UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

"AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO ESTADO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO"

PATRÍCIA DUARTE MARTINS

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

"AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO ESTADO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO"

Patrícia Duarte Martins

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Martins, Patrícia Duarte
Avaliação da percepção da qualidade de vida e do estado psicológico de pacientes candidatos a transplante de fígado. Ribeirão Preto, 2008.
131 p.: il; 30 cm

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.
Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1. Psicologia. 2. Transplante de Fígado. 3. Depressão. 4. Qualidade de Vida. 5. Entrevista Psicológica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia Duarte Martins

Avaliação da percepção da qualidade de vida e do estado psicológico de pacientes candidatos a transplante de fígado

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de Concentração: Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / 2008

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICO

Aos meus **Pais** que, com amor, dedicação e confiança, nunca recuaram na missão de oferecer-me todos os instrumentos para meu crescimento pessoal e profissional.

À **Luciana**, minha querida irmã e grande companheira das “aflições metodológicas” da dissertação, o meu especial carinho.

Aos meus **Irmãos**, **Cunhados** e **Sobrinhos**, pela tolerância para com meus momentos de “rabugice” e pelo respeito às minhas escolhas, mesmo lhes parecendo não serem as melhores. Esse exercício sempre ajudou a fortificar o nosso amor.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**, pelos ensinamentos, pela confiança em mim depositada e oportunidade para o ingresso à pós-graduação.

Ao **Prof. Dr. Orlando de Castro e Silva Júnior**, por acolher-me no Grupo Integrado de Transplante de Fígado, incentivar-me e contribuir ativamente para meu crescimento profissional.

Ao **Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty**, pela amizade sincera e pelo companheirismo nos momentos de incerteza e dúvida ao longo destes anos.

Às amigas de equipe, **Enfermeira Luciana Rondon** e **Dra. Fernanda Fernandes**, pelo valoroso auxílio nas questões referentes aos dados médicos e ao sistema de transplante.

Aos **Colegas de Equipe** que, sem saber, sempre estimularam a minha curiosidade para buscar respostas às questões mais difíceis colocadas no âmbito de nossa prática.

À **Luciana Campaner Fernandes Jalles**, querida amiga de vida e das "corridas", pela compreensão e incentivo contínuo em todas as fases da elaboração deste trabalho.

À amiga **Jaqueline Rodrigues da Cunha Netto**, que acompanhou o projeto desde o início, socorrendo-me nos momentos de dúvida e torcendo sempre por mim.

Ao amigo **Euphly Jalles Filho**, pela generosa contribuição, proporcionando-me tranqüilidade.

Ao **Cássio Reis**, pela atenção, disponibilidade e cuidadosa análise estatística.

Ao **Alex Adriano Silva** pelo eficiente trabalho de informática.

A **todas as pessoas** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos **pacientes**.

Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.

Clarice Lispector

RESUMO

MARTINS, P. D. **Avaliação da qualidade de vida e do estado psicológico de pacientes candidatos a transplante de fígado.** 2008. 131 f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Nas doenças crônicas do fígado, especialmente a cirrose hepática, a qualidade de vida pode ser prejudicada devido à progressão clínica e presença de complicações relativas à doença, restrições na vida social e ocupacional, tendo forte impacto nas atividades diárias, desenvolvimento social e psicológico. Atualmente o transplante de fígado (TF) é a principal terapêutica para pacientes com doença hepática avançada, alcançando bons índices de sobrevida. Dentre os objetivos deste procedimento, espera-se proporcionar melhora significativa na qualidade de vida destes pacientes. A descoberta do diagnóstico e a possibilidade de submeter-se a TF podem provocar dificuldades subjetivas importantes que vão desde alterações na dinâmica familiar até o desamparo com sintomas de ansiedade, fobia, obsessão e depressão, nos mais variados níveis. O estado psicológico pode ser severamente comprometido nas diferentes fases do tratamento. Os objetivos do presente estudo foram: identificar o estado psicológico e avaliar o nível da qualidade de vida, relacionando-os à etiologia e gravidade da doença hepática, comorbidades médicas e tempo de espera em lista para transplante e descrever a freqüência de queixas somáticas, em pacientes candidatos a TF no HCFMRP-USP. A coleta dos dados foi realizada no próprio local de atendimento e utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQoL-BREF), Beck Depression Inventory (BDI) e entrevista semi-estruturada. Para a análise do BDI-13 (Subescala Cognitivo-afetiva), foram considerados “deprimidos” os pacientes com escore acima de 10. Participaram 121 pacientes adultos, sendo a maioria do sexo masculino, com união estável e na faixa etária de 41 a 60 anos de idade. Observou-se prevalência de 19% de depressão. Nesta população a depressão foi associada significativamente a menor nível instrucional e não incidiu predominantemente em nenhum grupo etiológico, apesar de estar presente na maioria dos pacientes que apresentaram a comorbidade etilismo. O percentual de pacientes com MELD ≤ 15 foi significativamente superior no grupo que apresentou depressão. Também houve diferença estatisticamente significativa entre a queixa mudança na imagem corporal da Subescala Queixas Somáticas e Desempenho do BDI e cirrose hepática por vírus da hepatite C (incluindo aqueles com etilismo como comorbidade). As queixas fadiga e perda da libido tiveram diferença estatística em pacientes com maior gravidade da doença, medida respectivamente pelas escalas MELD (Model for End-stage Liver Disease) e Child-Turcotte-Pugh. Verificou-se que estas queixas somáticas e a depressão interferiram negativamente, com diferença estatística, em todos os domínios da qualidade de vida. Não se verificou, como esperado, interferência da etiologia e gravidade da doença hepática na qualidade de vida. Evidenciou-se que os fatores psicológicos e sociais desencadeados pela doença tiveram impacto sobre a reduzida qualidade de vida encontrada no presente estudo. A pesquisa permitiu

a descrição de pacientes candidatos a transplante de fígado. Ressalta-se a evidente relevância do estudo por fornecer subsídios adicionais para intervenções psicológicas específicas e favorecer intervenções multidisciplinares, proporcionando assim assistência global ao paciente.

Descritores: Psicologia. Transplante de Fígado. Depressão. Qualidade de Vida. Entrevista Psicológica.

ABSTRACT

MARTINS, P. D. **Assessment of the quality of life and psychological state of candidates listed for liver transplantation.** 2008. 131 f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

The quality of life of patients with chronic liver diseases, especially liver cirrhosis, may be affected by factors such as the clinical outcome of the condition, the presence of medical complications, and occupational and social life restrictions. All these factors have a major impact on the patients' daily activities, as well as on their social and psychological development. Nowadays, liver transplantation (LT) is the main treatment for patients with advanced liver disease, with good survival rates. One of the aims of the transplant is to provide significant improvement in the patient's quality of life. Facing the diagnosis and the possibility of being submitted to LT may lead to important subjective difficulties that range from changes in the family dynamics to poor psychological support, leading to symptoms that may include anxiety, phobia, obsession and depression, at various levels. The patient's psychological state can be seriously affected during the various treatment stages. The aim of the present study was to identify the psychological state and assess the quality of life of patients with liver disease as a function of the etiology and severity of the illness, medical comorbidities and time elapsed since the subject was listed for transplant. The frequency of somatic complaints in candidates listed for LT at the Clinical Hospital of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (HCFMRP-USP) was also evaluated. Data collection was carried out at the HCFMRP-USP itself, where the patients were being clinically followed. The following instruments were employed for data collection: the World Health Organization scale for evaluation of the Quality of Life (WHOQoL-BREF), the Beck Depression Inventory (BDI), and the semi-structured interview. In the case of the BDI-13 analysis (Cognitive-affective subscale), patients with score higher than 10 were considered depressed. One hundred and twenty-one adult patients were included in the study, the majority of which were male, with stable union and aged between 41 and 60 years. Depression was diagnosed in 19% of the cases. In this population, depression was significantly related with a lower level of instruction, and it did not prevail in any etiological group, although it was present in the majority of the patients with the comorbidity ethylism. The percentage of patients with MELD (Model for End-stage Liver Disease) ≤ 15 was significantly higher in the group with depression. There was also a statistically significant difference between the complaint body appearance as defined in the BDI Somatic and Performance Complaints Subscale and liver cirrhosis by hepatitis C (including those patients presented with ethylism as comorbidity). The complaints fatigue and decreased sex drive were statistically different in patients with more severe disease, as measured by the MELD and the Child-Turcotte-Pugh scale, respectively. The somatic complaints and depression interfered negatively and with statistical differences in all the domains of the quality of life. As expected, the etiology and the severity of the liver disease did not interfere with the quality of life. The psychological and social events triggered by the disease had an impact on the reduction in the

quality of life. In conclusion, the present research allowed the description of candidates listed for LT. It was particularly relevant because it provided additional information that should enable specific psychological interventions, as well as favor an interdisciplinary approach, thus leading to a global assistance to the patient.

Keywords: Psychology. Liver transplantation. Depression. Quality of Life. Psychological Interview.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gênero (*n* = 121)..... 65
Gráfico 2. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por estado civil (*n* = 121)..... 65
Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por nível de sintomas depressivos medidos pelo BDI total e depressão medida pelo BDI-13 em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 66
Gráfico 4. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por faixa etária..... 67
Gráfico 5. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por nível instrucional (*n* = 121)..... 68
Gráfico 6. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por etiologia da doença hepática (*n* = 121)..... 70
Gráfico 7. Freqüência de etilismo em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 70
Gráfico 8. Freqüência de carcinoma hepatocelular em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 70
Gráfico 9. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gravidade da doença hepática, medida pelo Child-Turcotte-Pugh (*n* = 121)..... 71
Gráfico 10. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gravidade da doença hepática medida pelo MELD - 4 categorias (*n* = 121)..... 71
Gráfico 11. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gravidade da doença hepática medida pelo MELD - 2 categorias (*n* = 121)..... 72
Gráfico 12. Distribuição dos pacientes por tempo de espera na lista para transplante de fígado (*n* = 121)..... 72
Gráfico 13. Freqüências das queixas somáticas moderadas e graves do BDI apresentadas por pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Porcentagem e freqüência das variáveis sócio-demográficas relacionadas à depressão em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 67

Tabela 2 – Dados de dispersão, valores de média ± desvio-padrão, mínimo-máximo e mediana das variáveis sócio-demográficas relacionadas à depressão em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 69

Tabela 3 - Relação entre depressão e variáveis clínicas da doença hepática em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121).... 73

Tabela 4 – Queixas somáticas moderadas e graves do BDI relacionadas à depressão, gravidade e etiologia da doença hepática, em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 75

Tabela 5 - Relação entre depressão e escores de qualidade de vida nos diferentes domínios, em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 76

Tabela 6 - Relação entre queixas somáticas do BDI e escores de qualidade de vida nos diferentes domínios, em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)..... 78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHOQoL-BREF	World Health Organization Quality of Life-Bref
BDI	Beck Depression Inventory
BDI-13	Subescala Cognitivo-afetiva do BDI
MELD	Model for End-stage Liver Disease
Child	Child-Turcotte-Pugh
CBP	Cirrose Biliar Primária
CBS	Cirrose Biliar Secundária
CH-VHB	Cirrose Hepática por vírus da hepatite B
CH-VHC	Cirrose Hepática por vírus da hepatite C
PAF	Polineuropatia Amiloidótica Familiar
CHC	Carcinoma Hepatocelular
Pré-TF	Pré-transplante de fígado
Pós-TF	Pós-transplante de fígado

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO**..... 17
1.1 Estados psicológicos e qualidade de vida no pré-transplante 21
1.2 Estados psicológicos e qualidade de vida no pós-transplante..... 27
1.3 Interação entre alcoolismo e estado psicológico..... 30
1.4 Assistência psicológica no transplante de fígado..... 32

2. OBJETIVOS..... 41

3. METODOLOGIA..... 45
3.1 Participantes do estudo..... 47
3.2 Local de realização da pesquisa..... 49
3.3 Instrumentos de avaliação..... 49
3.4 Procedimento..... 51

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... 53
5. ANÁLISE DOS DADOS..... 57
6. RESULTADOS..... 63
7. DISCUSSÃO..... 81
8. CONCLUSÕES..... 93
9. REFERÊNCIAS..... 97

10. APÊNDICES..... 109
A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 111
B: Roteiro de Entrevista Psicológica..... 113
C: Legenda das variáveis e agrupamentos 115
D: Tabela completa dos dados obtidos..... 118

11. ANEXOS 121
A: Beck Depression Inventory (BDI) 123
B: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQoL-BREF 125
C: Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa 129
D: Lista de descritores 131

1. INTRODUÇÃO

A cirrose hepática (CH) constitui um grupo de doenças que afeta mais da metade dos pacientes submetidos a transplante de fígado (TF). A qualidade de vida destes pacientes é freqüentemente pobre, tipicamente sendo afetada pela fadiga, ascite (acúmulo de líquido na cavidade abdominal), encefalopatia hepática (efeito da toxicidade da amônia no cérebro) e sangramento gastrointestinal (ROCKEY, 2006).

Há alguns anos, o tratamento das doenças hepáticas crônicas era desalentador. Sem dúvida, o transplante do fígado foi o avanço espetacular da hepatologia moderna. Atualmente o transplante de fígado é um tratamento eficaz nas hepatopatias crônicas e apresenta um índice de sobrevivência de 80% nos primeiros três anos. É, portanto, uma alternativa de tratamento indicado nos casos terminais, onde a mortalidade com tratamentos conservadores pode atingir 70% ao final de 12 meses. Basicamente, a indicação do transplante hepático tem por objetivo prolongar a vida do paciente, proporcionando qualidade de vida satisfatória e recuperação da capacidade para o trabalho (CASTRO E SILVA JÚNIOR *et al.*, 2002). De acordo com dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)[1] foram realizados 1025 transplantes de fígado no Brasil em 2006. No ano de 2007 foram realizados 431 transplantes só no estado de São Paulo (informação verbal)[2].

Embora o índice de sobrevida de pacientes submetidos a transplante de fígado seja altamente satisfatório, um dos mais importantes objetivos de uma equipe de transplante atualmente é o de proporcionar melhora significativa na

[1] ABTO. Disponível em: < http://www.abto.org.br >. Acesso em 15 jan. 2008.
[2] Informação fornecida pela Central de Transplantes do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, janeiro 2008.

qualidade de vida e no funcionamento psicossocial destes pacientes (BLANCH *et al*., 2004).

Atualmente, os índices de qualidade de vida são bastante reconhecidos como cruciais nos resultados das intervenções terapêuticas. Com o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, os avanços no tratamento desses agravos permitiram um aumento na sobrevida, tornando o interesse pela qualidade de vida como um indicador na área da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Deparar-se com o diagnóstico da doença e tomar conhecimento de seu tratamento, em muitos casos, pode provocar no paciente reflexões quanto ao ser, à vida, à morte, aos valores, entre outras. Nestes pacientes, que vivem numa condição instável quanto às expectativas de sobrevivência, a qualidade de vida pode ser prejudicada devido à progressão clínica da doença e presença de complicações relativas à hepatopatia, restrições na vida social e à necessidade de uso prolongado de medicação, todas tendo um forte impacto no estado psicológico, nas atividades diárias e no desenvolvimento social. Essas mudanças desencadeiam no indivíduo dificuldades subjetivas importantes que vão desde alterações na dinâmica familiar até o desamparo psicológico com sintomas de ansiedade, fobia, obsessão e depressão nos mais variados níveis (DE BONA *et al.*, 2000).

1.1 Estados psicológicos e qualidade de vida no pré-transplante

A doença crônica é um fator causador de estresse e comumente produz alterações psicológicas negativas e a espera pela doação de órgão pode exacerbar esse estresse (STILLEY; MILLER; TARTER, 1997). O período de preparação e espera em lista para transplante pode ser extremamente ansiogênico. A crescente demanda mundial por órgãos excede sua disponibilidade, tendendo a aumentar o tempo de espera e a mortalidade dos pacientes na lista, tornando-se este um importante fator de estresse psicológico (GOETZMANN *et al*., 2006a; SAINZ-BARRIGA *et al*., 2005).

O momento da inclusão do paciente em lista de espera para o transplante pode ter efeitos positivos ou negativos de acordo com cada paciente. Em alguns casos, a inclusão tem um efeito de instilação de esperança de vida e até mesmo possibilita uma reorganização psíquica e social. Em outros, pode ser reconhecido pelo doente como uma constatação de que a doença está avançando e que portanto não lhe resta outra possibilidade de tratamento (MARTINS *et al*., 2006).

Ao investigar pacientes em lista de espera para transplante de coração, rim e fígado, Díaz-Domínguez *et al*. (2006) encontraram níveis significativamente maiores de ansiedade e depressão em hepatopatas do que nos pacientes com outras patologias.

O estado psicológico de pacientes com cirrose hepática é severamente comprometido. O prejuízo da função psicológica estende-se a diferentes aspectos do estado mental, sendo a depressão apenas a manifestação mais aparente da piora deste estado (BIANCHI *et al*., 2005).

É importante que o paciente tenha clareza de sua real motivação para o transplante. É comum que alguns pacientes apresentem ambivalência sobre o desejo de submeter-se à cirurgia. Para Levenson e Olbrisch (1993), certos pacientes podem estar em processo de negação da gravidade de sua doença, decorrendo daí dificuldades para engajar-se no tratamento.

