

Aspectos sexuais de candidatos e receptores de transplante de fígado: evidências disponíveis na literatura¹

Jennifer Tatisa Jubileu Magro²
Karina Dal Sasso Mendes³
Cristina Maria Galvão⁴

Objetivo: analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado. Método: revisão integrativa com busca dos estudos primários nas bases de dados MEDLINE (via PUBMED), CINAHL e LILACS, publicados em inglês, português ou espanhol. Resultados: os 16 estudos primários incluídos foram agrupados em três categorias: 1) sexualidade feminina (n=5), 2) sexualidade masculina (n=5) e 3) sexualidade masculina e feminina (n=6). Na categoria 1, os temas investigados foram contracepção, gravidez, disfunção sexual, presença de sintomas ginecológicos e infecção sexualmente transmissível. Na categoria 2, o foco principal dos estudos foi disfunção erétil, desejo e satisfação sexual e consequências do regime imunossupressor com ácido micofenólico em homens. Na categoria 3, a avaliação da função sexual foi o principal tema abordado. Conclusão: as evidências científicas geradas fornecem subsídios para encorajar os profissionais de saúde na incorporação da temática sexualidade na rotina de atendimento, bem como a identificação de lacunas do conhecimento para a condução de novas pesquisas com o propósito de implementar intervenções para prevenir, minimizar e/ou controlar as alterações relacionadas à sexualidade do paciente.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; Sexualidade; Transplante de Fígado; Revisão; Serviços de Saúde; Transplantados.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado: revisão integrativa da literatura", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Enfermeira, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Magro JTJ, Mendes KDS, Galvão CM. Sexual aspects of liver transplant candidates and recipients: evidence available in the literature. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3033. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2744.3033>. mês dia ano

URL

Introdução

A doença hepática terminal reduz de forma significativa a qualidade de vida. Nesse contexto, a realização do transplante é capaz de reverter o estado de terminalidade e possibilita a melhoria das condições de saúde dos pacientes⁽¹⁾.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), a sexualidade é definida como aspecto fundamental do ser humano no ciclo vital que engloba o sexo, identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo manifestada de diferentes formas pelos indivíduos e que pode ser influenciada pela interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos e religiosos⁽²⁾. De forma geral, na literatura há evidências de que tanto candidatos quanto receptores de transplante de fígado podem sofrer com algum grau de disfunção sexual, temporária ou permanente⁽³⁾.

Nos candidatos ao transplante de fígado, a disfunção sexual é comum e relacionada com as modificações desencadeadas pela hepatopatia crônica, terapia medicamentosa, alterações hormonais, da irrigação vascular da região pélvica e emocionais. Os homens podem apresentar sintomas como a dificuldade de ereção, perda de libido, ejaculação precoce e oligospermia. Já as mulheres podem ser acometidas por disfunção ovariana, amenorreia, diminuição ou ausência de libido e infertilidade. A saúde sexual é complexa, pois envolve diferentes fatores, tais como idade, uso de medicamentos, aspectos sociais e psicológicos anteriores ou advindos do transplante⁽⁴⁻⁵⁾.

A sensação de bem-estar e de melhoria do estado clínico após o transplante está relacionada ao sucesso do procedimento. No entanto, problemas como os efeitos colaterais dos medicamentos imunossupressores e o risco de complicações pós-cirúrgicas, como a possibilidade do não funcionamento do enxerto, as rejeições e as trombozes vasculares, podem desencadear no paciente uma série de fatores estressores⁽⁶⁾. O transplante hepático traz melhoria na qualidade de vida dos pacientes, porém, há evidências de que nem todos apresentam igual benefício⁽⁷⁾.

A condição crônica imposta ao paciente, em ambas as fases do transplante (antes e após a cirurgia), desencadeia batalha pela qualidade de vida, alterada tanto pela doença, quanto pelo tratamento necessário⁽⁷⁾. Assim, um dos primeiros aspectos da vida afetado pelos sintomas físicos e emocionais é o funcionamento sexual⁽⁸⁾. Quando há perspectiva de realização do transplante, o paciente foca seus pensamentos na

sua sobrevivência e recuperação. Após o transplante, novas perspectivas e planos para a vida emergem, possibilitando a retomada da intimidade e favorecendo a atividade sexual⁽⁴⁾.

A sexualidade é uma área complexa do comportamento humano e não deve ser subestimada, tanto para o candidato, quanto para o receptor de transplante de fígado. A função sexual é sensível à doença, ao sofrimento psicológico e ao desequilíbrio das relações interpessoais. Na maioria dos casos, a doença crônica é associada com a disfunção sexual, resultando na diminuição da atividade sexual em decorrência do mal-estar, da fadiga e de mudanças na imagem corporal, o que impacta de forma significativa no relacionamento do paciente com o parceiro^(7,9).

Revisão sistemática com metanálise de estudos observacionais buscou avaliar o efeito do transplante de fígado na função endócrina e sexual de pacientes adultos. Os resultados sugeriram que o transplante de fígado melhorou as alterações hormonais associadas à doença crônica desse órgão, restaurando os níveis fisiológicos de hormônio do crescimento, fator de crescimento semelhante à insulina, testosterona, estradiol, prolactina, hormônio folículo estimulante e hormônio luteinizante. Os 21 estudos analisados demonstraram que o transplante de fígado foi associado à melhoria da função sexual⁽⁸⁾.

Frente ao exposto, considerando que a temática sexualidade é pouco investigada em candidatos e receptores de órgãos sólidos, especificamente no transplante de fígado, somando a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para abordar o tema com os pacientes nos serviços de saúde, justifica-se o interesse na condução da revisão integrativa, cujos resultados podem gerar evidências para subsidiar o cuidado prestado. Assim, o objetivo da presente revisão foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado.

