram que a presença de cirrose afetou primariamente a saúde física em relação a saúde mental.

As alterações fisiológicas em decorrência da evolução da cirrose desencadeiam o desenvolvimento de sinais e sintomas físicos e impactam no bem-estar psicológico do indivíduo.<sup>27</sup> Em relação ao AE, toda a influência da doença, acarretando mudanças do estilo de vida, assim como no convívio familiar, social e modificações do paladar, geram limitações emocionais e consequente falta de apetite, contribuindo ainda mais com a desnutrição. Esse dado é compatível com a realidade de um paciente internado por complicações da cirrose.

Por outro lado, de todos os domínios, os menos prejudicados foram o EGS e saúde mental. O estado geral de saúde refere-se à avaliação que o paciente faz da sua própria saúde. É possível que esses resultados estejam ligados a estratégias utilizadas para enfrentar a doença. Fé em Deus, uma afirmação frequentemente feita por pacientes em estado grave de saúde, está associada a melhor QV em pacientes com doenças graves.<sup>28</sup> Além disso, quanto ao domínio saúde mental, é possível que esses pacientes contem com uma rede adequada de suporte social, também considerada importante variável associada à saúde física e mental.<sup>29</sup> Suporte social, neste caso, é compreendido pela disponibilidade de informações que levam o indivíduo a acreditar que é cuidado e amado, estimado e valorizado e membro de uma rede social com obrigações mútuas.<sup>30</sup> É fundamental que o manejo de pacientes com cirrose hepática tenha como meta melhorar, de maneira sustentada, sua QV.<sup>31</sup> Assim, investigar estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes e sua associação com a QV é um interessante alvo para pesquisas futuras.

## Conclusões

Conclui-se que a taxa de desnutrição dos pacientes cirróticos detectada pela ANSG foi alta. A QV mostrou-se prejudicada em todos os seus domínios e houve associação significativa entre a desnutrição e a QV dos pacientes com cirrose nos domínios AF e AE.

A abordagem diagnóstica precoce pode fornecer valiosas informações para o melhor manejo nutricional e psicológico dos pacientes, diante da necessidade de maior humanização no tratamento, perante o sofrimento físico e emocional desses pacientes.

### Nota

Resultados parciais deste trabalho foram apresentados na forma de pôster no XXIII Congresso Brasileiro de Hepatologia, realizado na cidade de São Paulo, no ano de 2015.

### Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Referências

- Morais A, Magno LA, Gomide GPM. Impacto da hepatite C sobre o consumo de recursos e custos de pacientes com cirrose hepática no SUS. *J Bras de Econ Saúde* 2015;7(02):116-121
- Perazzo H, Pacheco A, De Boni R, Luz PM, Fittipaldi J, Cardoso SW, et al. Age-standardized mortality rates related to cirrhosis in Brazil from 2000 to 2012: a nationwide analysis. *Ann Hepatol* 2017;16(02):269-278
- EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol*. [acesso em 05 set 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024>. No prelo 2018
- Purnak T, Yilmaz Y. Liver disease and malnutrition. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2013;27(04):619-629. Doi: 10.1016/j.bpg.2013.06.018
- Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schütz T, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr* 2019;38(02):485-521. Doi: 10.1016/j.clnu.2018.12.022
- Barbosa-Silva MCG, de Barros AJ. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq Gastroenterol* 2002;39(03):181-187
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987;11(01):8-13. Doi: 10.1177/014860718701100108
- Galant LH, Forgiarini LA. Junior, Dias AS, Marroni CA. . Condição funcional, força muscular respiratória e qualidade de vida em pacientes cirróticos. *Braz J Phys Ther* 2012;16:30-34
- Mucci S, Citero VdeA, Gonzalez AM, De Marco MA, Nogueira-Martins LA. Adaptação cultural do Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) para população brasileira. *Cad Saude Publica* 2010;26(01):199-205
- Rossi D, Galant LH, Marroni CA. RELIABILITY OF THE FATIGUE SEVERITY SCALE IN CIRRHOTIC AND CORRELATION WITH DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE: preliminary assessment. *Arq Gastroenterol* 2016;53(03):203-205
- Domingos NAM, Lipp MEN, Miyazaki MCDOS. Stress, ansiedade, depressão e estratégias de enfrentamento em candidatos a transplante de fígado: intervenção psicológica. *Revista de Motivación y Emoción* 2012;1:40-46
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39(03):143-150 Disponível em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>
- Fernandes SA, Bassani L, Nunes FF, Aydos MED, Alves AV, Marroni CA. Nutritional assessment in patients with cirrhosis. *Arq Gastroenterol* 2012;49(01):19-27
- Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. *J Hepatol* 2005;42(1, Suppl):S100-S107
- Reis NT, Cople CdS. Acompanhamento nutricional de cirróticos com história pregressa de alcoolismo. *Rev Nutr* 1998;11(02):139-148
- Beghetto MG, Luft VC, Mello EDD, Polanczyk CA. . Avaliação nutricional: descrição da concordância entre avaliadores. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10:506-516 Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X22007000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X22007000400009&lng=en)
- Andraus W, Paoletti B, Pinheiro RSN, Bitencourt FS, Farias CND, Albuquerque LAC. Avaliação da qualidade de vida em pacientes cirróticos com hérnia da parede abdominal. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2009;22:222-225
- Gonçalves PL, Zago-Gomes MdaP, Marques CC, Mendonça AT, Gonçalves CS, Pereira FE. Etiology of liver cirrhosis in Brazil: chronic alcoholism and hepatitis viruses in liver cirrhosis diagnosed in the state of Espírito Santo. *Clinics (São Paulo)* 2013;68(03):291-295 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180759322013000300003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180759322013000300003&lng=en)
- Silveira LR, Iser BPM, Bianchini F. Fatores prognósticos de pacientes internados por cirrose hepática no Sul do Brasil. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 2016;35(02):41-51
- Nunes FF, Fernandes SA, Bertolini CM, Rabito EI, Gottschall CBA. Avaliação nutricional do paciente cirrótico: comparação entre diversos métodos. *Sci Med (Porto Alegre)* 2012;22(01):12-17 Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9143/7515>
- Ritter L, Gazzola J. Avaliação nutricional no paciente cirrótico: uma abordagem objetiva, subjetiva ou multicompartimental? *Arq Gastroenterol* 2006;43(01):66-70
- Ferreira LG, Anastácio LR, Lima AS, Correia MITD. Desnutrição e inadequação alimentar de pacientes aguardando transplante hepático. *AMB Rev Assoc Med Bras* 2009;55:389-393
- Anastácio LR, Ferreira LG, Ribeiro HdeS, Lima AS, Vilela EG, Correia MI. Weight loss during cirrhosis is related to the etiology of liver disease. *Arq Gastroenterol* 2012;49(03):195-198
- Loria A, Escheik C, Gerber NL, Younossi ZM. Quality of life in cirrhosis. *Curr Gastroenterol Rep* 2013;15(01):301. Doi: 10.1007/s11894-012-0301-5

- 25 Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8(02):514–527
- 26 Afendy A, Kallman JB, Stepanova M, Younoszai Z, Aquino RD, Bianchi G, et al. Predictors of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30(05):469–476 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19508612>. Doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04061.x
- 27 Polis S, Fernandez R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. *JBIC Database Syst Rev Implement Reports* 2015;13(01):39–51
- 28 Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006;9(03):646–657
- 29 Nurullah AS. Received and provided social support: a review of current evidence and future directions. *Am J Health Stud* 2012;27(03):173–188
- 30 Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38(05):300–314. Doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- 31 Janani K, Jain M, Vargese J, et al. Health-related quality of life in liver cirrhosis patients using SF-36 and CLDQ questionnaires. *Clin Exp Hepatol* 2018;4(04):232–239