Com relação aos fatores psicológicos é importante reconhecer que aspectos da doença hepática podem estar envolvidos no quadro psíquico, tal como a encefalopatia hepática, que contribui para alterações de humor e personalidade (O´CARROL *et al*., 2003). A falta de energia, perda do apetite e problemas de sono podem ser sintomas de depressão ou efeitos da doença hepática (DEW; SWITZER; DI MARTINI, 2000).

A presença de alterações psicológicas negativas antes do TF tende a persistir após a cirurgia e está obviamente associada a não-adesão ao tratamento, principalmente em pacientes que apresentam depressão não tratada antes do procedimento (BUNZEL; LAEDERACH-HOFMANN, 2000; LEVENSON; OLBRISCH, 2000).

Segundo o Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), nos episódios depressivos típicos (leve, moderado ou grave), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum, assim como outros sintomas: a) concentração e atenção reduzidas; b) auto-estima e autoconfiança reduzidas; c) idéias de culpa e inutilidade; d) visões desoladas e pessimistas do futuro; e) idéias ou atos autolesivos ou suicídio; f) sono perturbado; g) apetite diminuído. Um

transtorno depressivo deve ser levado em consideração quando o quadro apresentado é caracterizado por episódios repetidos de depressão.

Trevisan (2004), em recente revisão sobre os transtornos depressivos, alerta que mesmo sendo bem definidos fenomenologicamente, há um conjunto de sintomas peculiares manifestados nos mais variados contextos psicológicos, biológicos e sociais.

Parecem haver vários fatores que contribuem para a causa dos transtornos depressivos. No entanto, o papel dos eventos de vida atuando como desencadeadores ou mantenedores dos quadros aponta para a importância do fator psicológico no desenvolvimento da cronicidade (SCOTT; BARKER; ECCLESTON, 1988).

Evidências sugerem um aumento da freqüência de depressão maior nos pacientes com doenças físicas. Por outro lado, indivíduos com quadros depressivos podem estar mais vulneráveis a desenvolver doença física ou interferir negativamente quando esta já está instalada. Como resultado dessa interação, as pesquisas destacam: descompensação da doença de base, dificuldade na adesão ao tratamento, maior tempo de recuperação pós-cirúrgica (SEBASTIANI; MAIA, 2005), maior prejuízo funcional, pior qualidade de vida e maior mortalidade. A identificação de depressão em pessoas com doenças físicas é mais difícil devido aos sintomas vegetativos e somáticos comuns tanto nos quadros depressivos como nas doenças crônicas.

Há evidências de maior risco de morbidade física e mortalidade em indivíduos com depressão (Herrmann *et al*., 1998; Pennix *et al*., 1999) que sugerem uma importante associação entre fatores psicológicos e início e progressão de doenças.

Ao avaliar quais dos sintomas depressivos estavam mais comumente associados à mortalidade em pacientes hospitalizados, Furlanetto *et al*. (2000) encontraram que anedonia, desesperança, sentimento de inutilidade e dificuldade para tomar decisões estavam significativamente aumentados nos pacientes que vieram a falecer. Dos sintomas vegetativos, apenas insônia foi preditiva para morte.

Em suas pesquisas, Beck *et al*. (1975) também encontraram estreita ligação entre desesperança e suicídio, sugerindo que o fator desesperança contribui mais para predizer o suicídio do que somente a depressão.

No Grupo Integrado de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) observa-se que alguns pacientes apresentam ideação suicida, mais comumente na primeira fase do tratamento, quando são comunicados o diagnóstico e a proposta terapêutica, no caso o transplante. Na presente pesquisa não se registrou a ideação suicida separadamente, ou seja, em momento posterior à aplicação da escala BDI. No entanto, a literatura aponta uma estreita relação entre suicídio e doença crônica, sendo o risco de suicídio maior nas fases avançadas da doença e entre pacientes que experimentam fadiga significativa (BREITBART, 1987 apud NEZU *et al*., 2003).

Índices significativos de depressão têm sido demonstrados em pacientes com doença hepática e em candidatos ao transplante. Singh *et al*. (1997a) verificaram que pacientes com depressão tiveram percepção da qualidade de vida, manejo adaptativo e estado funcional piores do que pacientes sem depressão. Neste estudo o índice de sobrevivência pré-transplante foi

significativamente menor em pacientes deprimidos do que em pacientes sem depressão.

Outro fator a ser considerado é que a doença hepática gera uma série de alterações no funcionamento e na aparência, provocando no indivíduo os sentimentos mais variados a depender da sua história de vida, sua capacidade para enfrentar tal situação e principalmente do significado que é dado a essa nova condição. A transformação do corpo nas fases avançadas da doença pode ter impacto significativo na condição emocional. O estresse e a depressão podem ser resultado da preocupação com a imagem corporal e levam também a mudanças em outras áreas de vida do paciente e sua família, tais como relacionamento sexual, auto-estima e transtornos psíquicos (NEZU *et al*., 2003). Há variações, também, relacionadas a gênero. DI Martini *et al*. (2004) relataram ter encontrado depressão em 70% das mulheres receptoras de transplante de fígado em comparação a 32% dos homens.

A piora da saúde, a incerteza sobre a possibilidade do TF e a incapacidade para o trabalho e para as atividades diárias podem aumentar o risco de depressão e/ou ansiedade no candidato (CLAAR, 2006).

Assim como em outros estudos, Karam *et al*. (2003) mostraram a relação entre qualidade de vida e gravidade da doença. Em pacientes listados para transplante, nervosismo, sonolência e oscilações do humor estavam presentes em 70% dos pacientes com piores condições clínicas.

Em investigação sobre a qualidade de vida, levando-se em consideração uma amostra mais ampla (n = 1175) e com subgrupos divididos por estádios da cirrose hepática, Van Der Plas *et al*. (2003) concluíram que a qualidade de vida é pior em indivíduos com CH descompensada do que em indivíduos com CH

compensada e não-cirróticos. Com relação à função sexual, o pesquisador identificou que pacientes com CH descompensada apresentaram diminuição do interesse e da atividade sexual, culminando na interferência da qualidade de vida.

Diferentes resultados têm sido encontrados nos estudos relacionando pacientes portadores de vírus da hepatite C (VHC) com estado psicológico e qualidade de vida. Em estudo realizado por Singh *et al*. (1997a), com pacientes portadores de cirrose hepática causada por VHC, vírus da hepatite B (VHB) e por alcoolismo, foi verificado que o resultado da estimativa da qualidade de vida antes do transplante foi semelhante nos três grupos etiológicos. Houve diferença significativa na melhora da qualidade de vida dos pacientes aos seis meses após o transplante, quando comparados com os resultados anteriores ao procedimento, independentemente da etiologia. Esses achados são semelhantes aos de Sainz-Barriga *et al*. (2005), não sendo possível estabelecer, na amostra com 126 pacientes, que aqueles com VHC têm pior percepção da qualidade de vida quando comparados com doentes por outras etiologias, tanto aqueles em lista de espera como em transplantados.

Por outro lado, pacientes com cirrose decorrente da infecção por VHC têm diminuída a sua capacidade para o trabalho antes e depois do transplante, quando comparados com pacientes com cirrose de outras etiologias (DICKSON *et al*., 1997). Singh *et al*. (1997b) também relacionaram o impacto do VHC com a dimensão psicossocial e a qualidade de vida em candidatos a TF, mostrando que o *distresse* psicológico difere no tipo e na severidade quando comparados com doentes de outras etiologias.

1.2 Estados psicológicos e qualidade de vida no pós-transplante

Um dos primeiros estudos realizados sobre qualidade de vida em doentes hepáticos crônicos transplantados foi conduzido por Starzl *et al*. (1979 apud VAN DER PLAS *et al*., 2003) e demonstrou que a qualidade de vida melhora após TF[3]. Entre os prejuízos citados por pacientes submetidos a transplante estão: diminuição da capacidade para o trabalho, efeitos colaterais da medicação, fadiga, problemas gastrointestinais, alterações mentais, incapacidade ocupacional, aposentadoria precoce e depressão (HOLZNER *et al*., 2001).

É comum pacientes apresentarem, após o procedimento cirúrgico, *delirium*, alterações importantes do humor, dificuldades de adaptação e ansiedade (PÉREZ-SAN-GREGORIO *et al*., 2005).

A qualidade de vida após o TF varia, mas a maior parte dos pacientes relata boa saúde geral, pouca dor corporal e funcionamento físico aceitável. O sucesso do transplante é em parte devido ao cuidado na seleção de candidatos apropriados (ROCKEY, 2006).

Alguns fatores psicossociais de risco também influenciam os resultados do transplante. Braslavsky *et al*. (1999) detectaram que pacientes submetidos a transplante de fígado com suporte social limitado, história de abuso de substância nos cinco anos prévios ao transplante e transtornos psiquiátricos, apresentam maior incidência de rejeição aguda tardia e de não-adesão ao tratamento. Em pacientes que apresentaram nenhum ou apenas um fator

[3] STARZL, T.E.; KOEP,L.J.; SCHROTER, G.P.; HOOD, J.; HALGRIMSON, C.G.; PORTER, K.A.; WEIL, R. 3rd: The quality of life after transplantation. Transplantation Proceedings, v. 11,p. 352-356, 1979.

psicossocial de risco, o índice de não-adesão ao tratamento foi menor que 30%; em pacientes com dois ou três fatores de risco, este índice subiu para 50% e nos casos onde quatro ou mais fatores estavam presentes, 80% encontraram dificuldades significativas na adesão ao tratamento pós-operatório (BUNZEL; LAEDERACH-HOFMANN, 2000). Em tratamentos onde o longo tempo de uso de drogas imunossupressoras é um pré-requisito vital para o bom funcionamento do enxerto e manutenção do órgão transplantado, estes dados mostram a importância das características psicológicas do paciente pré-TF no seguimento pós-cirúrgico.

Em outro estudo, Laederach-Hofmann e Bunzel (2000) detectaram que o esquecimento de tomar a medicação foi apontado como a principal barreira para a adesão ao tratamento. A não-adesão tem sido descrita como responsável por pelo menos 25% das mortes após o período inicial de seguimento pós-TF.

Além dos fatores psicossociais, a depressão pode afetar o resultado do transplante. Com relação à etiologia da doença, a incidência de depressão em pacientes transplantados é maior naqueles em que há recorrência da hepatite C do que naqueles que não apresentam a recorrência da doença. Eles também são mais afetados em sua condição física, têm prejuízo significativo na qualidade de vida (AHMED; KEEFFE, 2001), e distúrbios do humor em geral (SINGH *et al*., 1999). Estes pacientes apresentam piores resultados nas medidas de depressão, especialmente nos itens relacionados a manifestações somáticas, mostrando-se mais vulneráveis a transtornos do humor do que pacientes com VHB e CH por álcool (SINGH *et al*., 1997b).

Com relação à percepção da qualidade de vida após o transplante, Holzner *et al*. (2001), verificaram que as expectativas pré-operatórias dos pacientes transplantados com resultados favoráveis influenciaram pouco a qualidade de vida após o transplante. Pacientes com resultados menos satisfatórios foram muito afetados por estas expectativas. Mais precisamente, pacientes em que o otimismo pré-operatório não foi satisfeito alegaram ter uma qualidade de vida marcadamente menor, quando comparados com aqueles que de início não esperavam que suas vidas voltassem ao normal após o transplante. Expectativas não satisfeitas podem ocasionar desapontamento e aumentar o estresse, que acaba por afetar a qualidade de vida em longo prazo (HOLZNER *et al*., 2001).

Em estudo desenvolvido por Blanch *et al*. (2004) com 266 receptores de transplante de fígado, a qualidade de vida melhorou significativamente. No entanto, foi detectado que mulheres e homens idosos apresentam mais características psicológicas negativas e piores resultados com relação à função sexual após o procedimento. Embora pareça não haver dúvida de que o transplante de fígado melhora a qualidade de vida dos pacientes, o estudo sugere que, de maneira geral, as mulheres parecem ter mais dificuldade do que os homens para se ajustar psicologicamente às conseqüências do transplante.

A relação entre traços de personalidade observados no pré-TF com maiores índices de rejeição do enxerto pós-TF foi estudada por Walter *et al*. (2002). Os pacientes que apresentaram episódio de rejeição aguda, do quarto ao vigésimo dia pós-TF, tinham a percepção de si como submissos,

relativamente controlados, com humor indiferente, emocionalmente abertos e integrados socialmente.

Em 164 pacientes avaliados quanto à qualidade de vida antes e um ano após transplante de fígado, O´Carroll *et al*. (2003) não encontraram diferença significativa na qualidade de vida, fadiga e estados afetivos decorrentes da terapia imunossupressora. No entanto, os elevados níveis de ansiedade na avaliação pré-transplante foram mais associados à deterioração do estado psicológico após um ano de transplante. Por outro lado, o bom estado psíquico observado no primeiro ano foi mantido até o terceiro ano de seguimento do estudo.

Com relação à importância dos familiares, Pérez-San-Gregorio *et al*. (2005) investigaram o estado psicológico de pacientes transplantados e seus familiares e descobriram que a ansiedade em receptores durante a internação era maior naqueles com familiares acometidos por depressão. Isto porque os pacientes acabam não recebendo dos familiares o suporte de que necessitam, resultando em manifestação de incerteza e ansiedade. Isto mostra a importância do estado psicológico também de familiares e cuidadores de pacientes que serão submetidos a transplante de fígado.

1.3 Interação entre alcoolismo e estado psicológico

A cirrose hepática de etiologia alcoólica é uma das principais indicações de transplante de fígado. Atualmente é necessário um período de 6 meses de abstinência ao álcool para que o paciente seja incluído na lista para transplante.

Pacientes com hepatopatia alcoólica podem ser beneficiados com a terapêutica do transplante. No entanto, até 1985, muitos centros relutavam em aceitar a idéia, considerando limitações orgânicas decorrentes do etilismo, maus resultados pós-operatórios, temor da recidiva do consumo alcoólico, pequeno número de doadores e opinião pública adversa (VIEIRA *et al*., 2007).

Mesmo alcançando bons resultados pós-operatórios, essa questão continua controversa ainda hoje. O paciente pode vivenciar a abstinência ao álcool com muita dificuldade. O indivíduo recorre ao reposicionamento subjetivo para enfrentar as demandas exigidas pelos familiares e pela equipe médica. Se por um lado, o paciente busca o transplante, manifestando seu desejo de tratar-se, por outro tem de enfrentar os possíveis desdobramentos de sua abstinência. Essa nova postura pode repercutir de forma singular na vida cotidiana do paciente, produzindo alterações na identidade, nas relações afetivas e sociais. O período de abstinência preconizado nem sempre é acompanhado de bem-estar psíquico nem tampouco assegura a preparação do paciente para o transplante. Em razão disto, alguns autores alegam que o curto período de tempo da abstinência, usado pela maioria dos centros de transplante, não favorece a manutenção da abstinência no pós-transplante (MALDONADO; KEEFFE, 1997) e enfatizam a necessidade de criteriosa seleção destes pacientes.

Dependência ao álcool e episódios de depressão maior ocorrem freqüentemente juntos e podem coexistir independentemente da relação causa-efeito. Contudo, o abuso ao álcool é relatado como indutor de depressão por si. Em pacientes com cirrose hepática de qualquer etiologia, a incidência de depressão parece estar associada ao uso abusivo de álcool, principalmente

naqueles com etilismo ativo. Bianchi *et al*. (2005) investigaram sintomas depressivos em hepatopatas e encontraram uma proporção considerável de pacientes com sintomas depressivos moderados a graves (16%) tal como nos estudos de Kendall *et al*. (1987); Shaw, Vallis e McCabe (1985). Bianchi *et al*. (2005) também encontraram correlação entre a gravidade da doença medida pelo Child[4] e presença de etilismo. A subescala somática do Inventário Beck de Depressão (BDI)[5] também foi mais comprometida neste grupo de pacientes.

Di Martini *et al*. (2004), em estudo realizado com 112 pacientes com cirrose hepática por álcool, verificaram que 36% dos pacientes apresentavam depressão e 12% transtorno de ansiedade antes do procedimento.

Norris *et al*. (2002) também verificaram que depressão moderada ou grave estava mais associada a pacientes jovens (com idade média de 27 anos) e abuso de álcool (53%).

1.4 Assistência psicológica no transplante de fígado

A alocação ética dos órgãos escassos, bem como um risco significativo de mortalidade associada ao transplante de fígado, envolve a oferta dos enxertos aqueles que têm a maior possibilidade de êxito. Candidatos potenciais a transplante são avaliados com critério quanto às comorbidades médicas, sociais e psicológicas que podem afetar adversamente os resultados do transplante (CLAAR, 2006).

Neste sentido, os aspectos afetivo, psicológico e social são importantes marcadores de resultados pós-transplante, especialmente com relação ao

[4] Child-Turcotte-Pugh: escala utilizada para mensurar a gravidade da doença hepática.
[5] Beck Depression Inventory

funcionamento psicológico e à satisfação geral do paciente com sua nova condição de vida (GOETZMANN *et al*., 2007).

Na maioria dos programas de transplante de fígado, a avaliação psicológica de candidatos potenciais a TF tem como objetivo investigar a presença de fatores de risco que incluem história e abuso atual de substância psicoativa e álcool, prejuízo psicológico significativo, rede de suporte social limitada e incapacidade para aderir ao tratamento preparatório para TF (CLAAR, 2006).