Método

A revisão integrativa (RI) foi o método de síntese de conhecimento empregado. Na condução desse método, cinco etapas foram percorridas: elaboração da questão de pesquisa (identificação do problema), busca na literatura dos estudos primários, avaliação dos estudos primários, análise dos dados e apresentação da revisão⁽¹⁰⁾.

Para nortear a condução da RI, pautada na estratégia PECOT (acrônimo de *patient, exposure, comparison, outcomes* e *time*), a seguinte questão foi formulada: "Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre as

alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado?”. O primeiro elemento (P=paciente ou problema) consiste nos candidatos e receptores do transplante hepático, o segundo (E=exposição) em sexualidade, o terceiro elemento (O= desfechos ou resultados) em alterações relacionadas à sexualidade e (T=tempo) períodos pré e pós-operatório.

A busca dos estudos primários foi realizada por meio de busca online em três bases de dados da área da saúde: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PUBMED), *Cumulative Index to Nursing*

and Allied Health Literature (CINAHL) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

Os descritores e as palavras-chave foram estabelecidos de acordo com cada base de dados selecionada, para garantir busca rigorosa e ampla dos estudos primários sobre o tópico de interesse, associados ao acrônimo PECOT delimitado para a estratégia de busca (Figura 1). Para a busca das publicações em cada base de dados, os descritores e as palavras-chave foram cruzados entre si por meio de operações táticas, utilizando-se os operadores booleanos AND e OR.

| Acrônimo | Descritores e palavras-chave | | |
|----------|---|--|--|
| | MEDLINE/PUBMED | CINAHL | LILACS |
| P1* | End Stage Liver Disease Waiting Lists Chronic Liver Failure | Liver Failure Waiting Lists Pretransplantation Period End Stage Liver Disease Wait List Transplantation Waiting Period Pre-Transplant Period Pre-transplantation Period | Listas de Espera Falência Hepática Doença Hepática Terminal Falência do Fígado Insuficiência Hepática Grave Insuficiência do Fígado Grave Doença Hepática em Estágio Final Doença Hepática em Estágio Terminal Hepatopatia em Estágio Final Hepatopatia em Estágio Terminal |
| P2† | Transplant Recipients Transplantation Organ transplantation Liver Grafting Liver Transplantation Hepatic Transplantation | Transplant Recipients Organ Recipients Liver Transplantation Recipient Transplantation, Liver | Pessoas Transplantadas Transplantados Receptores de Transplantes Transplante de Fígado |
| E + O‡ | Sexual Dysfunction, Psychological Sexual Dysfunctions, Psychological Erectile Dysfunction | Sexuality Erectile Dysfunction Sexual Dysfunction | Sexualidade Disfunção Sexual Fisiológica Disfunção Erétil |
| T1§ | Preoperative Period Preoperative Care Preoperative Procedure | Presurgical Period Presurgical Care Preoperative Period Preoperative Care | Período Pré-Operatório Cuidados Pré-Operatórios Assistência Pré-Operatória |
| T2 | Postoperative Period Postoperative Care Postoperative Procedure | Postsurgical Period Postoperative Period Postoperative Care Postsurgical Care | Período Pós-Operatório Cuidados Pós-Operatórios Assistência no Período Pós-Operatório Cuidados Pós-Cirúrgicos |

*P1 = paciente cruzamento 1; †P2 = paciente cruzamento 2; ‡E+O = cruzamento exposição + resultados; §T1 = tempo cruzamento 1; ||T2 = tempo cruzamento 2

Figura 1 - Descritores e palavras-chave selecionados em cada base de acordo com acrônimo PECOT

Para a seleção dos estudos primários desta revisão, os seguintes critérios de inclusão foram adotados: estudos primários cujos autores investigaram as alterações na sexualidade de candidatos ou receptores de transplante de fígado; pesquisas publicadas em inglês, português e espanhol; e nos últimos 10 anos (período de 30 de junho de 2006 a 30 de junho de 2016). A delimitação do período de tempo foi estabelecida para assegurar quantitativo adequado de pesquisas, sendo que um número elevado de estudos primários poderia inviabilizar a condução da revisão integrativa ou introduzir vieses nas etapas seguintes do método.

A partir dos resultados das estratégias de busca empregadas nas bases de dados selecionadas para a condução da revisão, um arquivo foi importado para o gerenciador de referências EndNote, versão X5. Para o gerenciamento das referências, foram criadas pastas para cada base de dados e realizadas filtragens para os estudos duplicados, livros, dissertações, teses e outros textos não científicos, em idiomas não delimitados e com o período de publicação fora do estabelecido. A pré-seleção dos estudos primários por meio da leitura dos títulos e resumos foi executada e, finalmente, feita a seleção final das pesquisas

para leitura na íntegra. Na Figura 2, apresenta-se o fluxograma de seleção dos estudos primários.

Um instrumento elaborado por pesquisador nacional foi utilizado para extração de dados dos estudos primários, o qual contém conjunto de itens que possibilitam a identificação das pesquisas, características metodológicas, principais resultados e conclusões⁽¹¹⁾. Para avaliação dos estudos, a definição do tipo de pesquisa descrita pelos autores foi mantida e, quando ocorreu ausência dessa informação, adotaram-se os conceitos descritos por pesquisadores da enfermagem em metodologia científica para classificar a abordagem metodológica empregada na pesquisa⁽¹²⁾.

A classificação de hierarquias de evidências de acordo com o tipo de questão clínica dos estudos foi empregada. A questão clínica pode ser: (a) de significado (com cinco níveis de evidência, sendo a mais forte, ou seja

nível I, evidências obtidas de metassíntese de estudos qualitativos, e a menor, nível V, evidências de opinião de especialistas), (b) de prognóstico, predição ou etiologia (com cinco níveis de evidência, sendo a mais forte, ou seja nível I, evidências obtidas de síntese de estudos de coorte ou caso-controle, e a menor, nível V, evidências de opinião de especialistas) e (c) de intervenção, tratamento ou diagnóstico/teste diagnóstico (com sete níveis de evidência, sendo a mais forte, ou seja nível I, evidências obtidas de revisão sistemática ou metanálise, e a menor, nível VII, evidências de opinião de especialistas)⁽¹³⁾.

A síntese dos resultados da revisão foi realizada na forma descritiva. Assim, os 16 estudos primários incluídos na amostra da revisão foram agrupados em três categorias: (1) "sexualidade feminina" (n=5), (2) "sexualidade masculina" (n=5) e (3) "sexualidade masculina e feminina" (n=6).

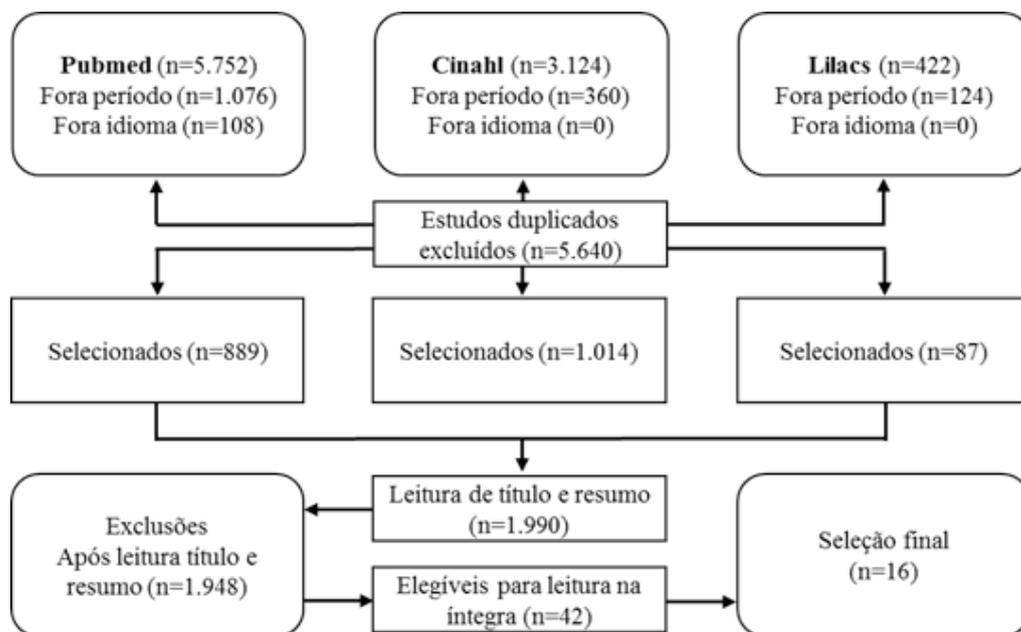


Figura 2 – Fluxograma de seleção dos estudos primários

Resultados

Com relação à base de dados, 13 estudos primários (81,2%) foram identificados no Medline (via PubMed) e três (18,7%) na CINAHL. Quanto ao país de origem, seis estudos (37,5%) eram dos Estados Unidos da América, três (18,75%) da Polônia, três (18,75%) da França e um (6,25%) do Canadá, Suíça, China e Taiwan, respectivamente. Observa-se que 87,5% (n=14) os estudos primários foram publicados em revistas médicas. Com relação ao período de publicação, um estudo (6,25%) foi publicado em 2001, três (18,75%) em 2006, um (6,25%)

em 2008, dois (12,5%) em 2009, quatro (25%) em 2013, quatro (25%) em 2014 e um estudo (6,25%) em 2015.

O tipo de questão clínica de todos os estudos primários incluídos foi de Prognóstico/Predição ou Etiologia, dentre os quais constavam 14 pesquisas (87,5%) com nível de evidência IV (evidências provenientes de um único estudo qualitativo ou descritivo) e duas (12,5%) classificadas com nível de evidência II (evidências derivadas de um único estudo de coorte ou caso-controle). Nas Figuras 3, 4 e 5, apresenta-se a síntese de conhecimento dos estudos primários incluídos na revisão, de acordo com cada categoria.

| Autor(es) | Objetivo | Principais resultados | NE [†] |
|--|---|--|-----------------|
| Gomez-Lobo et al. ⁽¹⁴⁾ | Descrever os sintomas ginecológicos e função sexual em candidatas e receptoras de transplante de fígado. | A taxa de amenorreia nas candidatas foi de 44%, enquanto nas receptoras foi de 27%. Houve prevalência maior de amenorreia entre as pacientes com cirrose hepatocelular, em comparação com doença coleostática. As transplantadas reportaram período menstrual mais intenso e menor frequência de incontinência urinária do que as candidatas. | IV |
| Tarallo et al. ⁽¹⁵⁾ | Avaliar a prevalência e os fatores de risco para a infecção pelo HPV [†] de risco alto entre mulheres candidatas ao transplante de fígado. | O exame Papanicolau era normal em 58 participantes (93,5%), enquanto cinco (6,5%) apresentavam células escamosas atípicas de significância indeterminada. O teste de HPV [†] identificou 10 mulheres (16,1%), de idade entre 46 e 61 anos, com o vírus de risco alto. Todas as mulheres com HPV [†] de risco alto tinham cirrose hepática por vírus da hepatite C e 90% delas não tinham fatores de risco para HPV [†] (p=0,0013). | IV |
| Szpotanska-Sikorska et al. ⁽¹⁶⁾ | Avaliar a proporção de usuárias de contraceptivos e o nível de satisfação durante o período pré e pós-transplante renal e hepático. | Das receptoras do transplante de fígado, 33% desconheciam a necessidade de prevenir a gravidez após a cirurgia. As que usavam medicamentos contraindicados na gravidez só tomaram consciência da situação quando engravidaram. Apenas 30% das transplantadas renais e 29% das transplantadas hepáticas usavam métodos contraceptivos. Houve aumento no uso de contraceptivos, em mulheres sexualmente ativas, no pós-transplante de fígado. A escolha de contraceptivos dependeu da recomendação médica e da ausência de interferência do método no corpo. | IV |
| Szymusik, et al. ⁽¹⁷⁾ | Avaliar se mulheres receptoras de transplante de órgãos aplicam métodos de planejamento familiar e contracepção adequados. | Houve melhora na regularidade do ciclo menstrual, após o transplante de fígado. As receptoras de transplante de fígado tornaram-se sexualmente mais ativas no pós-operatório. Após a cirurgia, 18 mulheres engravidaram, sendo seis (33,3%) não planejadas. As transplantadas sexualmente ativas usavam menos contraceptivos que as mulheres do grupo controle. Além disso, aquelas transplantadas sexualmente ativas com doenças crônicas usavam DIU [‡] mais frequentemente do que as mulheres do grupo controle. | II |
| Rafie et al. ⁽¹⁸⁾ | Avaliar o aconselhamento sobre o uso de contraceptivos e métodos contraceptivos entre as mulheres no transplante de órgãos sólidos. | 67% das transplantadas foram aconselhadas sobre gravidez. Apenas 33% das pacientes referiram ter recebido a informação do risco da gravidez no 1º ano do transplante, sendo que 90% estavam conscientes do risco de deformidade ao feto. O preservativo foi o método mais utilizado. Nenhuma paciente recebeu orientações do ginecologista. 48% das receptoras se interessaram em receber aconselhamento sobre métodos efetivos como o DIU [‡] . | IV |