Em razão destes aspectos, depressão e alteração mental secundária à doença estarem correlacionados, a assistência psicológica deve abranger a identificação da percepção do paciente com relação aos sintomas apresentados. É importante buscar a compreensão entre o desencadeamento do quadro psíquico, piora clínica e situações de vida que exerceram impacto ou influência sobre o indivíduo, interferindo nas funções pessoais e alterando sua apresentação subjetiva. Segundo Trevisan (2004), a psicoterapia pode ser um componente essencial da resposta terapêutica na depressão.

Apesar de abarcar uma pequena amostra, interessante estudo desenvolvido por Goetzmann *et al*. (2006a) investigou a necessidade de atendimento psicológico, entendida como o desejo do paciente em conversar com o psicólogo uma ou mais vezes, em pacientes antes da inclusão em lista para transplante, e 3 e 6 meses após a inclusão. Os pesquisadores concluíram que os pacientes que expressaram a necessidade pelo atendimento, quase metade o fez na avaliação inicial (antes da inclusão). Foram caracterizados por serem mais jovens e sem parceiro afetivo. Dado relevante apontou que os pacientes incluídos na lista e com Child C (doença avançada) relataram

significativamente menor necessidade pelo atendimento. Nestes pacientes há uma tendência a manifestar estratégias de enfrentamento para lidar com emoções estressantes. Dentre outros fatores, os autores atribuem o desinteresse do paciente pelo atendimento psicológico à crença de que dificuldades psicológicas indicam defeito pessoal que o indivíduo tenta ocultar cuidadosamente, até mesmo durante o processo de transplante.

Com base nos dados encontrados na literatura sobre a influência da condição psíquica nos efeitos do tratamento médico, torna-se importante identificar a depressão. Os sintomas depressivos podem ser identificados de forma rápida e simples a partir de instrumentos que utilizam medidas padronizadas, tornando o diagnóstico objetivo e válido para fins de comparação. O Inventário Beck de Depressão (BDI) é um instrumento de fácil utilização que pode ser auto-administrado ou administrado oralmente. Do ponto de vista clínico pode oferecer subsídios em relação ao conteúdo específico configurado pelos itens assinalados pelo paciente, compreendendo tanto itens cognitivo-afetivos como itens relacionados a queixas somáticas (CUNHA, 2001).

Para os estudos com a versão em português do BDI, o trabalho foi desenvolvido em três grandes amostras: 1388 pacientes psiquiátricos, 531 pacientes de clínica médica e 2476 participantes da comunidade (amostra não-clínica), totalizando 4395 indivíduos (CUNHA, 2001). Assim, o desenvolvimento do estudo sobre o BDI tornou possível sua adaptação para pesquisas com a população brasileira.

Devido a suas propriedades psicométricas, o BDI tem sido extensamente utilizado em pesquisas com amostras clínicas. No entanto, há

considerações no que se refere ao uso da escala completa nestes pacientes. Beck e Steer (1993) enfatizam que os sintomas da doença de base possam afetar o resultado total do instrumento pela sobreposição de sintomas físicos presentes, tanto nos quadros depressivos como em outras doenças, sendo recomendado a divisão do BDI total entre as subescalas Cognitivo-afetiva e Queixas Somáticas e Desempenho.

Em sua estrutura, o BDI tem um subgrupo de itens cognitivo-afetivos (Subescala Cognitivo-Afetiva) composta pelos primeiros 13 itens do BDI, que avaliam os sintomas de tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, culpa, sentimento de punição, desgosto consigo, auto-acusação, ideação suicida, choro fácil, irritabilidade, perda do interesse pelas pessoas e indecisão. No Brasil, Furlanetto *et al*. (2005) validaram a versão abreviada do BDI, denominado BDI Short-Form (BDI-SF) ou BDI-13, determinando os escores mais adequados para detectar episódios depressivos moderados e graves de acordo com o CID-10, em pacientes internados com condições médicas heterogêneas. Outro subgrupo inclui itens relacionados a queixas somáticas e vegetativas (Subescala Queixas Somáticas e Desempenho) que contemplam os sintomas: mudança na auto-imagem, dificuldade para trabalhar, insônia, fadiga, falta de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda de libido.

Golden; Conroy e O´Dwyer (2007) compararam as escalas HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), BDI e BDI-FS (Fast Screen, esta versão difere da versão Short Form brasileira), e concluíram que o BDI-FS é bem direcionada para os aspectos cognitivo-afetivos e apresenta maior valor preditivo negativo, sugerindo que a escala tem consistência para excluir

suspeitas de depressão, quando o objetivo for a detecção. Neste estudo, a depressão foi identificada em 28% dos 88 pacientes com hepatite C.

A variabilidade nos índices de prevalência da depressão pode estar relacionada ao tipo de mensuração utilizada e aos critérios diagnósticos empregados, sugerindo que melhores e mais rigorosos métodos devem ser utilizados para determinar os índices de prevalência de depressão.

Deve-se ressaltar também que muitos pacientes não preencham critérios para depressão maior, mas já tenham sofrimento psíquico suficiente para obter pontuação nas escalas de depressão (FURLANETTO *et al*., 2006).

Muitos candidatos submetidos a avaliação psicológica pré-TF já vivenciaram complicações da doença hepática crônica e muitos experimentarão reações de ajustamento típicas, tais como ansiedade, depressão, raiva, medo, perda da independência e frustração (PONTILLO, 2006). A prevalência de ansiedade e depressão é de quatro a vinte vezes mais comum entre pacientes que aguardam transplante (de qualquer órgão) do que na população geral (DOBBELS *et al*., 2001). Segundo O´Carrol *et al*. (2003) a prevalência de transtornos de personalidade em candidatos a transplante varia de 11% a 35% quando comparados com a população geral. Estes pacientes devem ser encorajados a iniciar tratamento psicológico e/ou psiquiátrico a fim de melhorar seu funcionamento emocional e físico, considerando-se que poderão apresentar aumento de complicações no seguimento após o transplante (CLAAR, 2006).

A depressão foi apontada como o mais comum entre os quadros apresentados por pacientes submetidos a diferentes tipos de transplante. Não está clara a extensão do impacto da doença mental sobre o resultado final do

procedimento. Fatores como capacidade do paciente em discriminar aspectos positivos e negativos do transplante, expectativas realistas, coerência com planos de vida, capacidade de reagir a estresse e de suportar frustração parecem estar relacionados a bons resultados pós-operatórios (MESSIAS; SKOTZKO, 2000).

As características da doença hepática e da recuperação pós-cirúrgica do paciente têm sido extensamente relatadas como um impacto negativo na qualidade de vida destes doentes, somando-se ainda a deterioração do bem-estar psicológico. Assim, espera-se que com a restituição do estado de saúde após o transplante, o paciente possa sentir melhora na sua qualidade de vida, ainda que esta seja menor que a descrita na população geral (DE BONA *et al*., 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento para avaliação da qualidade de vida WHOQoL-100 (World Health Organization Quality of Life) a partir de uma colaboração internacional, para torná-lo fidedigno e confiável. O instrumento mostrou-se com propriedades psicométricas satisfatórias podendo ser aplicado em diferentes culturas (O´CARROL *et al*., 2000). Segundo o Grupo de Pesquisa em Qualidade de Vida da OMS (WHOQoL GROUP, 1998), esta pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O reconhecimento da multidimensionalidade do constructo refletiu-se na estrutura do instrumento que a OMS organizou, baseada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A fim de possibilitar uma aplicação que demandasse pouco tempo para seu preenchimento, desenvolveu-se uma versão abreviada (WHOQoL-BREF), reproduzindo a mesma qualidade psicométrica do WHOQoL-100. No Brasil, Fleck *et al*. (2000) validaram a versão abreviada aplicando-a em uma amostra de 300 pacientes da cidade de Porto Alegre[6]. Os pesquisadores dividiram os pacientes em cinco grupos relacionado-os à sua origem (psiquiatria, clínica, ginecologia, cirurgia e controle) e demonstraram que o instrumento apresenta características psicométricas satisfatórias.

Há um claro consenso de que o transplante de fígado melhora a qualidade de vida apesar da heterogeneidade dos instrumentos, metodologias adotadas e diferenças culturais que seriam esperados a influenciar tal percepção. Para tanto, é importante conhecer as características psicológicas e relacionadas à doença dos pacientes candidatos a transplante de fígado.

Em resumo, a percepção da qualidade de vida pelo paciente antes do transplante de fígado e a percepção de como o transplante poderá alterá-la, bem como a ocorrência de transtornos psicológicos, em especial de depressão no paciente pré-transplante, parecem estar associados à adesão ao tratamento e ao resultado final do procedimento. Enquanto numerosos estudos têm avaliado os impactos clínicos da cirrose hepática e outras doenças tratáveis com transplante de fígado, pouco se sabe sobre a influência de fatores psicológicos sobre os resultados médicos e o bem-estar físico e psíquico de pacientes transplantados.

Para fins de compreender esta amostra específica de pacientes tratados pelo Grupo Integrado de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP optou-se por

[6] Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

utilizar, na avaliação psicológica, instrumentos que permitissem a compreensão e mensuração de forma sistematizada sobre qualidade de vida e depressão.

2. OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é descrever o estado psicológico e a percepção da qualidade de vida de pacientes com doença hepática, candidatos a transplante de fígado.

Específicos

1. Descrever as características sócio-demográficas, psicológicas e clínicas dos pacientes candidatos a transplante de fígado;
2. Avaliar a qualidade de vida em relação à presença de depressão medida pelo BDI-13, etiologia e gravidade da doença hepática (Child e MELD)[7], comorbidades médicas (tumor hepático e etilismo), tempo em lista de espera e expectativa após o transplante;
3. Avaliar a presença de depressão medida pelo BDI-13 em relação às características sócio-demográficas, queixas somáticas do BDI, gravidade e etiologia da doença hepática, comorbidades médicas, tempo em lista de espera e expectativa após o transplante;
4. Descrever a freqüência de respostas moderadas e graves em cada queixa da Subescala Somática e Desempenho do BDI e relacioná-la à gravidade e etiologia da doença hepática e diagnóstico principal.

[7] *Child-Turcotte-Pugh* e *Model for End-stage Liver Disease* são escalas de gravidade da doença hepática.

3. METODOLOGIA

3.1 Participantes do estudo

Foram estudados 121 pacientes com doença hepática crônica em tratamento no HCFMRP-USP, que estiveram em investigação clínico-cirúrgica para transplante de fígado. No HCFMRP-USP o número de inscrições em lista de espera para transplante de fígado de janeiro de 2001 a janeiro de 2008 foi de 341 pacientes e atualmente[8] há 110 pacientes inscritos no Sistema Estadual de Transplantes do Estado de São Paulo. Este número pode variar em função da saída de pacientes da lista, quer seja por terem sido transplantados ou por contra-indicação posterior. Em geral a exclusão do paciente da lista reflete as características crônicas da doença, marcadas pela progressão e gravidade, que levam a óbito 30% desses doentes.

Dentre os principais critérios médicos adotados para a inclusão do paciente em lista de espera para transplante de fígado a ser realizado no HCFMRP-USP estão:

1. Etiologia da doença:

- Cirrose Biliar Primária
- Cirrose Biliar Secundária
- Cirrose Hepática por Álcool
- Cirrose Hepática Autoimune
- Cirrose Hepática por Vírus da Hepatite B
- Cirrose Hepática por Vírus da Hepatite C
- Cirrose Hepática Criptogênica

[8] Informação fornecida pela Central de Transplantes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 15 jan. 2008.

- Carcinoma Hepatocelular
- Polineuropatia Amiloidótica Familiar;

2. Gravidade da doença:

- MELD: *Model for End-stage Liver Disease* – critério de gravidade do estado clínico do paciente que passou a vigorar no Brasil[9] em junho de 2006 e determina a ordem de espera na lista, de modo que pacientes com maior valor de MELD recebam prioridade para o transplante;
- Escala Child-Turcotte-Pugh (Child) que classifica a doença em três níveis de gravidade: A, doença assintomática; B, nível moderado de gravidade e C, nível avançado da doença.

Os critérios para inclusão dos pacientes no estudo foram:

- Estar em seguimento no Ambulatório de Transplante de Fígado do HCFMRP – USP
- Ter idade igual ou superior a 19 anos
- Apresentar doença hepática crônica por pelo menos uma das etiologias de critério para transplante
- Não apresentar diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico
- Aceitar participar do estudo
- Concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão foram:

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.160, de 29 de maio de 2006. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. **Lex**: Diário Oficial da União, Edição Número 103.

- Pacientes em estado de encefalopatia hepática diagnosticada pelo médico em qualquer nível no dia da aplicação do estudo
- Comprometimento cognitivo ou de nível instrucional em grau que dificultasse a compreensão das questões feitas pela pesquisadora.

Participaram do estudo 121 pacientes de ambos os sexos, com variadas etiologias da doença e diferentes níveis de gravidade, que interferem, segundo a literatura, na característica psicológica destes pacientes. Trata-se, portanto, de estudo tipo transversal descritivo.

3.2 Local de realização da pesquisa

A aplicação dos instrumentos foi realizada numa sala privativa, com pouco barulho e sem interferência de outras pessoas, no Ambulatório de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Foram registrados os dados sócio-demográficos idade, sexo, estado civil, nível instrucional e renda.

3.3.2 Como parte da investigação psicológica foi realizada entrevista semi-estruturada que já estava incluída na rotina de atendimento (Apêndice B). Estes dados não foram utilizados na presente dissertação.

3.3.3 Para a investigação da presença e nível de depressão foi utilizado o BDI (Beck *et al.*, 1961), sendo utilizada a versão validada em português (Cunha, 2001). É uma escala de auto-relato, consiste de 21 itens, cada um com

quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de sintomas depressivos cuja intensidade varia de zero a três. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade dos sintomas depressivos que variam de mínimos a graves (Anexo A). Os autores propuseram que a escala fosse dividida em duas subescalas. Os itens de 1 a 13 são referentes à Subescala Cognitivo-afetiva (BDI-13) e avaliam os sintomas: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, culpa, sentimento de punição, desgosto consigo, auto-acusação, ideação suicida, choro fácil, irritabilidade, perda do interesse pelas pessoas e indecisão; e os itens de 14 a 21 referem-se à Subescala Queixas Somáticas e Desempenho e avaliam os sintomas: mudança na imagem corporal, dificuldades para trabalhar, insônia, fadiga, falta de apetite, perda de peso, preocupação com sintomas somáticos e perda de libido. A fim de torná-la mais adequada para utilização em pessoas com doenças físicas, como no presente estudo, optou-se por analisar apenas os dados do BDI-13, evitando desta forma a sobreposição de sintomas somáticos da depressão com os sintomas da doença hepática.

3.3.4 Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQoL-BREF) desenvolvido pela Divisão de Saúde Mental da OMS e validado para o Brasil (FLECK *et al.*, 2000). O instrumento consta de 2 questões gerais e 24 questões específicas relacionadas às áreas física, psicológica, relações sociais e meio ambiente, no formato de perguntas objetivas para assinalar. O escore do instrumento pode variar de quatro (percepção ruim da qualidade de vida) a 20 (percepção muito boa da qualidade de vida). Pode ser auto-administrado ou aplicado pelo pesquisador

na forma de leitura, com variação do tempo para aplicação do instrumento entre 15 e 25 minutos (Anexo B).

3.3.5 Os dados clínicos referentes à etiologia da doença, classificação de gravidade (medida pelo Child e MELD) e comorbidades foram obtidas através do prontuário médico do paciente.

3.4 Procedimento

O presente estudo foi realizado a partir da rotina de atendimento aos pacientes com doença hepática crônica do HCFMRP-USP. Todos os pacientes são acompanhados no pré e pós-operatórios, por uma equipe interdisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, dentista, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. A fim de verificar a presença de critérios médicos indicativos para transplante de fígado, os pacientes são submetidos à triagem médica e caso a indicação seja confirmada, são encaminhados para as avaliações subseqüentes das outras especialidades.

Todos os pacientes candidatos a transplante de fígado passam por avaliação psicológica, através de entrevista clínica semi-estruturada, independentemente de já terem sido incluídos na lista de espera para transplante. A avaliação psicológica pode ocorrer em uma ou mais entrevistas, a depender de cada caso. Se detectada a necessidade de intervenção psicológica, a assistência psicológica pode estender-se por todo o tratamento até o pós-operatório de transplante, sempre de acordo com as necessidades apontadas pela avaliação inicial, pelo paciente e/ou equipe, podendo variar o número de sessões e o tempo do tratamento.

As escalas e as entrevistas foram aplicadas em 62 pacientes no período de abril de 2002 a dezembro de 2003 e em 59 pacientes no período de setembro de 2005 a abril de 2007. A interrupção da coleta de dados de janeiro de 2004 a agosto de 2005 deveu-se a rearranjos organizacionais da equipe. Como os procedimentos de atendimento, aplicação dos instrumentos e características dos pacientes não mudaram nos dois períodos de coleta de dados, e por tratar-se de um estudo descritivo, não se viu problemas em agrupar os dados dos dois períodos para assim aumentar o *n* e a representatividade dos dados. A participação dos pacientes obedeceu à ordem de chegada para avaliação psicológica no ambulatório de pré-transplante. No entanto, 15 pacientes que já haviam realizado de uma a doze consultas com a psicóloga também foram convidados a participar da pesquisa, uma vez que as atividades do ambulatório já ocorriam quando o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP-USP e da FMRP-USP. Para a aplicação dos instrumentos, optou-se por não limitar a coleta de dados a um determinado momento do tratamento médico ou de inclusão em lista de espera, a fim de poder contemplar um maior número de pacientes para o estudo. Estas variáveis foram registradas e serão utilizadas na análise dos dados.