*NE=nível de evidência; [†]HPV=papiloma vírus humano; [‡]DIU=dispositivo intrauterino

Figura 3 – Características dos estudos primários incluídos na categoria “sexualidade feminina”. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

| Autor(es) | Objetivo | Principais resultados | NE [†] |
|-------------------------------|---|---|-----------------|
| Huyghe et al. ⁽¹⁹⁾ | Avaliar a frequência e os fatores de risco para DE [†] e a satisfação com a ereção em homens após o transplante de fígado. | 15% dos receptores eram sexualmente inativos no pós-operatório, 5% ativos antes da cirurgia e tornaram-se sexualmente inativos após, 10% mantiveram-se inativos nos dois períodos e 19% evoluíram para sexualmente ativos. A ausência de atividade sexual depois da cirurgia foi associada com idade, histórico de doença cardiovascular, uso de diuréticos, anticoagulantes, anti-inflamatórios não esteroides, estatinas e tratamento para diabetes mellitus. | IV |
| Huyghe et al. ⁽²⁰⁾ | Determinar a prevalência e os fatores de risco para DE [†] em homens com doença hepática terminal e candidatos ao transplante de fígado. | Dos participantes, 28,6% foram considerados sexualmente inativos. Entre os sexualmente ativos, 74% apresentaram DE [†] . Os fatores de risco para tal condição foram ingestão de álcool, uso do tabaco e doença cardiovascular. Os fatores de risco para satisfação sexual baixa foram as hepatites virais e a doença cardiovascular. A preocupação com a ereção foi citada por 61,4% dos homens sexualmente ativos. | IV |
| Wang et al. ⁽²¹⁾ | Avaliar DE [†] em homens com falência hepática por doença benigna, candidatos e receptoras de transplante de fígado. | Os receptores de transplante de fígado eram sexualmente mais ativos que os candidatos. Nos receptores, o tempo médio de recuperação da libido foi de 60 dias e para a recuperação da atividade sexual de 90 dias após a cirurgia. A DE [†] grave e total foi maior nos candidatos. Os receptores que usavam ciclosporina apresentaram menores problemas de DE [†] . | IV |
| Jones et al. ⁽²²⁾ | Descrever os resultados de gestações com exposição ao ácido micofenólico no momento da concepção. | Dos 830 homens cadastrados no NTPR [‡] , 152 foram expostos ao ácido micofenólico, com a geração de 205 gestações, das quais 194 foram nascidos vivos e 14 abortos espontâneos. Dos nascidos vivos, 10,8% foram prematuros, 4,1% nasceram com baixo peso e 3,1% apresentaram malformações, dados semelhantes aos da população geral. | IV |
| Chien et al. ⁽²³⁾ | Avaliar diferenças da função erétil e sexual no pré e pós-operatório de transplante de fígado com doador vivo. | A função erétil melhorou significativamente após o transplante. O hipogonadismo antes da cirurgia foi associado com melhora na função erétil após o transplante. Houve correlação significativa entre hipogonadismo e a função erétil antes do transplante de fígado. | IV |

*NE=nível de evidência; [†]DE=disfunção erétil; [‡]NTPR=National Transplant Pregnancy Registry

Figura 4 - Características dos estudos primários incluídos na categoria “sexualidade masculina”. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

| Autor(es) | Objetivo | Principais resultados | NE* |
|--------------------------------|---|---|-----|
| Ho et al. ⁽²⁴⁾ | Descrever a frequência e a extensão da DS ⁺ em receptores de transplante de fígado antes e após a cirurgia. | 23,8% dos homens e 24,1% das mulheres tiveram problemas sexuais antes da cirurgia, com evolução para 51,1% e 40,3%, respectivamente, após o transplante. Os homens relataram diminuição da libido, problemas de ejaculação precoce, disfunção erétil e dificuldades em ter orgasmo após a cirurgia. As mulheres reportaram diminuição da libido, dificuldade de manter lubrificação, dispareunia e incapacidade em ter orgasmo após o transplante. | IV |
| Sorrell et al. ⁽²⁵⁾ | Avaliar a prevalência da DS ⁺ nos casos de falência hepática, antes e depois do transplante de fígado. | A idade elevada e a gravidade da doença hepática foram relacionadas com frequência e satisfação sexual menor. Houve persistência da DS ⁺ após a cirurgia. O interesse (35,1%) e a habilidade de atingir orgasmos (45,4%) aumentaram após a cirurgia, mas a frequência (38,9%) e satisfação (44,4%) diminuíram nesse período. | IV |
| Burra ⁽²⁶⁾ | Avaliar a prevalência da DS ⁺ em pacientes com CH ⁺ e pacientes submetidos ao transplante de fígado. | Nas mulheres com CH ⁺ , houve diminuição nos níveis de testosterona, aumento da prolactina e delta-4 androsterona na comparação com os receptores de transplante. Nos homens com CH ⁺ , houve níveis mais elevados de prolactina e globulina ligadora de hormônios sexuais na comparação com os receptores de transplante. A porcentagem de disfunção erétil severa foi maior em pacientes com CH ⁺ do que nos receptores de transplantes. | IV |
| Park et al. ⁽²⁷⁾ | Avaliar a DS ⁺ e sexualidade de receptores de transplante de fígado. | Os homens apresentaram DS ⁺ leve à moderada e severa, além de disfunção erétil. 58,8% das mulheres apresentaram DS ⁺ . O sofrimento pessoal relacionado à sexualidade foi significativo nas mulheres (40,6%) e nos homens (62,9%). | IV |
| Klein et al. ⁽³⁾ | Avaliar a função sexual e satisfação conjugal em candidatos e receptores de transplante de fígado. | Em homens, a função sexual melhorou após a cirurgia, quando comparada aos candidatos, mas foi pior na comparação com indivíduos saudáveis. Em mulheres, a função sexual melhorou no pós-operatório, quando comparada com as candidatas. A idade, índice de massa corporal, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia foram associados à piora da função sexual, após o transplante de fígado em homens e mulheres. | II |
| Grat et al. ⁽²⁸⁾ | Analisar a prevalência e os fatores de risco de infecção anal pelo HPV ^s em receptores de transplante de fígado. | A prevalência de infecção anal por HPV ^s foi de 18%. A infecção anal por HPV ^s foi maior em pacientes com o vírus da hepatite B, com três ou mais parceiros sexuais e CH ⁺ alcoólica. A infecção por vírus da hepatite B foi fator associado à infecção por HPV ^s de risco alto. | IV |

*NE=nível de evidência; ¹DS=disfunção sexual; ²CH=cirrose hepática; ³HPV=papiloma vírus humano

Figura 5 - Características dos estudos primários incluídos na categoria "sexualidade masculina e feminina". Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

Discussão

Os estudos primários agrupados na categoria "sexualidade feminina" apresentaram como principais temas de investigação a contracepção e a gravidez⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, disfunção sexual e presença de sintomas ginecológicos⁽¹⁴⁾, além da infecção sexualmente transmissível⁽¹⁵⁾. Na mulher, a cirrose hepática pode levar ao desenvolvimento da amenorreia, antecipação da menopausa e infertilidade, graças à redução de secreção de gonadotrofinas. Além disso, os baixos níveis de estradiol levam à redução da libido, secura vaginal e dispareunia^(14,16-17).

Na categoria "sexualidade masculina", a disfunção erétil consistiu no foco principal das pesquisas agrupadas^(19-21,23). Em dois estudos, os autores investigaram também o desejo e a satisfação sexual⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e, em um estudo⁽²²⁾, as consequências nos recém-nascidos gerados por homens que engravidaram suas parceiras enquanto faziam uso de medicamento composto por ácido micofenólico.

Na categoria de ambos os sexos, a avaliação da função sexual foi o principal tema dos estudos primários. Em três pesquisas, a mensuração ocorreu por meio das escalas *International Index of Erectile Function* (IIEF)

e *Female Sexual Function Index* (FSFI)^(3,26-27), sendo que os autores também utilizaram outras escalas, tais como: o *Beck Depression Inventory* (instrumento para avaliar depressão) e o *Short Form (36) Health Survey* (escala para avaliar qualidade de vida)⁽²⁶⁾, o *Locke-Wallace Marital Adjustment Test* (instrumento para avaliar a satisfação conjugal)⁽³⁾ e o *Female Distress Scale - Revised* (FSDS-R), escala que avalia o sofrimento pessoal relacionado à sexualidade⁽²⁷⁾. Em dois estudos⁽²⁴⁻²⁵⁾, os autores adotaram questionário próprio para a coleta dos dados.

Nas mulheres transplantadas, o ciclo menstrual é retomado dentro da normalidade, até um ano após a cirurgia, possibilitando que as mulheres em idade fértil possam ser mães entre um a dois anos após o transplante, de acordo com o que é recomendado pelos médicos^(14,29). No entanto, as mulheres transplantadas precisam de cuidados especiais, devido ao uso de medicamentos teratogênicos, no momento da gestação, necessitando de que a gravidez ocorra de forma planejada para evitar complicações materno-fetais, bem como a disfunção do enxerto transplantado. Os resultados dos estudos primários incluídos na revisão (n=3) evidenciaram que as mulheres transplantadas eram pouco conscientes da problemática e os profissionais de

saúde não estavam atentos para as orientações sobre a necessidade de planejamento familiar e utilização de métodos contraceptivos efetivos, ficando as mulheres receptoras do enxerto hepático expostas aos riscos para si, para o feto e para o órgão recebido⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Há lacunas de conhecimento sobre qual é o método contraceptivo mais recomendado para mulheres transplantadas. Em alguns estudos, os autores contraindicam o uso do DIU, devido ao potencial risco de infecção, sobretudo em pessoas com imunossupressão⁽³⁰⁻³¹⁾. Já em outras pesquisas, os estudiosos defendem que a utilização do dispositivo intrauterino por mulheres transplantadas é segura e a ocorrência de infecção pélvica em maior número devido à imunossupressão é mito, não havendo contraindicação absoluta para seu uso⁽³²⁻³³⁾. Dessa forma, a condução de novos estudos é necessária para investigar quais são os métodos contraceptivos mais indicados para esse público de mulheres. No entanto, está claro que a escolha deve ser pelo método que não apresente interação medicamentosa com os imunossupressores e que não ofereça risco à saúde da receptora de transplante. Ressalta-se a necessidade do uso do preservativo, uma vez que, apesar de ter percentual de falha de 18%, ainda é o único método de barreira capaz de prevenir contra a infecção sexualmente transmissível⁽³⁴⁾.