Os instrumentos foram aplicados uma única vez e em um só momento do tratamento, variando desde imediatamente antes da inclusão em lista até vários meses após a inclusão em lista de espera para transplante de fígado. A entrevista clínica inicial e todo o atendimento psicológico foram realizados normalmente também com os pacientes que recusaram sua participação na pesquisa.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP-USP e da FMRP-USP sob processo nº 1077/2002, aprovado em 04/03/2002. A coleta de dados só foi iniciada após esta data.

Inicialmente o projeto previa a inclusão de 30 pacientes. No entanto esta amostra revelou-se insuficiente para a análise dos dados dos subgrupos, necessitando ser aumentada para efeitos de análise estatística. Foi então solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa a extensão do número de pacientes, sendo aprovado em 26/02/2007 (Anexo C).

5. ANÁLISE DOS DADOS

Para representar as variáveis qualitativas foram utilizadas as freqüências, absoluta (*n*) e relativa (porcentagem, %), e as variáveis quantitativas, média, desvio-padrão (dp, ±), mediana, valores mínimos e máximos.

Adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição normal das variáveis e como a hipótese de normalidade foi rejeitada em grande parte, foram aplicados testes não-paramétricos nas análises comparativas.

Os dados sócio-demográficos foram submetidos a análises descritivas e relacionados às variáveis depressão, qualidade de vida e MELD.

A análise quantitativa dos dados da escala completa do BDI teve o único objetivo de descrever a prevalência da depressão caso tivesse sido usada esta medida. Para a realização das análises comparativas, utilizou-se apenas os dados do BDI-13, seguindo as normas padronizadas por Beck *et al*. (1961) e validadas para a versão brasileira por Furlanetto *et al*. (2005), sendo considerados "deprimidos" os pacientes que obtiveram pontuação acima de 10 na Subescala Cognitivo-afetiva. Esses dados foram relacionados, através do Teste de $\aleph^2$, com as variáveis sexo, estado civil, queixas somáticas, etilismo, expectativa com relação à vida no pós-transplante, diagnóstico principal e Child. Na relação do BDI-13 com as variáveis idade, renda, nível instrucional e qualidade de vida utilizou-se o Teste Não-Paramétrico de *Mann-Whitney.* Na relação com a variável carcinoma hepatocelular empregou-se o Teste Exato de Fisher. Na relação do BDI-13 com tempo em lista de espera e MELD empregou-se a Regressão Logística. Na Subescala Queixas Somáticas e Desempenho do BDI foram descritas as freqüências de sintomas depressivos

moderados e graves presentes em cada uma das questões, mudança da imagem corporal, dificuldades para trabalhar, insônia, fadiga, falta de apetite, perda de peso, preocupações com sintomas somáticos e perda da libido e relacionados com a etiologia e gravidade da doença hepática (Child e MELD) e diagnóstico principal.

Para a categorização da escala Child de gravidade da doença hepática utilizou-se a categorização empregada na prática médica, dividindo-se em níveis A. B e C. Para a categorização da escala MELD, optou-se por utilizar o ponto de corte 15, divididos em dois grupos: ≤ 15 e > 15. Esse valor foi apontado por Cholongitas *et al*. (2006); Merion *et al*. (2003) como demonstrativo do comprometimento significativo da sobrevida dos pacientes com doença hepática. Esse modelo também foi utilizado no Brasil por Gotardo (2007).

A análise do instrumento WHOQoL-BREF foi realizada de acordo com as normas padronizadas pelos autores. Inicialmente foram definidas a média, desvio padrão, valor mínimo e máximo em cada um dos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Foram realizadas as comparações entre qualidade de vida e diagnósticos, perda da libido, fadiga e mudança na imagem corporal utilizando-se o Teste Não-Paramétrico de *Mann-Whitney*. Para as análises do WHOQol-BREF com Child, tempo de espera e expectativa, foi aplicado o Teste Não-Paramétrico de Kruskal-Wallis.

A fim de atingir os objetivos descritos, foi realizada análise exploratória dos dados (PAGANO; GAUVREAU, 2004) através do programa *SPSS* versão 13.0.

Para fins de realização da defesa da dissertação de mestrado não foram efetuadas as análises qualitativas relativas às verbalizações dos pacientes. Estas serão efetuadas em trabalho posterior.

6. RESULTADOS

Participaram do estudo 121 pacientes, candidatos a transplante de fígado, em seguimento no Ambulatório de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP.

No Gráfico 1 são apresentados os dados referentes à distribuição dos pacientes por gênero.

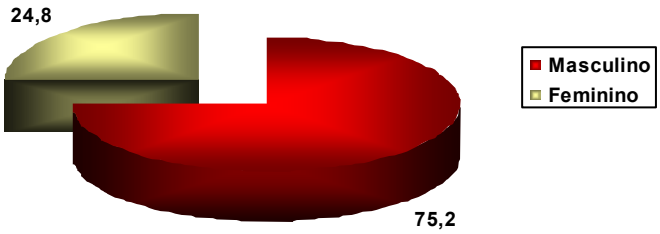


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gênero (*n* = 121)

Dentre os pacientes avaliados, nota-se a predominância de pacientes do sexo masculino.

O Gráfico 2 refere-se ao estado civil de pacientes candidatos a transplante de fígado.

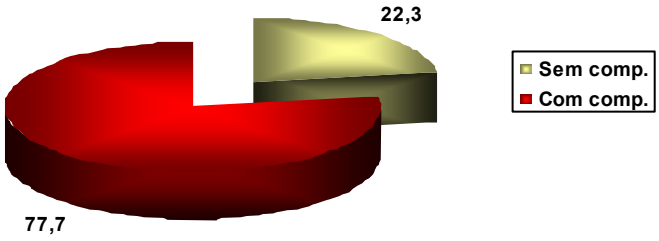


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por estado civil (*n* = 121)

Nota-se predominância dos pacientes com união estável.

O Gráfico 3 apresenta a freqüência da depressão utilizando-se as duas formas para classificação. Permite a comparação entre a versão completa do BDI *versus* BDI-13 (apenas aspectos psicológicos).

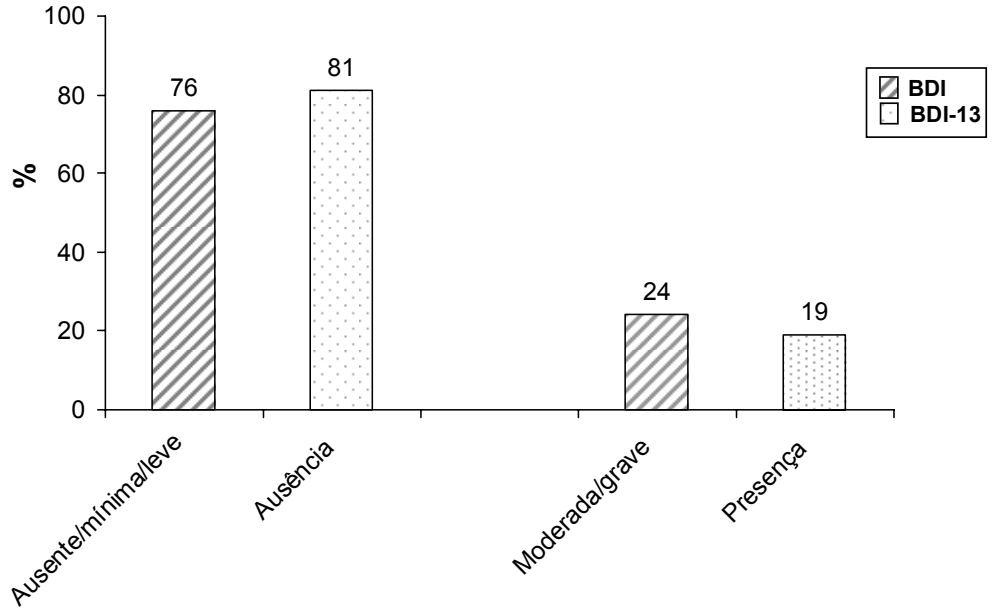


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por nível de sintomas depressivos medidos pelo BDI total e depressão medida pelo BDI-13 em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

Nota-se que, ao desconsiderar os sintomas somáticos do BDI, há um decréscimo de 5% na incidência de depressão, medida pelo BDI-13.

Na Tabela 1 são apresentados os dados sócio-demográficos sexo e estado civil relacionados à depressão.

Tabela 1 – Porcentagem e freqüência das variáveis sócio-demográficas e depressão em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

VARIÁVEL	DEPRESSÃO – BDI-13	
	Ausência [(a)]	**Presença** [(b)]
	% (*n*)	**% (*n*)**
SEXO		
Masculino	83,5 (76)	16,5 (15)
Feminino	73,3 (22)	26,7 (8)
ESTADO CIVIL		
Sem companheiro (a)	77,8 (21)	22,2 (6)
Com companheiro (a)	81,9 (77)	18,1 (17)

(a), 98 pacientes; (b), 23 pacientes.

Não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos ou estado civil quanto à presença de depressão.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição dos pacientes por faixa etária.

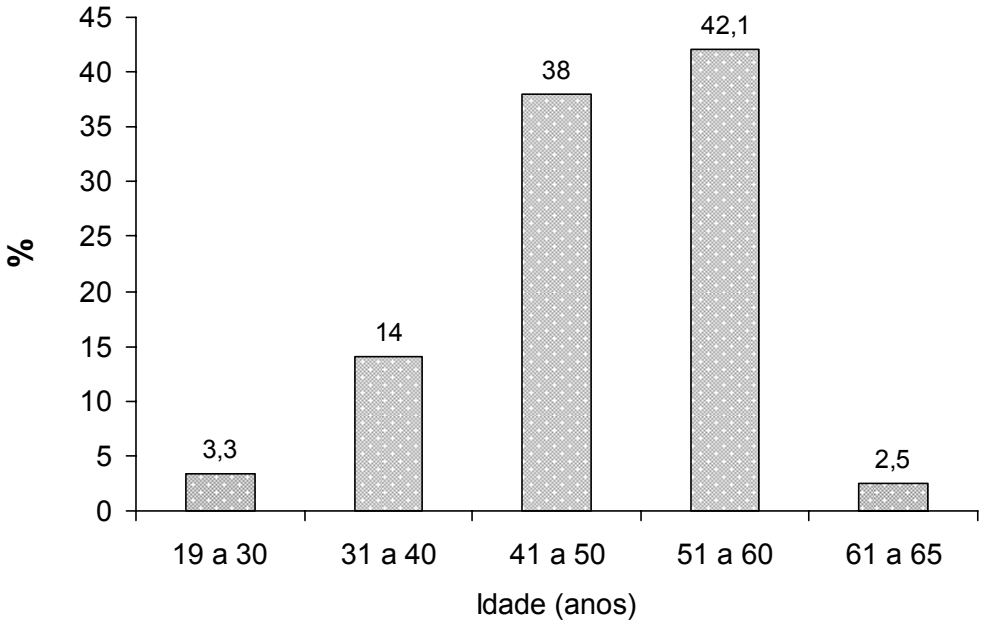


Gráfico 4. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por faixa etária

Nota-se a predominância de pacientes entre 41 e 60 anos de idade.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição dos pacientes por nível instrucional.

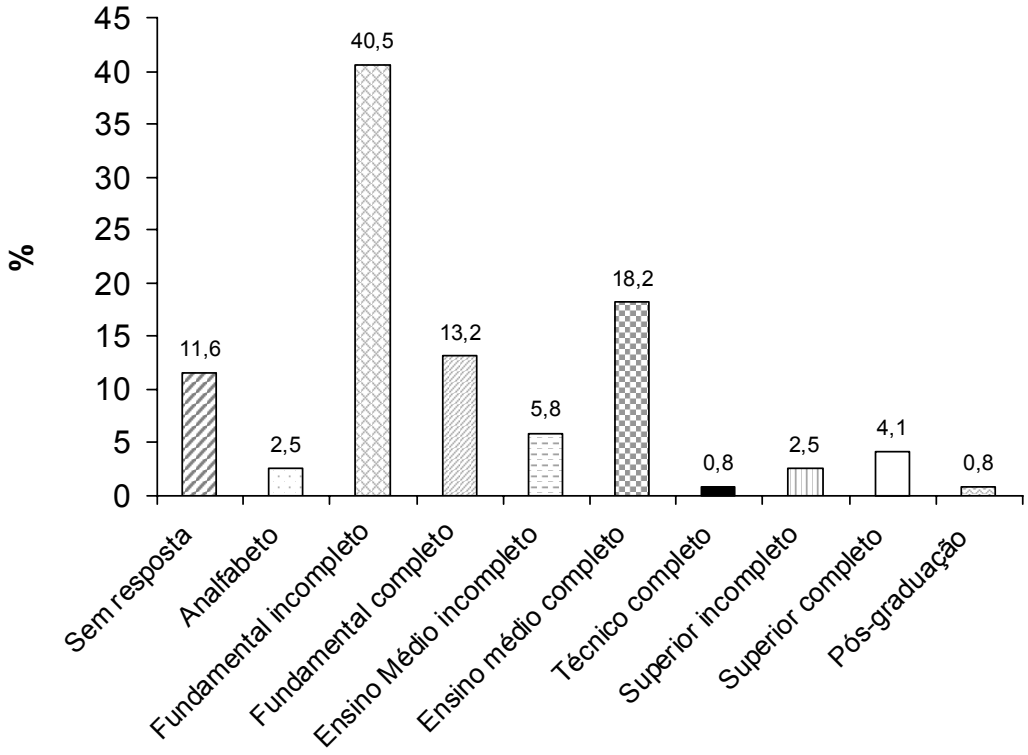


Gráfico 5. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por nível instrucional (*n* = 121)

Nota-se que a maioria dos pacientes não completou o ensino fundamental.

Na Tabela 2 são apresentados os dados sócio-demográficos idade, renda e nível instrucional relacionados com a depressão.

Tabela 2 – Dados de dispersão, valores de média ± desvio-padrão, mínimo-máximo e mediana das variáveis sócio-demográficas relacionadas à depressão em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

VARIÁVEL	DEPRESSÃO – BDI-13	
	Ausência [(a)]	**Presença** [(b)]
IDADE (anos)		
Média ± dp	48 ± 8,4	46 ± 9
Mínimo-Máximo	19 – 65	19 – 57
Mediana	50	51
RENDA (em S.M.) [(c)]	80,2% (85)	19,8% (21)
Média ± dp	2,36 ± 3,1	3,23 ± 7,19
Mínimo-Máximo	0 – 15,79	0 – 32,89
Mediana	1,18	1,01
NÍVEL INSTRUCIONAL (faixas de estudo) [(d)]	81,3% (87)	18,7% (20)
Média ± dp	2,42 ± 1,61	*1,75 ± 1,61
Mínimo-Máximo	1,00 – 7,00	0,00 – 6,00
Mediana	2,00	1,00

(a), 98 pacientes; (b), 23 pacientes; (c) 15 pacientes não responderam; (d), 14 pacientes não responderam; (*), significância estatística, $p < 0,05$.

As variáveis sócio-demográficas idade e renda não apresentaram diferença estatística quando relacionadas ao BDI-13. O item nível instrucional apresentou diferença estatisticamente significativa quando relacionado com o BDI-13, mostrando que os pacientes que apresentaram escore para depressão têm menor nível instrucional comparados aos que não apresentaram.

O Gráfico 6 apresenta a freqüência relativa dos pacientes nas diferentes etiologias da doença hepática.

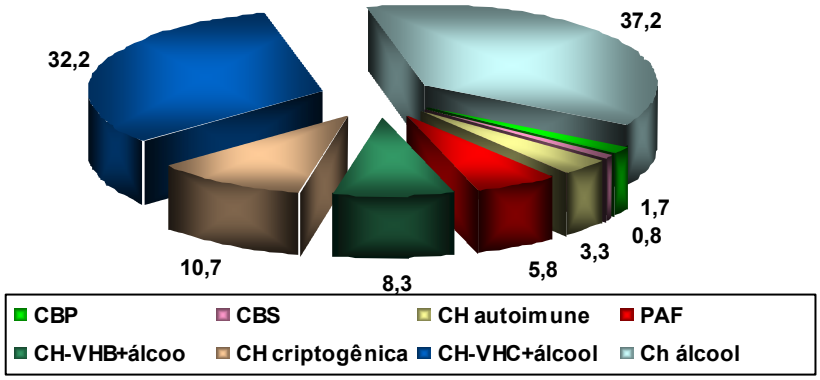


Gráfico 6. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por etiologia da doença hepática (*n* = 121)

As etiologias mais prevalentes encontradas no estudo foram a cirrose hepática por álcool e a cirrose hepática por vírus C + álcool.

Os Gráficos 7 e 8 apresentam as freqüências das comorbidades etilismo e carcinoma hepatocelular respectivamente.