O desenvolvimento de estudos sobre qual é o tipo de parto mais indicado para as mulheres submetidas ao transplante é necessário. O parto vaginal pode minimizar intercorrências que possam ocorrer em cesárea, dado que as mulheres após a cirurgia de transplante de fígado têm probabilidade de apresentar aderências e fibrose resultantes da cirurgia abdominal. No entanto, devido à gestação dessas mulheres ser considerada como de risco materno-fetal, a ocorrência de cesárea é maior do que a de parto vaginal⁽³⁵⁻³⁷⁾. É evidente que a via de parto de escolha deve ser selecionada por aquela que não cause riscos à saúde do feto e da parturiente.

O aleitamento materno por mães submetidas ao transplante também é controverso, sendo necessário que estudiosos conduzam pesquisas futuras sobre os cuidados da amamentação de neonatos. A amamentação é desaconselhada por alguns autores, enquanto outros questionam o risco-benefício de privar o recém-nascido da nutrição materna, posto que o feto já foi exposto aos medicamentos imunossupressores durante a gestação. Além disso, a quantidade de medicamentos excretados pelo leite materno não seria suficiente para causar danos ao bebê⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Como sugestão, seria de grande valia a criação de sistema de registro brasileiro sobre mulheres grávidas e receptoras de transplantes, para que a maternidade e a paternidade no pós-transplante e os efeitos dos

medicamentos sobre fertilidade, gravidez e concepção fossem investigados. Além disso, é necessário que os centros transplantadores brasileiros registrem os dados referentes a essa problemática no *Transplant Pregnancy Registry International*.

Com relação à saúde da criança gerada por pais que utilizavam medicamentos imunossupressores da categoria D, segundo o *Food and Drug Administration (FDA)*, a prevalência dos problemas verificados foi comparável com aqueles encontrados na população em geral⁽²²⁾.

A orientação e conscientização sobre o controle de natalidade e a utilização de métodos contraceptivos, por parte dos profissionais de saúde, não podem ser direcionadas apenas para o público feminino, uma vez que o público masculino que deseja ser pai também requer cuidados no momento de engravidar a parceira. Isso se deve ao uso de medicamentos imunossupressores teratogênicos durante a concepção, bem como a utilização de algumas classes de medicamentos antirrejeição que provocam toxicidade testicular, afetando a fertilidade masculina^(22,40).

Nos homens, os sinais clínicos de hipogonadismo incluem a ginecomastia, a diminuição de pelos, a atrofia testicular, a redução da próstata e a oligospermia, resultando em complicações como a disfunção erétil, diminuição da libido e da fertilidade. A etiologia da doença hepática terminal é fator de risco para a ocorrência de disfunção erétil. Na cirrose alcoólica, por exemplo, a chance dessa disfunção ocorrer é maior, uma vez que o álcool causa efeitos tóxicos, com ação direta sobre o eixo hipofisário, interferindo na produção de hormônios como a testosterona, o que acarreta danos para a saúde sexual^(19,21,23).

A diminuição da libido e interesse sexual foi identificada nos dois sexos. Embora a realização do transplante proporcione recuperar a saúde do indivíduo por meio da substituição do órgão doente por outro sadio, teoricamente, solucionam-se, assim, as patologias envolvidas na causa da disfunção sexual. Entretanto, é sabido que para o sucesso do transplante diferentes fatores estão envolvidos e a terapia por meio de reposição do órgão implica em cuidados especiais vitalícios, bem como pode desencadear problemas secundários. Assim, a realização do transplante nem sempre é capaz de restabelecer a plena função sexual dos indivíduos transplantados e, quando a melhora ocorre, ainda é menor do que na população em geral, podendo levar até dezoito meses para ocorrer⁽¹⁹⁾.

Na análise da ocorrência de disfunção sexual em homens e mulheres, candidatos e receptores a outros órgãos sólidos como rim e coração, os resultados das pesquisas foram semelhantes com os identificados no

transplante de fígado, ou seja, nem todos os pacientes transplantados apresentaram recuperação global da saúde sexual, sendo o prognóstico da disfunção relacionado com a função sexual apresentada pelo indivíduo, antes de ser acometido pela doença que levou à indicação de transplante. Em outras palavras, os pacientes que tinham saúde sexual boa, mesmo com função sexual prejudicada pela doença, tiveram chances maiores de recuperação após o transplante do que aqueles que já apresentavam qualidade de saúde sexual baixa previamente à doença⁽⁴¹⁾.

Os resultados de pesquisas incluídas na revisão apontaram que o aconselhamento contraceptivo para homens e mulheres é deficitário e ocorre, muitas vezes, em momento pouco adequado, ou seja, logo após o transplante, quando o receptor recebe quantitativo elevado de informações e vivencia experiências novas que requerem uma fase de adaptação, mesmo que a pessoa tenha sido bem preparada, teoricamente, para os enfrentamentos subsequentes à cirurgia⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Quando as orientações para o controle de natalidade não são assimiladas ou incorporadas, pois o foco da preocupação do paciente está na sua recuperação após o transplante, a sexualidade terá maior importância no momento em que as necessidades básicas principais estiverem atendidas.

O risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis pela população de transplantados é aumentado, devido ao grau de imunossupressão. Na fase anterior ao transplante, a doença hepática também deprime o sistema imunológico do candidato, favorecendo o desenvolvimento de HPV. As chances dessa patologia aumentam quando a etiologia da cirrose é pelo vírus da hepatite C, tanto em homens, quanto em mulheres, com surgimento de lesões em região cérvico uterina e anal. Assim sendo, atenção maior deve ser dada a esse público com relação à rastreabilidade de lesões precursoras de câncer, devido às infecções ou ativação do HPV. Tal avaliação deve ser realizada com frequência maior em candidatas e receptoras de transplante, uma vez que mulheres com imunossupressão apresentam risco maior de desenvolvimento de câncer do colo uterino, quando comparadas às mulheres saudáveis^(15,42).

Conforme já apontado, a maioria (n=14) dos estudos primários incluídos na revisão foi classificada com nível de evidência IV (estudo qualitativo ou descritivo) indicando a necessidade de condução de futuras pesquisas com delineamentos fortes sobre a problemática de interesse com evidências que gerem impacto na tomada de decisão. Nenhum estudo foi identificado na base de dados LILACS, o que pode indicar carência de publicações sobre a temática de interesse, nos periódicos da América Latina e Caribe.

Conclusão

Concluiu-se que as alterações na sexualidade de candidatos e receptores de transplante de fígado de maior destaque foram a disfunção sexual, sendo nos homens manifestada pela impotência e nas mulheres pela amenorreia e dispareunia. Também foi evidente a diminuição da libido e do interesse sexual nessa clientela.

A saúde sexual satisfatória é fundamental para a qualidade de vida, não podendo, assim, ser descartada da anamnese. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde para a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para tratar dessa problemática com os pacientes é de grande relevância, considerando, sobretudo, as suas dificuldades em explorar a saúde sexual de pacientes. O tabu que permeia as experiências individuais e culturais com a sexualidade, bem como o pouco treinamento, desde a graduação, influencia a atuação profissional, sendo a sexualidade subestimada e considerada pouco relevante frente aos demais problemas apresentados pelo paciente.

A síntese do conhecimento indicou a necessidade de intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com metodologias capazes de produzir evidências fortes, uma vez que os estudos analisados não apresentaram níveis de evidência robustos. Além disso, há escassez de pesquisas nacionais sobre a sexualidade em candidatos e receptores de transplante de fígado, bem como de estudos que avaliem a longo prazo as consequências do transplante na sexualidade de homens e mulheres acometidos pela doença crônica de fígado, sendo válidos investimentos na condução de futuras pesquisas sobre essa temática. A incorporação de evidências na prática clínica pode auxiliar na implementação de ações e intervenções efetivas para a assistência ao paciente, de acordo com suas preferências, e fornecer subsídios aos profissionais de saúde na tomada de decisão.

Referências

1. Grogan TA. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2011;23(3):443-56. doi: 10.1016/j.ccell.2011.08.002.
2. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. [cited Feb 10, 2017]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/258738>
3. Klein J, Tran SN, Mentha-Dugerdil A, Giostra E, Majno P, Morard I, et al. Assessment of sexual function and conjugal satisfaction prior to and after liver

- transplantation. *Ann Transplant*. 2013;18:135-44. doi: 10.12659/AOT.883860.
4. Schroeder BJ. Sexual health after transplant: what every patient should know [Internet]. 2010:12. [cited May 1, 2017]. Available from: www.itns.org/uploads/ITNS_Sexuality_English.pdf
 5. Kosola S, Lampela H, Lauronen J, Makisalo H, Jalanko H, Qvist E, et al. General health, health-related quality of life and sexual health after pediatric liver transplantation: a nationwide study. *Am J Transplant*. 2012;12(2):420-7. doi: 10.1111/j.1600-6143.2011.03819.x
 6. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I. Quality of life and transplantation. *Acta Med Port* [Internet] 2010 [cited Feb 1, 2017];23(6):1091-100. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/741>
 7. Burra P, Ferrarese A, Feltrin G. Quality of life and adherence in liver transplant recipients. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2017. doi: 10.23736/S1121-421X.17.02459-X
 8. Gariani K, Toso C, Philippe J, Orci LA. Effects of liver transplantation on endocrine function: a systematic review. *Liver Int*. 2016;36(10):1401-11. doi: 10.1111/liv.13158
 9. Mendes KDS, Almeida MCdPA. Sexuality and organ transplantation. *Rev Bras Med*. [Internet] 2013 [cited Jan 28, 2018];70(1):27-32. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5648&fase=imprime
 10. Whitemore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
 11. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
 12. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 512p.
 13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 3rd ed. USA: Wolters Kluwer; 2014. 656 p.
 14. Gomez-Lobo V, Burgansky A, Kim-Schluger L, Berkowitz R. Gynecologic symptoms and sexual function before and after liver transplantation. *J Reprod Med*. [Internet]. 2006 [cited May 26, 2017];51(6):457-62. Available from: europepmc.org/abstract/med/16846082
 15. Tarallo PA, Smolowitz J, Carrierio D, Tarallo J, Siegel A, Jia H, et al. Prevalence of high-risk human papilloma virus among women with hepatitis C virus before liver transplantation. *Transpl Infect Dis*. 2013;15(4):400-4. doi:10.1111/tid.12086.
 16. Szpotanska-Sikorska M, Pietrzak B, Wielgos M. Contraceptive awareness and birth control selection in female kidney and liver transplant recipients. *Contraception*. 2014;90(4):435-9. doi: 10.1016/j.contraception.2014.04.014.
 17. Szymusik I, Szpotanska-Sikorska M, Mazanowska N, Ciszek M, Wielgos M, Pietrzak B. Contraception in women after organ transplantation. *Transplant Proc*. 2014;46(10):3268-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.09.104>.
 18. Rafie S, Lai S, Garcia JE, Mody SK. Contraceptive use in female recipients of a solid-organ transplant. *Prog Transplant*. 2014;24(4):344-8. doi: 10.7182/pit2014426.
 19. Huyghe E, Kamar N, Wagner F, Yeung SJ, Capietto AH, El-Kahwaji L, et al. Erectile dysfunction in liver transplant patients. *Am J Transplant*. 2008;8(12):2580-9. doi: 10.1111/j.1600-6143.2008.02424.x.
 20. Huyghe E, Kamar N, Wagner F, Capietto AH, El-Kahwaji L, Muscari F, et al. Erectile dysfunction in end-stage liver disease men. *J Sex Med*. 2009;6(5):1395-401. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01169.x>.
 21. Wang G, Yang J, Li M, Liu B, Jiang N, Fu B, et al. Liver transplant may improve erectile function in patients with benign end-stage liver disease: single-center Chinese experience. *Exp Clin Transplant*. 2013;11(4):332-8. doi:10.6002/ect.2012.0102.
 22. Jones A, Clary MJ, McDermott E, Coscia LA, Constantinescu S, Moritz MJ, et al. Outcomes of pregnancies fathered by solid-organ transplant recipients exposed to mycophenolic acid products. *Prog Transplant*. 2013;23(2):153-7. doi: 10.7182/pit2013636.
 23. Chien YC, Chiang HC, Lin PY, Chen YL. Erectile function in men with end-stage liver disease improves after living donor liver transplantation. *BMC Urol*. 2015;15(83):1-6. doi: 10.1186/s12894-015-0078-6.
 24. Ho JK, Ko HH, Schaeffer DF, Erb SR, Wong C, Buczkowski AK, et al. Sexual health after orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl*. 2006;12(10):1478-84. doi: 10.1002/lt.20831.
 25. Sorrell JH, Brown JR. Sexual functioning in patients with end-stage liver disease before and after transplantation. *Liver Transpl*. 2006;12(10):1473-7. doi: 10.1002/lt.20812.
 26. Burra P. Sexual dysfunction after liver transplantation. *Liver Transpl*. 2009;15(11):S50-6. doi: 10.1002/lt.21899.
 27. Park ES, Villanueva CA, Viers BR, Siref AB, Feloney MP. Assessment of sexual dysfunction and sexually related personal distress in patients who have undergone orthotopic liver transplantation for end-