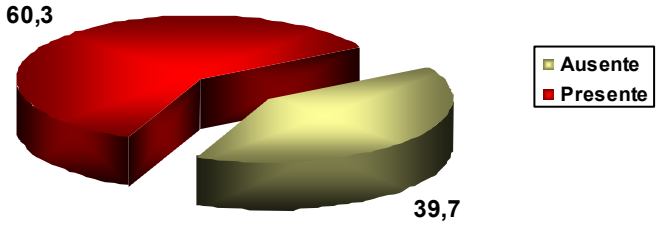


Gráfico 7. Freqüência de etilismo em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121).

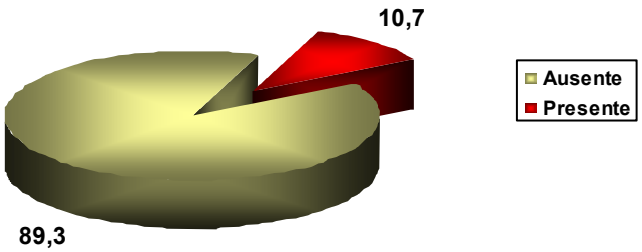


Gráfico 8. Freqüência de carcinoma hepatocelular em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

Nota-se predominância do etilismo em mais da metade dos pacientes e baixa incidência de tumor hepático nesta população.

Os Gráficos 9, 10 e 11 apresentam os níveis de gravidade da doença hepática, medidos respectivamente pelo Child e MELD (4 e 2 categorias).

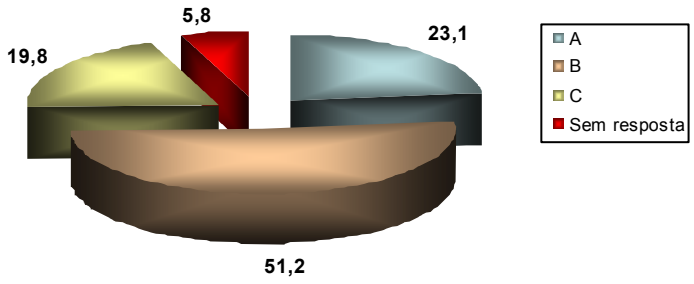


Gráfico 9. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gravidade da doença hepática, medida pelo Child-Turcotte-Pugh (*n* = 121)

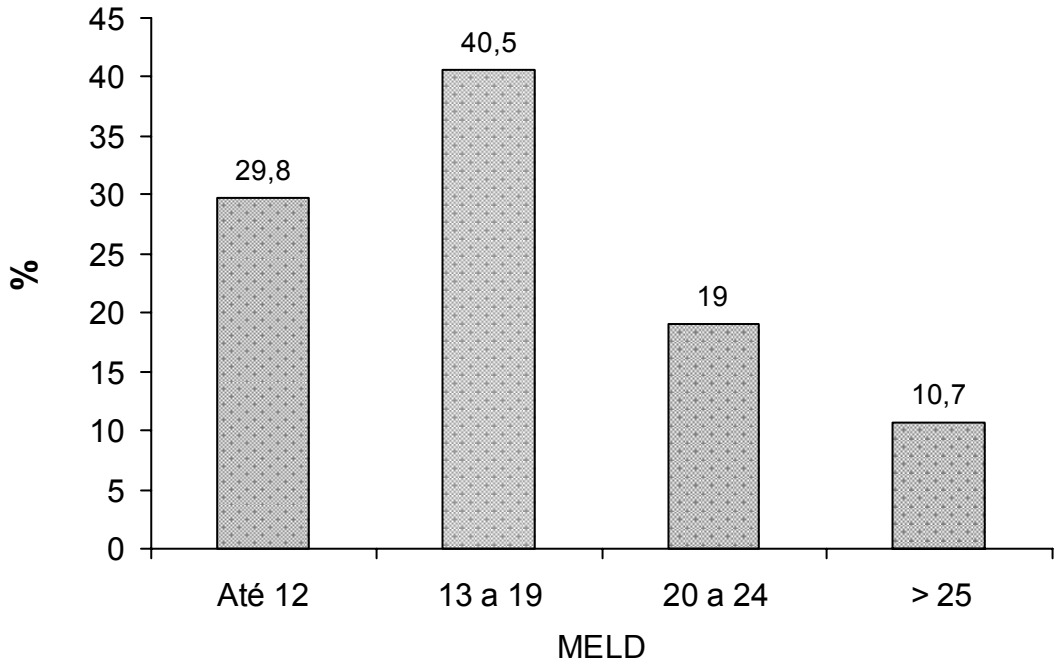


Gráfico 10. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gravidade da doença hepática medida pelo MELD - 4 categorias (*n* = 121)

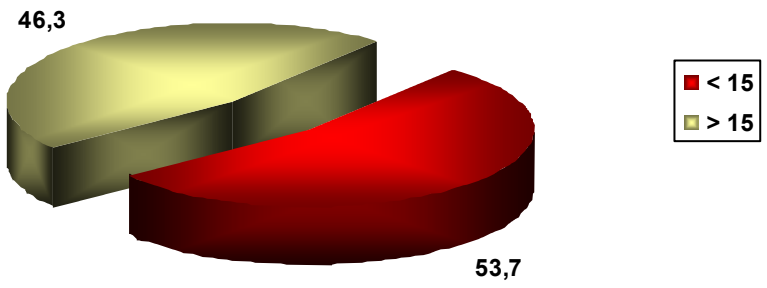


Gráfico 11. Distribuição dos pacientes candidatos a transplante de fígado por gravidade da doença hepática medida pelo MELD - 2 categorias (*n* = 121)

Nota-se que a maioria dos pacientes encontra-se com nível moderado de gravidade da doença hepática medida pelo Child. Pela medida MELD também a maioria está abaixo do valor 19 considerando-se 4 categorias, e igual ou inferior a 15 considerando-se apenas 2 categorias.

O Gráfico 12 apresenta a distribuição dos pacientes segundo o tempo de espera na lista para transplante hepático.

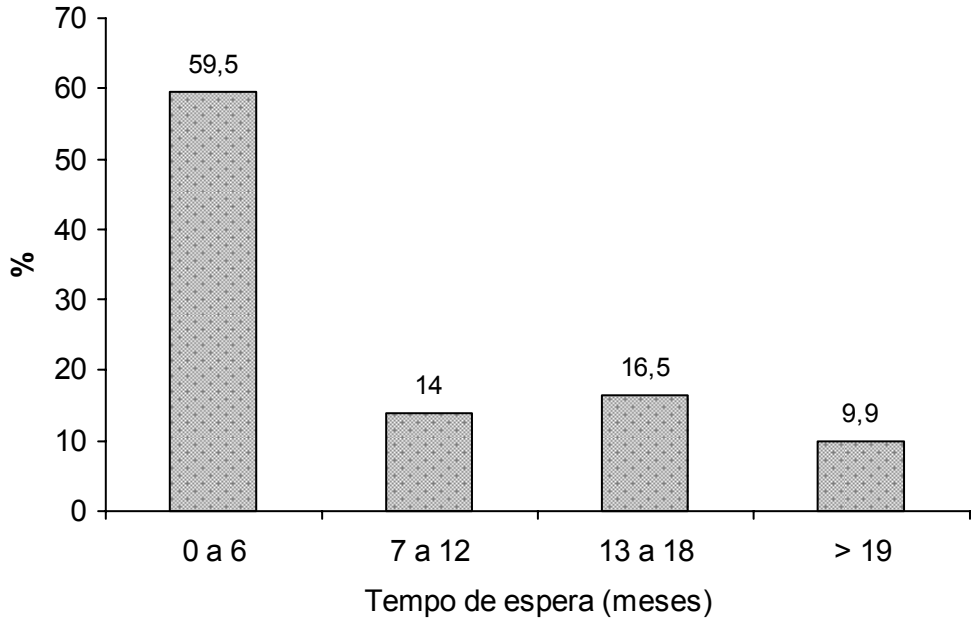


Gráfico 12. Distribuição dos pacientes por tempo de espera na lista para transplante de fígado (*n* = 121)

Na Tabela 3 são apresentados os dados referentes ao BDI-13 relacionados à gravidade e etiologia da doença, comorbidades médicas, tempo de espera e expectativas do pós-transplante.

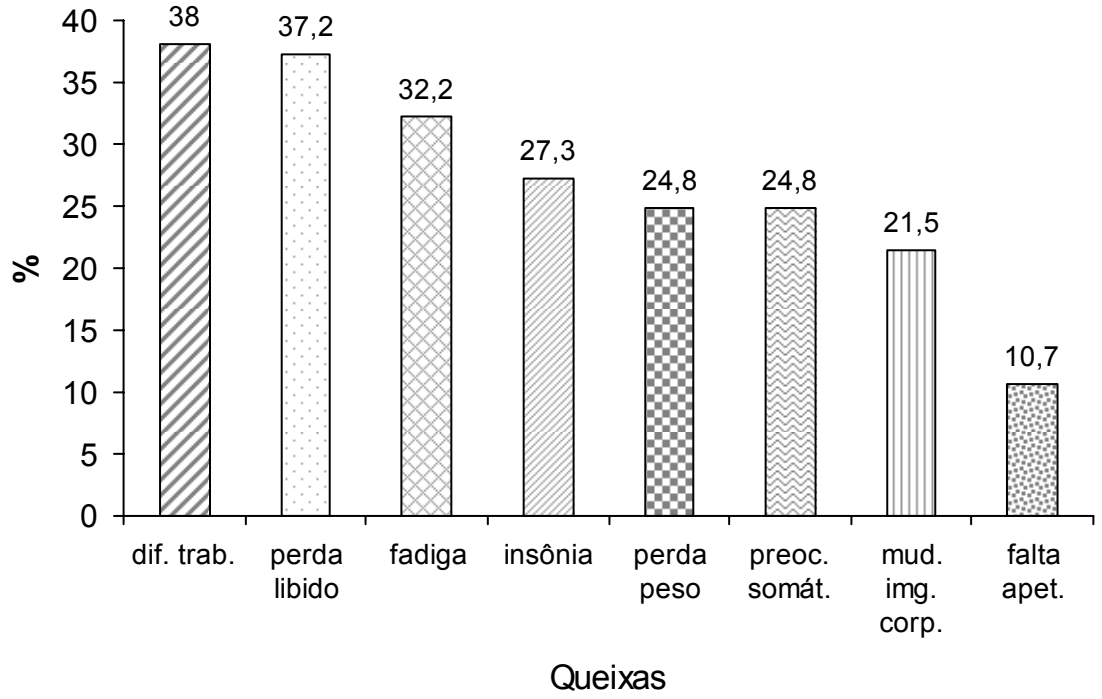
Tabela 3 - Relação entre depressão e variáveis clínicas da doença hepática em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

VARIÁVEL	DEPRESSÃO - BDI-13		
	Ausência % (*n*)	**Presença % (*n*)**	**Total 100%**
ETIOLOGIA DA DOENÇA			***n***
Diversas [(a)]	89% (24)	11% (3)	27
Cirrose Hepática por Álcool	76% (34)	24% (11)	45
Cirrose Hepática VHB+álcool	70% (7)	30% (3)	10
Cirrose Hepática VHC+álcool	85% (33)	15% (6)	39
COMORBIDADES			
Álcool			
Ausente	83% (40)	17% (8)	48
Presente	79,5% (58)	20,5% (15)	73
Carcinoma hepatocelular			
Ausente	80% (86)	20% (22)	108
Presente	92% (12)	8% (1)	13
GRAVIDADE			
Child [(b)]			
A	71% (20)	29% (8)	28
B	81% (50)	19% (12)	62
C	92% (22)	8% (2)	24
MELD			
≤ 15	72% (47)	*28% (18)	65
> 15	92% (51)	9% (5)	56
TEMPO DE ESPERA			
(meses)			
0 a 6	82% (59)	18% (13)	72
7 a 12	94% (16)	6% (1)	17
13 a 18	70% (14)	30% (6)	20
≥ 19	75% (9)	25% (3)	12
EXPECTATIVA			
A	86% (48)	14% (8)	56
B	77% (41)	23% (12)	53
C	75% (9)	25% (3)	12

(a), Cirrose Biliar Primária, Cirrose Biliar Secundária, Cirrose Hepática Autoimune, Cirrose Hepática Criptogênica, Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF);
(b), foram excluídos 7 pacientes com diagnóstico de PAF por não apresentarem este cálculo;
(*), $p < 0,05$.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis etiologia da doença, comorbidades e Child quando relacionadas ao BDI-13. Observa-se que na escala de gravidade MELD houve diferença significativa, sendo o percentual de pacientes com MELD igual ou inferior a 15 significativamente maior no grupo que apresentou depressão. Ao contrário, pacientes com MELD acima de 15 têm quase quatro vezes mais chance de não ter depressão.

O Gráfico 13 apresenta as freqüências das queixas somáticas moderadas e graves do BDI.



Legenda: dificuldades para trabalhar; preocupações com sintomas somáticos; mudança na imagem corporal; falta de apetite.

Gráfico 13. Freqüências das queixas somáticas moderadas e graves do BDI apresentadas por pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

A Tabela 4 apresenta a relação entre a Subescala Queixas Somáticas e Desempenho do BDI e as variáveis psicológicas e clínicas da doença hepática.

Tabela 4 – Queixas somáticas moderadas e graves do BDI relacionadas à depressão, gravidade e etiologia da doença hepática, em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

		Gravidade		
Queixas Somáticas e Desempenho	**BDI-13**	**Child**	**MELD**	**Etiologia**
Mudança na imagem corporal	0,04 *	Não	Não	CHVHC+al*
Dificuldades para trabalhar	0,003 *	Não	Não	Não
Insônia	0,01 *	Não	Não	Não
Fadiga	Não	Não	> 15 *	Não
Falta apetite	Não	Não	Não	Não
Perda de peso	Não	Não	Não	Não
Preocupações com sintomas somáticos	0,02 *	Não	Não	Não
Perda da libido	0,002 *	Child C *	Não	Não

(*): Teste do Chi-quadrado ou Teste Exato de Fisher, $p \leq 0,05$.

Houve relação significativa entre os itens da Subescala Queixas Somáticas e Desempenho e o resultado total da Subescala Cognitivo-afetiva do BDI. Apresentaram diferença estatisticamente significativa as queixas mudança na imagem corporal, dificuldades para trabalhar, insônia, preocupações com sintomas somáticos e perda da libido, mostrando que a presença de depressão interfere na percepção do indivíduo sobre os aspectos somáticos, quer sejam desencadeados pela doença hepática ou pela alteração psicológica.

Observa-se que o percentual de pacientes com Child C foi significativamente superior no grupo com maior freqüência de perda da libido,

indicando que este sintoma é mais freqüente em pacientes com maior gravidade da doença. Verifica-se também que pacientes mais graves, com MELD acima de 15, apresentaram maior percentual de fadiga. Também houve diferença estatisticamente significativa com relação ao diagnóstico. Nota-se que o percentual de pacientes com cirrose hepática por VHC, incluindo aqueles que têm como comorbidade o etilismo, é significativamente superior no grupo de pacientes que apresentou mudança na imagem corporal.

A Tabela 5 relaciona a variável depressão com os escores do WHOQoL-BREF nos quatro domínios, em pacientes candidatos a transplante de fígado.

Tabela 5 - Relação entre depressão e escores de qualidade de vida nos diferentes domínios, em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

		DEPRESSÃO – BDI-13	
WHOQoL-BREF		**Ausência** [(a)]	**Presença** [(b)]
Físico	Média ± D.P.	13,5 ± 3,5	11,3 ± 3,0 *
	Mediana	13,1	12,0
Psicológico	Média ± D.P.	15,3 ± 2,6	11,5 ± 2,8 *
	Mediana	15,3	11,3
Relações sociais	Média ± D.P.	14,1 ± 3,6	11,3 ± 4,3 *
	Mediana	13,3	12,0
Meio ambiente	Média ± D.P.	14,9 ± 2,3	13,5 ± 5,3 *
	Mediana	14,5	13,0

(a), 98 pacientes; (b), 23 pacientes; (*), Teste Mann-Whitney, $p \leq 0,05$.

Todos os domínios do WHOQoL-BREF apresentaram diferença estatisticamente significativa com a depressão, mostrando que o aspecto

psicológico tem importante interferência na maneira como o paciente percebe sua qualidade de vida nos diferentes aspectos.

A Tabela 6 relaciona as queixas somáticas do BDI com os escores do WHOQoL-BREF nos quatro domínios, em pacientes candidatos a transplante de fígado.

Tabela 6 - Relação entre queixas somáticas do BDI e escores de qualidade de vida nos diferentes domínios, em pacientes candidatos a transplante de fígado (*n* = 121)

		Queixas Somáticas e Desempenho - BDI					
		Perda da Libido		**Mudança Imagem Corporal**		**Fadiga**	
WHOQoL-BREF		Ausência[(a)]	Presença[(b)]	Ausência[(c)]	Presença[(d)]	Ausência[(e)]	Presença[(f)]
Físico	Média ± DP	14,3 ± 3,3	11,1 ± 3,0 *	13,5 ± 3,5	11,7 ± 3,3 *	14,3 ± 3,2	10,5 ± 2,9 *
	Mediana	14,5	12	13,7	12	14,2	10,8
Psicológico	Média ± DP	15,5 ± 2,7	13,1 ± 2,9 *	15,3 ± 2,7	12,0 ± 2,9 *	15,4 ± 2,5	12,9 ± 3,4 *
	Mediana	15,3	13,3	15,3	12	15,3	13,3
Relações Sociais	Média ± DP	14,8 ± 3,6	11,6 ± 3,6 *	14,0 ± 3,7	11,8 ± 4,1 *	14,8 ± 3,3	11,0 ± 3,7 *
	Mediana	14,6	12	14,6	12,6	14,6	12,0
Meio Ambiente	Média ± DP	15,3 ± 3,38	13,4 ± 2,3 *	15,0 ± 3,2	13,3 ± 2,1 *	15,0 ± 2,2	13,9 ± 4,4 *
	Mediana	15	13,5	14,5	13,5	14,5	13,0

(a), 76 pacientes; (b), 45 pacientes; (c), 95 pacientes; (d), 26 pacientes; (e), 82 pacientes; (f), 39 pacientes; (*), Teste mann-Whitney, $p \leq 0,05$

Todos os domínios do WHOQoL-BREF apresentaram diferença estatisticamente significativa com as queixas perda da libido, mudança na imagem corporal e fadiga, mostrando o impacto que estas queixas somáticas têm sobre a qualidade de vida reduzida nestes pacientes.

Não houve diferença estatística entre WHOQoL-BREF e as variáveis: gravidade (Child e MELD), etiologia da doença (inclusive na análise de CH por VHC *versus* CH não-VHC), tempo de espera na lista e expectativa quanto ao pós-transplante.

7. DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, os índices de depressão em pacientes candidatos a transplante de fígado variam enormemente; revisão recente encontrou uma prevalência de 33% (TELLES-CORREIA *et al*., 2006). No presente estudo considerou-se presença de sintomas depressivos moderados e graves como “depressão”, utilizando-se o ponto de corte maior do que 10 na Subescala Cognitivo-afetiva do *Beck Depression Inventory*. Esta terminologia tem sido utilizada para apontar a presença de depressão clinicamente significativa. O BDI não propõe uma categorização nosológica para os sintomas depressivos revelados na escala, mas oferece subsídios para discussão em pesquisas e planejamento de intervenções. No presente estudo, a prevalência encontrada, utilizando-se a versão completa do BDI, foi de 23% e no BDI-13 foi de 19%. Dentre as características evidenciadas nos pacientes que apresentaram depressão, destaca-se o fato que a avaliação psicológica foi realizada predominantemente no início do tratamento. No entanto, a variável tempo de espera na lista não apresentou significância estatística quando relacionada à depressão. Além das limitações próprias do uso de psicometria, esses dados podem ser devidos a certa dificuldade da população brasileira em manifestar comportamentos que possam ser socialmente indesejáveis, tais como suicídio, descontentamento com o serviço de saúde que utiliza e descrença no futuro, entre outros. Estes aspectos podem provocar o temor de que a avaliação psicológica coloque o procedimento do transplante em risco. Goetzmann *et al*. (2006b) enfatizam que os procedimentos iniciais de avaliação geram estresse psicológico intenso, porque o processo de transplante é caracterizado pela incerteza. Os autores concluíram que este aspecto refletiu na necessidade do atendimento psicológico, solicitado pelos pacientes que

estavam há seis meses na lista, e diminuiu no decorrer da espera pelo transplante. O impacto causado pela conscientização do diagnóstico médico e da terapêutica necessária pode ser fator de estresse precipitador de sintomas depressivos. Deve-se considerar também que esta fase do tratamento muitas vezes é marcada por afastamento da atividade profissional, mudanças na dinâmica familiar, no padrão de relacionamento afetivo e social, perdas subseqüentes desencadeadas pela doença e, em alguns casos, a própria possibilidade da morte. No presente estudo não avaliamos a permanência deste estado emocional, o que possibilitaria compreender se a depressão seria reativa a esta nova condição de vida e transitória, ou um quadro mais prolongado. Todavia, a constatação de que a depressão parece incidir mais neste período do tratamento, deveria servir de alerta para que as equipes transplantadoras atentassem para este importante fator.

O nível de instrução foi outro fator significativo relacionado à presença de depressão. Quanto maior o nível de escolaridade, menor foi a chance de o indivíduo apresentar depressão. Este dado é semelhante ao descrito por Sainz-Barriga *et al*. (2005). Com base nestes dados, pode-se deduzir que pacientes com melhor nível instrucional provavelmente encontrem mais facilmente recursos para elaborar novas estratégias de enfrentamento da situação estressora, decorrendo daí a menor freqüência de alterações psicológicas.

Diferentemente do encontrado na literatura (NIEDERAU; FISHER; KAUTZ *et al*., 2007; VAN DER PLAS et al., 2007) este estudo não evidenciou diferença significativa da presença de depressão relacionada à etiologia da doença. Deve-se ressaltar que há enorme variação nos índices de depressão em pacientes candidatos a transplante de fígado. Não foi significativa, no

presente estudo, a relação entre presença de depressão e cirrose hepática por VHC, como o descrito em outros trabalhos (SINGH *et al*., 1999; JOHNSON *et al*., 1998). Estudo recente encontrou critérios para transtorno depressivo em 28% dos pacientes portadores de hepatite C (GOLDEN; CONROY; O'DWYER, 2007).

A associação entre etilismo e depressão está bem estabelecida. Estudo americano envolvendo mais de vinte mil adultos encontrou que em 37% daqueles que apresentavam etilismo também apresentavam algum outro transtorno mental (ECA - NIMH[10] apud MANNINEN *et. al*., 2006). No presente estudo, apesar da presença marcante do etilismo nos pacientes que apresentaram depressão, também não se pôde estabelecer, como apontado por outros autores (DIMARTINI *et al*., 2004; ROMANO *et al*., 1999), que pacientes com história de etilismo estão mais propensos a alterações psicológicas negativas, especificamente depressão maior. Estas diferenças nos achados com relação à etiologia da doença deveram-se em parte à elevada diversidade de etiologias presentes no estudo, dificultando que um maior número de pacientes estivesse mais uniformemente distribuído nos diversos grupos diagnósticos.

Na literatura (MASSIE; HOLLAND, 1987), em estudos que utilizaram dados de auto-relato de pacientes com câncer, foi constatado que a depressão maior afeta aproximadamente 25% destes pacientes, apesar de haver uma variabilidade (de 1% a 53%) na incidência desta condição emocional. Yeo *et al*. (2006) encontraram estreita relação entre qualidade de vida e sobrevida de pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC), mas os dados do presente

[10] *Epidemiologic Catchment Area of the National Institute of Mental Health – USA.*

estudo não confirmam estes achados. Dos 13 pacientes com CHC, apenas um apresentou depressão e nenhuma correlação foi encontrada entre CHC e qualidade de vida.

O método utilizado para identificação da depressão, analisando-se separadamente a Subescala Cognitivo-afetiva do BDI, possibilitou que fatores somáticos da doença não interferissem na avaliação do estado psicológico, permitindo fazer a correlação somente entre sintomas psicológicos medidos pela escala e sintomas físicos da doença, medidos por Child e MELD. De acordo com os estudos de Rocca *et al*. (2003), esperava-se que a presença de depressão estivesse associada à maior gravidade da doença, o que não ocorreu. Não houve diferença na avaliação da escala Child entre os pacientes que apresentaram e os que não apresentaram depressão. A literatura demonstra que pacientes com maior valor de Child têm mais prejuízos na qualidade de vida e por isso estão mais sujeitos a alterações psicológicas. O Child, por ser uma escala que contempla sintomas muito desconfortáveis, tais como encefalopatia hepática e ascite, seria um bom indicativo desta piora. Mas no presente estudo esta associação não foi encontrada.

Distintamente do ocorrido com o Child, quando relacionada com a escala MELD, a depressão esteve mais associada significativamente a menores valores de gravidade da doença. Se por um lado, a implantação do MELD no sistema de transplante de órgãos teve o objetivo de ser preditor do risco de mortalidade em pacientes com doença hepática avançada, determinando a urgência médica para transplante (ZHANG *et al*., 2008), por outro, estudos sugerem que qualidade de vida não está associada com a gravidade da doença hepática medida pelo MELD, pois pacientes que têm baixo MELD

podem ter sua qualidade de vida impactada particularmente pela presença de ascite e encefalopatia (SAAB *et al*., 2005). Estes dados são semelhantes aos encontrados neste estudo, no qual o MELD não foi preditor de qualidade de vida. A gravidade do estado de saúde (Child e MELD) não refletiu na qualidade de vida, apesar de ter tido impacto sobre a depressão (medida pelo BDI-13). A lei de distribuição de órgãos para transplante determina que pacientes com certas condições de saúde, denominadas "situações especiais", recebam prioridade devido a maiores pontuações na escala e, portanto, posicionando-se nos primeiros lugares da lista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Pode-se interpretar que é tranqüilizador, para os pacientes com maior valor de MELD, estarem próximos da realização do transplante[11], aumentando assim a probabilidade de sobrevida e diminuindo a possibilidade de manifestar depressão. Esta condição favoreceria a presença de aspectos tais como esperança, adaptação e capacidade de mobilizar recursos psíquicos para enfrentar as dificuldades decorrentes do adoecimento e, conseqüentemente, a menor freqüência de alterações psicológicas.

Por outro lado, diversos estudos demonstraram que a gravidade da doença hepática, medida por Child e MELD, está associada à piora da qualidade de vida em candidatos a transplante de fígado (GOTARDO, 2007; TEIXEIRA; RIBEIRO; STRAUSS, 2005; SAAB *et al*., 2005). Ampliando esta compreensão, evidenciou-se que fatores psicológicos e sociais, desencadeados pela doença, tiveram impacto sobre a reduzida qualidade de vida encontrada no presente estudo.

[11] No HCFMRP-USP o valor médio do MELD de pacientes convocados para transplante é de 23 e no presente estudo utilizou-se o valor > 15 como indicativo de pacientes com maior gravidade da doença hepática.

Singh *et al*. (1997a) identificaram que, entre os pacientes com cirrose hepática que aguardavam na lista, a mortalidade foi maior naqueles que encontravam-se deprimidos, independentemente da gravidade e das complicações da doença hepática. A mortalidade em lista de espera para transplante de fígado no HCFMRP-USP atualmente[12] é de aproximadamente 25%, desde a implantação do MELD como critério de distribuição de órgãos, mas no presente estudo, este fator não foi comparado com a variável depressão. Com relação ao tempo de espera na lista, supunha-se que pacientes há mais tempo na lista estivessem fisicamente mais debilitados, como constatado por Teixeira *et al*. (2006) que pacientes com Child C e MELD médio de 21 constituem a maioria das mortes na lista. Devido às diversas conseqüências do avanço da doença, esperava-se que esta condição refletisse na piora da qualidade de vida, mas, no presente estudo, o tempo de espera na lista também não interferiu no estado psicológico e na qualidade de vida.

Na análise da Subescala Queixas Somáticas e Desempenho do BDI, pôde-se constatar que, em dois dos oito sintomas, houve associação com a gravidade da doença. O aumento significativo da queixa fadiga em pacientes com MELD acima de 15 e perda da libido em pacientes com Child C evidenciou que estes sintomas podem estar presentes predominantemente em pacientes mais graves. Também se conseguiu estabelecer relação entre estas queixas (fadiga e perda da libido) e a qualidade de vida, mostrando que a doença, quando avançada, pode provocar mudanças que interferem nas relações afetivas e sociais. Dentre as redes de suporte social, o relacionamento conjugal parece adquirir maior importância do que outros. Apesar de no presente estudo

[12] Sistema Estadual de Transplantes - Secretaria da Saúde de São Paulo. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/transplante>. Acesso restrito em 10/03/2008.

não ter sido encontrada diferença estatística significativa entre estado civil e depressão, estudos realizados sobre a interação conjugal e suas conseqüências na condição de saúde de homens e mulheres casados permitiram concluir que interações conjugais satisfatórias resultam em melhores condições de saúde mental e física nos casais, tanto em jovens como em idosos (KIECOLT-GLASER *et al*., 1993) e esta condição interfere na qualidade de vida.

Verificou-se diferença estatística significativa entre a queixa mudança na imagem corporal e depressão em pacientes com cirrose hepática por VHC. Da mesma forma, entre mudança na imagem corporal e CH-VHC, incluindo presença de etilismo. A queixa mudança na imagem corporal também teve impacto, com diferença estatística, na qualidade de vida. Este resultado está de acordo com outros estudos que mostraram que a saúde mental (particularmente influenciada pela depressão) tem maior interferência na qualidade de vida do que o funcionamento físico de pacientes com hepatite C (GAYNES et. al, 2002; BIANCHI et al., 2005). Gotardo (2007) encontrou maior comprometimento da qualidade de vida em pacientes portadores de cirrose hepática por VHC, quando comparada à de portadores de cirrose por outras etiologias. Deve-se ressaltar que no presente estudo este dado não foi confirmado. Parece haver aspectos particulares do VHC, tais como complicações fatais da infecção, possibilidade de transmissão sexual e medo de estigma social, que interferem consideravelmente na saúde mental (HAUSER *et al*., 2004).

O presente estudo não avaliou qualitativamente os dados obtidos nas entrevistas, oferecendo menor possibilidade para compreensão dos dados

divergentes da literatura. Tal procedimento não fez parte dos objetivos da presente dissertação, devendo todavia ser efetuada em publicação posterior.

A inclusão dos participantes no estudo foi aleatória, o que contribuiu para diferenças no número de pacientes em cada grupo etiológico, dificultando uma comparação estatística mais acurada. Porém, tal distribuição representa a prevalência de casos neste ambulatório.

A comparação entre o presente estudo e a literatura internacional tornou-se mais difícil pela heterogeneidade dos instrumentos utilizados, diferenças nas metodologias adotadas e aspectos culturais que poderiam influenciar a percepção da qualidade de vida. São escassas as publicações nacionais que avaliam depressão e qualidade de vida em relação ao mais recente indicador de espera para transplante – MELD.

Uma das limitações deste estudo foi a utilização do *Beck Depression Inventory* disponível no Brasil. Tem-se usado largamente esta escala para efeitos de pesquisa tanto nacionais como internacionais. No entanto, a versão validada no Brasil foi efetuada utilizando-se a primeira edição do BDI (1961). Os estudos internacionais utilizam predominantemente a segunda edição desta escala, denominada BDI-II, publicada em 1996.

Pacientes com encefalopatia hepática no dia da avaliação psicológica não foram incluídos no estudo devido à inabilidade em dar consentimento e responder às questões propostas. De fato, encefalopatia é um dos maiores preditores de reduzida qualidade de vida e tem grande influência sobre a escala Child. Mas, este sintoma não é contemplado na escala MELD e, portanto, não limitou as comparações entre MELD e qualidade de vida e MELD e depressão.

Utilizou-se a escala WHOQoL-BREF para avaliação da qualidade de vida, enquanto que a maioria dos estudos internacionais utiliza o CDQoL (*Chronic Disease Quality of Life*) ou LDQoL (*Liver Disease Quality of Life*), que englobam características específicas das doenças crônicas e hepáticas. O CDQoL não foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira até o presente momento. A escala LDQoL não estava traduzida, adaptada e validada para a população brasileira à época da coleta de dados.

8. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu a primeira descrição associando aspectos psicológicos, sociais e clínicos dos pacientes acompanhados pelo Ambulatório de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP e forneceu informação significativa para possibilidades de intervenções psicológicas e de contribuição futura no manejo terapêutico destes pacientes por parte da equipe médica.

Nível de instrução mais elevado afeta positivamente a condição emocional em pacientes candidatos a transplante de fígado. A depressão incidiu mais freqüentemente em pacientes com menos tempo de estudo.

A gravidade da doença hepática, com MELD acima de 15, indicou ausência de depressão e foi associada significativamente à queixa fadiga. A escala Child de gravidade da doença não afetou o estado psicológico, mas indicou que pacientes com Child C têm perda significativa da libido, que por sua vez interferiu negativamente na qualidade de vida.

Não foi estabelecida relação entre etiologia da doença hepática, depressão (BDI-13) e qualidade de vida (WHOQoL-BREF). Também não se confirmou a relação entre essas variáveis e as comorbidades – etilismo e CHC.

Houve relação entre mudança na imagem corporal e cirrose hepática por VHC+álcool, mas esta associação não foi encontrada em nenhuma outra variável relacionada à esta etiologia.

Pacientes que apresentaram escore para depressão tiveram piora significativa da percepção da qualidade de vida. Esta piora também esteve presente nos pacientes que apresentaram perda da libido, fadiga e mudança na imagem corporal na Subescala Queixas Somáticas e Desempenho do BDI.

Considera-se que esta pesquisa alcançou os objetivos propostos, essencialmente no que se refere à descrição da apresentação psicológica e

física de pessoas com doença hepática e as particularidades inerentes ao processo de transplante.

Ressalta-se a evidente relevância do estudo por fornecer subsídios adicionais para intervenções psicológicas específicas e contribuir na implementação de estratégias para tratamento do sofrimento humano. De modo geral, os dados contribuem para intervenções multidisciplinares proporcionando assim assistência global ao paciente.