- stage liver disease. *J Sex Med.* 2011;8(8):2292-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02264.x.
28. Grat M, Grat K, Holowko W, Malejczyk M, Walter de Walthoffen S, Lewandowski Z, et al. Initial prevalence of anal human papilloma virus infection in liver transplant recipients. *Transpl Int.* 2014;27(8):816-23. doi: 10.1111/tri.12339.
29. Parolin MB, Rabinovitch I, Urbanetz AA, Scheidemantel C, Cat ML, Coelho JC. Impact of successful liver transplantation on reproductive function and sexuality in women with advanced liver disease. *Transplant Proc.* 2004;36(4):943-4. doi: 10.1016/j.transproceed.2004.03.124.
30. Ladanyi C, Field C, Tocce K. Hysteroscopic sterilization in immunocompromised patients who have intrauterine devices in place: two case reports. *J Med Case Rep.* 2015;9(239):1-4. doi:10.1186/s13256-015-0729-y.
31. Kaminski P, Bobrowska K, Pietrzak B, Bablok L, Wielgos M. Gynecological issues after organ transplantation. *Neuro Endocrinol Lett.* [Internet]. 2008 [cited Dec 5, 2017];29(6):852-6. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/19112398>
32. Krajewski CM, Geetha D, Gomez-Lobo V. Contraceptive options for women with a history of solid-organ transplantation. *Transplantation.* 2013;95(10):1183-6. doi: 10.1097/TP.0b013e31827c64de.
33. McKay DB, Josephson MA. Reproduction and transplantation: report on the AST consensus conference on reproductive issues and transplantation. *Am J Transplant.* 2005;5(7):1592-9. doi: 10.1111/j.1600-6143.2005.00969.x.
34. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1.
35. Ghazali S, Czuzoj-Shulman N, Spence AR, Mishkin DS, Abenhaim HA. Pregnancy outcomes in liver transplant patients, a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(3):261-6. doi:<https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1173671>.
36. Jabiry-Zieniewicz Z, Bobrowska K, Pietrzak B, Kaminski P, Wielgos M, Durlak M, et al. Mode of delivery in women after liver transplantation. *Transplant Proc.* 2007;39(9):2796-9. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.09.011.
37. Parolin MB, Coelho JC, Urbanetz AA, Pampuch M. Contraception and pregnancy after liver transplantation: an update overview. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(2):154-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032009000200015>.
38. Constantinescu S, Pai A, Coscia LA, Davison JM, Moritz MJ, Armenti VT. Breast-feeding after transplantation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(8):1163-73. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.09.001.
39. Hammoud GM, Almashhrawi AA, Ahmed KT, Rahman R, Ibdah JA. Liver diseases in pregnancy: liver transplantation in pregnancy. *World J Gastroenterol.* 2013;19(43):7647-51. doi: 10.3748/wjg.v19.i43.7647.
40. Zuber J, Anglicheau D, Elie C, Bererhi L, Timsit MO, Mamzer-Bruneel MF, et al. Sirolimus may reduce fertility in male renal transplant recipients. *Am J Transplant.* 2008;8(7):1471-9. doi: 10.1111/j.1600-6143.2008.02267.x.
41. Burra P, Germani G, Masier A, De Martin E, Gambato M, Salonia A, et al. Sexual dysfunction in chronic liver disease: is liver transplantation an effective cure? *Transplantation.* 2010;89(12):1425-9. doi: 10.1097/TP.0b013e3181e1f1f6.
42. Dugué PA, Rebolj M, Hallas J, Garred P, Lynge E. Risk of cervical cancer in women with autoimmune diseases, in relation with their use of immunosuppressants and screening: Population-based cohort study. *Int J Cancer.* 2015;136(6):E711-E9. doi: 10.1002/ijc.29209.

Recebido: 02.03.2018

Aceito: 16.05.2018

Correspondência:

Jennifer Tatisa Jubileu Magro
Rua Rondonia, 607, Ap.12
Bairro: Sumarezinho
CEP: 14055-230, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: jennifer.magro@usp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.