9.REFERÊNCIAS[13]

[13] De acordo com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

AHMED, A.; KEEFFE, E.B. Hepatitis C virus and liver transplantation. **Clinics in Liver Disease**, v. 5, n. 4, p. 1073-90, 2001.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Hopelessness and suicidal behavior: an overview. **Journal of the American Medical Association,** v. 234, p. 1146 – 1149, 1975.

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Depression Inventory Manual**. Psychological Corporation, San Antonio, 1993.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v.4, p. 561-571, 1961.

BIANCHI, G.; MARCHESINI, G.; NICOLINO, F.; GRAZIANI, R.; SGARBI, D.; LOGUERCIO, C.; ABBIATI, R.; ZOLI, M. Psychological status and depression in patients with liver cirrhosis. **Digestive and Liver Disease**, v. 37, p. 593-60, 2005.

BLANCH, J.; SUREDA, B.; FLAVIA, M.; MARCOS, V.; DE PABLO, J.; DE LAZZARI. E.; RIMOLA, A.; VARGAS, V.; NAVARRO, V.; MARGARIT, C.; VISA, J. Psychosocial adjusment to orthotopic liver transplantation in 266 recipients. **Liver Transplantation**, v. 10, n. 2, p. 228 - 34, 2004.

BRASLAVSKY, G.; ROSAS, C.; La CAVA, E.; TRIGO, P.; AZIZ H.; IMVENTARSA, O. Evolution of liver transplant patients at high psychosocial risk. **Transplantation Proceedings**, v. 31, p. 3060, 1999.

BREITBART, W. Suicide in cancer patients. **Oncology**, v. 1, p. 49 – 53, 1987.

BUNZEL, B.; LAEDERACH – HOFMANN, K. Solid organ transplantation: are there predictors for post transplant noncompliance? A literature overview. **Transplantation**, v. 70, n. 5, p. 711 - 716, 2000.

CASTRO E SILVA JR, O.; SANKARANKUTTY, A.K.; OLIVEIRA, G.R.; PACHECO, E.; RAMALHO, F.S.; SASSO, K.D.; TOLENTINO, E.; MENTE, E.D.; FRANÇA, A.V.C.; MARTINELLI, A.L.C. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 17, n. 3, 2002.

CHOLONGITAS, E.; MARELLI, L.; SHUSANG, V.; SENSOLO, M.; ROLLES, K.; PATCH, D.; BURROUGHS, A.K. A systematic review of the performance of the Model for End-stage Liver Disease (MELD) in the setting of liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 12, n. 7, p. 1049 – 1061, 2006.

CLAAR, R.L. Psychosocial evaluation of the potential recipient. In: KILLENBERG, P.G.; CLAVIEN, P.A. **Medical care of the liver transplant patient**. 3th Ed. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006. Chapter 4, 66-78.

CORDOBA, J. Labeling may be an important cause of reduced quality of life in chronic hepatitis C. **American Journal of Gastroenterology**, v. 98, p. 226-227, 2003.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DE BONA, M.; PONTON, P.; ERMANI, M.; IEMMOLO, R. M.; FELTRIN, A.; BOCCAGNI, P.; GERUNDA, G.; NACCARATO, R.; RUPOLO, G.; BURRA, P. The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after transplantation. **Journal of Hepatology**, v. 33, p. 609 - 615, 2000.

DEW, M.A.; SWITZER, G.; DiMARTINI,A. Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. **Progress in Transplantation**, v. 10, n. 4: p. 239-259, 2000.

DÍAZ-DOMÍNGUEZ, R.; PÉREZ-BERNAL, J.; PÉREZ-AS-GREGORIO, M.A.; MARTÍN-RODRÍGUEZ, A. Quality of life in patients with kidney, liver or heart failure during the waiting list period. **Transplantation Proceedings**, v. 38, p. 2459-2461, 2006.

DI MARTINI, A.; DEW, M. A.; JAVED, L.; FITZGERALD, M. G.; JAIN, A.; DAY, N. Pretransplant psychiatric and medical comorbidity of alcoholic liver disease patients who received liver transplant. **Psychosomatics**, v. 45, p. 517 - 523, 2004.

DICKSON, R.C.; WRIGHT, R. M.; BACCHETTA, M. D.; BODILY, S. E.; CALDWELL, S. H.; DRISCOLL, C. J.; PRUETT, T. L.; ISHITANI, M. B. Quality of life of Hepatitis B and C patient after liver transplantation. **Clinical Transplantation**, v. 11, p. 282 - 285, 1997.

DOBBELS, F.; De GEESTS; CLEEMPUT,I.; et al. Psychosocial and behavioral selection criteria for solid organ transplantation (review; 120 references). **Progress in Transplantation**, v. 11: p. 121-130, 2001.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQoL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19 – 28, 1999.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL – BREF". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178 - 183, 2000.

FURLANETTO, L.M.; CAVANAUGH, S.A.; BUENO, J.R.; CREECH, S.D.; POWELL, L.H. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. **Psychosomatics**, v. 41, n. 5, p. 426 – 432, 2000.

FURLANETTO, L.M.; Del MORAL, J.A.G.; GONÇALVES, A.H.B.; RODRIGUES, K.; JACOMINO, M.E.M.L.P. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 2, p. 96-101, 2006.

FURLANETTO, L.M.; MENDLOWICZ, M.V.; BUENO, J.R. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. **Journal of Affective Disorders**, v. 86, p. 87-91, 2005.

GAYNES; B.N.; BURNS, B.J.; TWEED, D.L.; ERICKSON, P. Depression and health-related quality of life. **Journal of Nervous Mental Disease**, v. 190, p. 799-806, 2002.

GOETZMANN, L.; KLAGHOFER, R.; WAGNER-HUBER, R.; HALTER, J.; BOEHKER, A.; MUELLHAUPT, B.; SCHANZ, U.; BUDDEBERG, C. Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 62, p. 93-100, 2007.

GOETZMANN, L.; WAGNER-HUBER, R.; KLAGHOFER, R.; MUELLHAUPT, B.; CLAVIEN, P.A.; BUDDEBERG, C.; SCHEUER, E. Waiting for a liver transplant: psychosocial well-being, spirituality, and need for counseling. **Transplantation Proceedings**, v.38, p. 2931-2936, 2006a.

GOETZMANN, L.; KLAGHOFER, R.; WAGNER-HUBER, R.; HALTER, J.; BOEHKER, A.; MUELLHAUPT, B.; SCHANZ, U.; BUDDEBERG, C. Quality of life and psychosocial situation before and after lung, liver or an allogeneic bone marrow transplant. **Swiss Medical Weekly**, v. 136, p. 281-290, 2006b.

GOLDEN, J.; CONROY, R.M.; O´DWYER, A.M. Reliability and validity of the Hospital Anxiety and Depression Inventory (Full and Fast Screeen Scales) in detecting depression in persons with hepatitis C. **Journal of Affective Disorders**, v.100, p. 265-269, 2007.

GOTARDO, D.R.M. **Qualidade de vida e transplante hepático: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós-cirurgia**. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HÄUSER, W.; ZIMMER, C.; SCHIEDERMAIER, P.; GRANDT, D. Biopsychosocial predictors of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, p. 954-958, 2004.

HERRMANN, C.; BRAND-DRIEHORST, S.; KAMINSKY, B.; LEIBING, E.; STAATS, H.; RUGER, U. Diagnostic groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. **Psychosomatic Medicine**, v. 60, p. 570 – 577.

HOLZNER, B.; KEMMLER, G.; KOPP, M.; DACHS, E.; KASERBACHER, R.; SPECHTENHAUSER, B.; VOGEL, W.; SPERNER-UNTERWEGER, B. Preoperative expectations and postoperative quality of life in liver transplant survivors. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation**, v. 82, p. 73 - 79, 2001.

JOHNSON, M.E.; FISHER, D.G.; FENAUGHTY, A.; THENO, S.A. Hepatitis C virus and depression in grug use users. **American Journal of Gastroenterology**, v. 93, p. 785 – 89, 1998.

KARAM, V.; CASTAING, D.; DANET, C.; DELVART, V.; GASQUET, I.; ADAM, R.; AZOULAY, D.; SAMUEL, D.; BISMUTH, H. Longitudinal prospective evaluation of quality of life in adult patients before and one year after liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 9, n. 7, p. 703 – 711, 2003.

KENDALL, P.C.; HOLLON, S.D.; BECK, A.T.; HAMMEN, C.L.; INGRAM, R.E. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy Research**, v. 11, p. 289 – 299, 1987.

KIECOLT-GLASER, J.K.; MALARKEY, W.B.; CHEE, M.; NEWTON, T.; CACIOPPO, J.T; MAO, H. Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. **Psychosomatic Medicine**, v. 55, p. 395 – 409, 1993.

LAEDERACH-HOFFMANN, K.; BUNZEL, B. Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review. **General Hospital Psychiatry**, 22: 412-424, 2000.

LEVENSON, J.L.; OLBRISCH, M.E. Psychosocial screening and candidate selection. In: TRZEPACZ, P.; DiMARTINI, A.; eds. **The transplant patient: biological, psychiatric, and ethical issues in organ transplantation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 21-41.

LEVENSON, J.L.; OLBRISCH, M.E. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. **Psychosomatics**, v. 34, p. 314-323, 1993.

MALDONADO, J.R.; KEEFFE, E.B. Liver transplantation for alcoholic liver disease: selection and outcome. **Clincs in Liver Disease**, v.1, p. 305-321, 1997.

MANNINEN, L.; POIKOLAINEN, K.; VARTIAINEN, E.; LAATIKAINEN, T. Heavy drinking occasions and depression. **Alcohol & Alcoholism**, v. 41, n. 3, p. 293 – 299, 2006.

MARTINELLI, A.L.C.; TEIXEIRA, A.C.; SOUZA, F.F.; SANKARANKUTTY, A.K.; CASTRO-E-SILVA, O. Hepatitis C: a challenge to hepatologists and to the liver transplantation team. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 21, suppl 1, p. 15-18, 2006.

MARTINS, P.D.; SANKARANKUTTY, A.K.; CASTRO E SILVA, O.; GORAYEB, R. Psychological distress in patients listed for liver transplantation. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 21, suppl 1, p. 40-43, 2006.

MASSIE, M.J.; HOLLAND, J.C. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. **Medical Clinics of North America**, v. 71, p. 243 – 257.

MERION, R.M.; WOLFE, R.A.; DYKSTRA, D.M.; LEICHTMAN, A.B.; GILLESPIE, B.; HELD, P.J. Longitudinal assessment of mortality risk among candidates for liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 9, n.1, p. 12 – 18, 2003.

MESSIAS, E.; SKOTZKO, C.E. Psychiatric assessment in transplantation. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 415 - 20, 2000.

NEZU, A.M.; NEZU, C.M.; FELGOISE, S.H.; ZWICK, M.L. Psychosocial oncology. In: NEZU, A.M.; NEZU, C.M.; GELLER, P.A. **Handbook of psychology**. Volume 9: Health Psychology. Hoboken: Wiley, 2003. Chapter 12, p. 267 – 292.

NIEDERAU, C.; FISHER, C.; KAUTZ, A. Socio-economical aspects, quality of life, and state of knowledge in hepatitis B patients. **Z Gastroenterology**, v. 45, n. 5, p. 355 – 368, 2007.

NORRIS, E.R.; SMALLWOOD, G.A.; CONNOR, K.; MCDONELL, K.; MARTINEZ, E.; STIEBER, A.C.; HEFFRON, T.G. Prevalence of depressive symptoms in patients being evaluated for liver transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 34, p. 3285 – 3286, 2002.

O´CARROL, R.E.; COUSTON, M.; COSSAR, J.; MASTERTON, G.; HAYES, P.C. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. **Liver Transplantation**, v. 9, n. 7, p. 712 - 20, 2003.

O´CARROLL, R. E.; SMITH, K.; COUSTON, M.; COSSAR, J.; HAYES, P.C. A comparison of the WHOQOL-100 and WHOQOL-b*rief* in detecting change in quality of life following liver transplantation. **Quality of Life Research**, v. 9, p. 121 - 124, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid – 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em Português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida** (WHOQOL - BREF). Genebra, 1998.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Ed. Thomson, 2004.

PENNIX, B.W.J.; GEERLINGS, S.W.; DEEG, D.J.; VAN EIJK, J.T.; VAN TILBURG, W.; BEEKMAN, A.T. Minor and major depression and the risk of death in older persons. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, p. 889 – 895, 1999.

PÉREZ-SAN-GREGORIO, M. A.; MARTÍN-RODRIGUEZ, A.; ASIÁN-CHAVEZ, A.; GALLEGO-CORPA, A.; PÉREZ-BERNAL, J. Psychological adaptation of liver transplant recipients. **Transplantation Proceedings**, v. 37, p. 1502 - 1504, 2005.

PONTILLO, K.S. Produtivity and social rehabilitation of the transplant recipient. In: KILLENBERG,P.G.; CAVIEN, P.A. **Medical care of the liver transplant patient.** 3th Ed. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006. Chapter 28, p. 489-502.

ROCCA, P.; COCUZZA, E.; RASETTI, R.; ROCCA, G.; ZANALDA, E.; BOGETTO, F. Predictors of psychiatric disorders in liver transplantation candidates: logistic regression models. **Liver Transplantation**, v. 9, n. 7, p. 721 – 726, 2003.

ROCKEY, D.C. Selection and evaluation of the recipient (including retransplantation). In: KILLENBERG, P.G.; CLAVIEN, P.A. **Medical care of the liver transplant patient.** 3thE. Massachusets: Blackwell Publishing, 2006. Chapter 1, 3-17.

ROMANO, D.R.; JIMENEZ, C.; RODRIGUEZ, F.; LOINAS, C.; COLINA, F.; UREÑA, M.A. Orthotopic liver transplantation in alcoholic liver cirrhosis. **Transplantation Proceedings**, v.31, p. 2491 – 93, 1999.

SAAB, S.; IBRAHIM, A.B.; SHPANER, A.; YOUNOSI, M.; LEE, C.; DURAZO, F.; HAN, S.; ESRASON, K.; WU, V.; HIATT, J.; FARMER, D.G.; GHOBRIAL, R.M.; HOLT, C.; YERSIZ, H.; GOLDSTEIN, L.I.; TONG, M.J.; BUSUTTIL, R.W. MELD fails to measure quality of life in liver transplant candidates. **Liver Transplantation**, v. 11, n. 2, p. 218-223, 2005.

SAINZ-BARRIGA, M.; BACCARANI, U.; SCUDELER, L.; RISALITI, A.; TONIUTTO, P.L.; COSTA, M.G.; BALLESTRIERI, M.; ADANI, G.L.; LORENZIN, D.; BRESADOLA, V.; RAMACCIATTO, G.; BRESADOLA, F. Quality of life assessment before and after liver transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 37, p. 2601-2604, 2005.

SCOTT, J.; BARKER, W.A.; ECCLESTON, D. The Newcastle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity. **Brazilian Journal Psychiatry**, v. 152, p. 28-33, 1988.

SEBASTIANI, R.W.; MAIA, E.M.C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, suppl. 1, p. 50-55, 2005.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580 – 588, 2004.

SHAW, B.F.; VALLIS, T.M.; McCABE, S.B. The assessment of the severity and symptom patterns in depression. In: BECKHAM, E.E.; LEBER, W.R. editors. **Handbook of depression**. Homewood: The Dorsey Press, 1985, 372-407.

SINGH, N.; GAYOWSKI, T.; WAGENER, M. M.; MARINO, I. R. Quality of life, functional status, and depression in male liver transplant recipients with recurrent viral hepatitis C. **Transplantation**, v. 67, n. 1, p. 69 - 72, 1999.

SINGH, N.; GAYOWSKI, T.; WAGENER, M. M.; MARINO, I.R. Depression in patients with cirrhosis – impact on outcome. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 42, n. 7, p. 1421 - 1427, 1997a.

SINGH,N.; GAYOWSKI, T.; WAGENER, M.M. et al. Vulnerability to psychologic distress and depression in patients with end-stage liver disease due hepatitis C vírus. **Clinical Transplantation,** v. 11, p. 406-411, 1997b.

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Disponível em: **<http//www.saude.sp.gov.br/transplantes>**. Acesso restrito em 10/03/2008.

STARZL, T.E.; KOEP, L.J.; SCHROTER, G.P.; HOOD, J.; HALGRIMSON, C.G.; PORTER, K.A.; WEIL, R. 3rd: The quality of life after transplantation. **Transplantation Proceedings,** v. 11, p. 352-356, 1979.

STILLEY, C. S.; MILLER, D. J.; TARTER, R. E. Measuring psychological distress in candidates for liver transplantation: a pilot study. **Journal of Clinical Psychology**, v. 53, n. 5, p. 459 - 464, 1997.

STOWELL, J.R.; McGUIRE, L.; ROBLES, T.; GLASER, R.; KIECOLT-GLASER, J. Psychoneuroimmunology. In: NEZU, A.M.; NEZU, C.M.; GELLER, P. **Handbook of Psychology**. Hoboken: Wiley, 2003. Vol. 9, Chap. 4, p. 75-95.

TEIXEIRA, A.C.; SOUZA, F.F.; MOTA, G.A.; MARTINELLI, A.L.C.; SANKARANKUTTY, A.K.; CASTRO-E-SILVA, O. Liver transplantation: expectation with MELD score for liver allocation in Brazil. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 21, suppl 1, p. 12-14, 2006.

TEIXEIRA, M.C.D.; RIBEIRO, M.F.G.S.; STRAUSS, E. A new insight into the differences among non-cirrhotic and cirrhotic patients using the liver disease quality of life instrument (LDQOL). **Ann Hepat**, v. 4, n.4, p. 267 – 71, 2005.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, p. 551 – 558, 1998.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A.; BARROSO, E.; MONTEIRO, E. Psychiatric approach of liver transplant. **Acta Medica Portuguesa**, v. 19, n. 2, p. 165 – 180, 2006.

TRENTINI, C.M.; XAVIER, F.M.F.; CHACHAMOVICH, E.; ROCHA, N.S.; HIRAKATA, V.N.; FLECK, M.P.A. The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n. 2, p. 119-123, 2005.

TREVISAN, J. Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. **Revista de Psiquiatria**, RS, v. 26, n. 3, p. 319-328, 2004.

VAN DER PLAS, S.M.; HANSEN, B.E.; de BOER, J.B.; STIJNEN, T.; PASSCHIER, J.; de MAN, R.A.; SCHALM, S.W. Generic and disease-specific health related quality of life in non-cirrhotic, cirrhotic and transplanted liver patients: a cross-sectional study. **BMC Gastroenterology,** v. 3, n. 33, 2003.

VAN DER PLAS, S.M.; HANSEN, B.E.; de BOER, J.B.; STIJNEN, T.; PASSCHIER, J.; de MAN, R.A.; SCHALM, S.W. Generic and disease-specific health related quality of life of liver patients with various aetiologies: a survey. **Quality of Life Research**, v. 16, n. 3, p. 275 – 288, 2007.

VIEIRA, A.; ROLIM, E.G.; De CAPUA Jr, A.; SZUTAN, L.A. Recidiva da ingesta alcoólica em pacientes candidatos a transplante hepático. Análise dos fatores de risco. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 44, n. 3, p. 205-209, 2007.

WALTER, M.; HILDEBRANDT, M.; RÜTER, J.; PASCHER, P.; NEUHAUS, P.; DANZER, G.; KLAPP, B.F. Evidence of psychosocial influences on acute rejection after liver transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 34, p. 3298-3301, 2002.

YEO, W.; MO, F.K.F.; KOH, J.; CHAN, A.T.C.; LEUNG, T.; HUI, P.; CHAN, L.; TANG, A.; LEE, T.T.; MOK, T.S.K.; LAI, P.B.S.; JOHNSON, P.J.; ZEE, B. Quality of life is predictive of survival in patients with unresectable hepatocelular carcinoma. **Annals of Oncology**, v. 17, p. 1083 – 1089, 2006.

10. APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Patrícia Martins, sou psicóloga do Grupo Integrado de Transplante de Fígado do HCFMRP/USP e estou desenvolvendo um estudo com as pessoas que estão em investigação para inclusão na lista de espera do transplante de fígado e com as já incluídas. Neste estudo estamos avaliando as condições físicas, psicológicas, sociais e ambientais que interferem na qualidade de vida do paciente antes do transplante de fígado. Sua participação é importante porque pode trazer contribuições para um maior conhecimento do estado psicológico de pacientes que irão submeter-se ao transplante de fígado. Os resultados obtidos na pesquisa poderão contribuir para aperfeiçoar o atendimento psicológico a estes pacientes.

Vou ler para você as questões e pedir para que escolha as respostas que melhor descreverem o que você pensa e sente. Farei outras perguntas sobre o seu estado de humor, a maneira como você tem se sentido, e como a doença afetou a sua vida. A duração total será de aproximadamente uma hora. Isto será feito hoje ou em seus retornos normais neste ambulatório.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

1) Tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que será submetido.
2) Tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do seu tratamento ou à realização da cirurgia.
3) Tem a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à sua privacidade.
4) Tem o compromisso de que será prestado à você informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar participando dele.

5) Tem o compromisso de que será devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de sua participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do seu tratamento.
6) Tem a garantia de que o único desconforto pelo qual você passará será o de responder a perguntas de como você se sente em vários aspectos da sua vida.
7) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo, a não ser o desconforto de passar cerca de uma hora respondendo dois questionários. Se as questões envolvidas, de alguma forma gerar qualquer problema psicológico, você terá apoio para a solução deste desconforto.

EU

, aceito participar deste estudo, tendo recebido as informações acima e sendo minha participação inteiramente voluntária.

Assinatura do paciente:_____

Data: ____/_____/_____

Registro HC nº: _____ - ____

Endereço:_____

Cidade:_____Estado:_____

Telefone: ( ) _____

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Patrícia Duarte Martins CRP 06/50.029-5 Assinatura:

_____

Telefones para contato no HCRP: 3602-2547 (Psicologia 3º. andar)
3602-2492 (Unidade de Transplante de Fígado)

Docente orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Psicológica

NOME:_____DATA:___

REGISTRO HC: _____ - ____

I) Diagnósticos

II) Atendimento psicológico ambulatorial antes da aplicação

( ) não

( ) sim

Data do primeiro atendimento psicológico: / /

Número de atendimentos até o momento:

Principais queixa(s) psíquica(s):

III) Realização do transplante no HCRP:

a) ( ) sim, em / /

b) ( ) não

Motivos:

( ) falecimento em / /

( ) desistência

( ) condições clínicas desfavoráveis

( ) metástase

( ) outros,especificar:

1. Quando a sua doença do fígado apareceu?
2. Você já fez uso de álcool ou de drogas? Se sim, quais? Por quanto tempo?
3. Você já passou em consulta com psicólogo ou psiquiatra alguma vez na sua vida? (investigar internações prévias em instituição psiquiátrica)

   ( ) não

   ( ) sim, especificar motivo e tempo de tratamento:
4. Na sua família, alguém sofre de problemas de cabeça ou nervosismo? Se sim, está em tratamento?
5. Você passou a ter algumas dificuldades após o início da doença?

a. no trabalho:

b. na família:
c. nas relações sociais:
d. na vida sexual:
6. O que você sabe sobre o transplante de fígado?
7. Você tem sentido alguma dificuldade em seguir o seu tratamento até o momento? Se sim, quais?
8. O que você imagina sobre o fígado que será colocado em você?
9. E sobre o dono do fígado? Você gostaria de saber algo sobre ele(a)?
10. Você acredita que sua vida vai voltar ao normal após o transplante?

a.( ) sim, do mesmo jeito de antes
b. ( ) sim, mas não como antes
c. ( ) não, não será uma vida normal

11. O que você espera da sua vida após o transplante?
12. Tem alguma coisa na sua vida que o está incomodando, além da sua doença?

APÊNDICE C

Legenda das variáveis e agrupamentos

BECK DEPRESSION INVENTORY

BDI – Versão completa:

00 a 11: mínima

12 a 19: leve

20 a 35: moderada

36 a 63: grave

BDI-13 - Subescala Cognitivo-afetiva

≤ 10: ausência

> 10: presença

FAIXA ETÁRIA (anos):

- 19 a 30
- 31 a 40
- 41 a 50
- 51 a 60
- 61 a 65

ESTADO CIVIL:

Solteiro, separado ou viúvo/sem união estável: 0

Casado, amasiado/com união estável: 1

NÍVEL INSTRUCIONAL:

- Sem resposta: não analisado
- Analfabeto: 0
- Ensino fundamental incompleto: 1

- Ensino fundamental completo: 2
- Ensino médio incompleto: 3
- Ensino médio completo / técnico completo: 4
- Superior incompleto: 5
- Superior completo: 6
- Pós-graduação: 7

MARCADORES DE GRAVIDADE DA DOENÇA HEPÁTICA:

- Model for End-stage Liver Disease (MELD): 2 categorias
  ≤ 15
  > 15

- Child-Turcotte-Pugh:
  A = doença assintomática
  B = avanço moderado da doença
  C = doença avançada

TEMPO DE ESPERA (meses):

0* a 6: grupo 1

7 a 12: grupo 2

13 a 18: grupo 3

19 meses ou mais: grupo 4

*a avaliação nesses casos foi feita pouco tempo antes da inclusão em lista de espera

ETIOLOGIA DA DOENÇA:

- GRUPO 1
  Cirrose Biliar Primária
  Cirrose Biliar Secundária
  Cirrose Hepática Criptogênica
  Cirrose Hepática Autoimune

Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF)

- GRUPO 2
  Cirrose Hepática por Álcool

- GRUPO 3
  Cirrose Hepática por vírus B
  Cirrose Hepática por vírus B + álcool

- GRUPO 4
  Cirrose Hepática por vírus C
  Cirrose Hepática por vírus C + álcool

COMORBIDADES MÉDICAS:

- Álcool
  Ausência: 0
  Presença: 1
- Carcinoma Hepatocelular
  Ausência: 0
  Presença: 1

APÊNDICE D

	DEPRESSÃO								DIAGNÓSTICOS					MELD		TEMPO EM LISTA		WHOQoL-bref								SUBESCALA QUEIXAS SOMÁTICAS e DESEMPENHO DO BDI							
Participante	BDI-21	Med-C	BDI-13	Idade	Sexo		Estado Civil		Principal	Med-C	Álcool	CHC	Child	Pontos	Med-C	Meses	Med-C	Físico	Psicol.	Rel Soc	Meio Amb	Renda R$	Instrução	Med-C	Questão 10	mud. imag. corp.	dif. trab.	insônia	fadiga	falta apet.	perda peso	proc. somát.	perda libido
1	2	mínima	0	57	f	1	casado	1	CH criptogenica	1	0	1	A	6	1	10	2	17,14	20	20	19	sem info	não consta	sem informação	a	0	0	1	0	0	1	0	0
2	27	moderada	19	42	m	0	casado	1	CH vírus B	3	0	0	C	28	4	2	1	13,14	14,66	14,66	12	680	6a. Série	fundamental incompleto	b	0	1	1	1	1	0	3	1
3	12	leve	3	52	m	0	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	C	18	2	2	1	12	13,33	12	12,5	800	3a. Serie	fundamental incompleto	a	1	2	0	2	1	0	1	2
4	15	leve	6	59	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	C	18	2	1	1	10,28	16,66	9,33	12	sem renda	4a. Serie	fundamental incompleto	a	0	2	0	2	1	0	1	2
5	12	leve	9	55	m	0	amasiado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	B	17	2	3	1	20	18	9,33	18	400	8a. Serie	fundamental completo	c	0	0	0	0	0	0	0	1
6	12	leve	7	53	m	0	amasiado	1	CH alcool	2	1	0	C	23	3	4	1	16	19,33	14,66	16	sem renda	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	1	0	1	0	0	1	2
7	10	mínima	5	50	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	9	1	10	2	11,42	14,66	10,66	13,5	660	2o. Colegial	ensino médio incompleto	a	0	1	1	1	0	0	0	2
8	14	leve	5	50	m	0	casado	1	CH vírus B + alcool	3	1	1	B	21	3	6	1	12	11,33	12	16,5	450	2a. Serie	fundamental incompleto	a	0	3	0	2	0	1	1	2
9	30	moderada	10	56	m	0	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	C	18	2	18	3	10,28	14	13,33	13	151	4a. Serie	fundamental incompleto	a	2	3	1	3	2	3	3	3
10	7	mínima	2	55	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	B	18	2	13	3	12	14,66	16	15,5	600	4a. Serie	fundamental incompleto	a	0	1	1	1	0	0	1	1
11	18	leve	5	37	m	0	casado	1	PAF	1	0	0		20	3	12	2	8,57	15,33	9,33	12	500	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	2	1	2	2	3	1	2
12	4	mínima	0	44	f	1	solteiro	0	PAF	1	0	0		20	3	12	2	10,28	18,66	18,66	15	800	primeiro grau completo	fundamental completo	b	0	1	1	1	0	0	1	0
13	10	mínima	5	49	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	1	A	11	1	10	2	13,14	16,66	12	13,5	sem info	não consta	sem informação	a	0	1	0	1	0	0	0	3
14	29	moderada	12	51	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	20	3	3	1	5,71	12	4	7,5	sem renda	analfabeto	analfabeto	b	2	3	3	3	0	0	3	2
15	2	mínima	1	28	f	1	solteiro	0	CH autoimune	1	0	0	A	11	1	11	2	20	18,66	18,66	17	sem renda	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	0	0	0	0	1	0
16	13	leve	7	47	f	1	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	C	11	1	2	1	13,71	17,33	16	17	400	1a. Serie	fundamental incompleto	a	1	3	0	1	0	0	1	0
17	4	mínima	2	49	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	A	11	1	14	3	14,85	16,66	13,33	15,5	3000	segundo grau completo	ensino médio completo	c	0	0	1	1	0	0	0	0
18	2	mínima	2	50	f	1	solteiro	0	CH criptogenica	1	0	0	B	13	2	3	1	14,85	16,66	17,33	13,5	280	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	0	0	0	0	0	0	0
19	15	leve	11	51	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	8	1	5	1	13,14	12	16	11,5	sem info	não consta	sem informação	a	0	2	0	0	1	0	1	0
20	10	mínima	4	50	m	0	casado	1	CH vírus C	4	0	1	B	16	2	2	1	10,28	16,66	14,66	14	240	primeiro grau completo	fundamental completo	b	2	1	0	1	0	0	1	1
21	16	leve	5	59	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	28	4	1	1	13,71	14	14,66	14,5	sem info	não consta	sem informação	a	0	3	1	1	0	3	1	3
22	2	mínima	1	42	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	11	1	11	2	13,71	14,66	16	14	500	5a. Série	fundamental incompleto	b	0	1	0	0	0	0	0	0
23	46	grave	27	56	f	1	separado	0	CH vírus C	4	0	0	B	9	1	19	4	9,14	8,66	9,33	8,5	180	4a. Serie	fundamental incompleto	a	1	2	3	3	3	2	2	3
24	13	leve	6	52	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	12	2	8	2	10,85	13,33	12	11	sem info	segundo grau completo	ensino médio completo	c	0	1	3	0	0	1	1	1
25	7	mínima	0	43	f	1	casado	1	CBP	1	0	0	A	18	2	8	2	10,28	14,66	20	13,5	237	2a. Serie	fundamental incompleto	a	0	3	0	3	0	0	1	0
26	14	leve	7	45	m	0	amasiado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	B	11	1	4	1	12	8	12	13	sem info	não consta	sem informação	a	3	0	1	1	0	0	2	0
27	1	mínima	0	44	m	0	casado	1	CH vírus B + alcool	3	1	0	C	18	2	1	1	18,85	19,33	18,66	20	800	4a. Serie	fundamental incompleto	a	0	0	0	0	0	0	0	1
28	7	mínima	2	49	f	1	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	B	14	2	3	1	12,57	14	14,66	13,5	sem info	não consta	sem informação	a	2	1	0	1	0	0	1	1
29	2	mínima	0	49	m	0	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	B	13	2	4	1	11,42	14,66	16	13	1140	primeiro grau completo	fundamental completo	a	0	1	0	0	0	0	0	1
30	17	leve	6	55	m	0	casado	1	CH vírus B	3	0	0	B	14	2	1	1	13,14	17,33	17,33	16,5	1900	8a. Serie	fundamental completo	b	1	0	3	1	0	3	2	1
31	12	leve	4	52	f	1	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	19	3	5	1	13,14	16	14,66	13,5	sem renda	4a. Serie	fundamental incompleto	a	1	0	0	0	1	3	1	2
32	16	leve	7	47	m	0	casado	1	CH vírus B	3	0	0	B	20	3	6	1	10,28	14,66	14,66	14	1000	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	1	1	1	1	3	1	1
33	23	moderada	10	44	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	B	14	2	11	2	13,14	14	14,66	12	sem renda	primeiro grau completo	fundamental completo	a	2	1	3	0	0	3	3	1
34	14	leve	4	51	m	0	solteiro	0	CH alcool	2	1	0	B	12	2	1	1	13,14	15,33	13,33	11	sem renda	5a. Série	fundamental incompleto	a	0	0	3	2	1	2	1	1
35	5	mínima	4	52	m	0	casado	1	CH vírus C	4	0	0	B	18	2	16	3	19,42	19,33	14,66	18,5	300	1a. Serie	fundamental incompleto	a	0	0	0	0	0	0	0	1
36	26	moderada	12	42	f	1	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	14	2	16	3	10,85	10,66	6,66	13	510	primeiro grau completo	fundamental completo	b	2	2	1	3	1	0	1	3
37	17	leve	11	47	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	1	A	12	2	4	1	14,28	18	18,66	14,5	300	7a. Serie	fundamental incompleto	b	0	2	0	1	0	2	1	0
38	7	mínima	6	31	m	0	solteiro	0	CH criptogenica	1	0	0	A	12	2	1	1	15,42	15,33	12	12	200	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	0	0	0	0	1	0
39	10	mínima	3	49	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	13	2	1	1	13,14	14,66	17,33	14	677	segundo grau incompleto	ensino médio incompleto	a	0	3	0	1	0	0	1	2
40	17	leve	8	33	f	1	casado	1	CBP	1	0	0	A	10	1	16	3	8	16,66	13,33	12,5	sem renda	7a. Serie	fundamental incompleto	a	0	2	3	3	0	0	0	1
41	12	leve	6	56	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	13	2	13	3	16	16	9,33	13	520	1a. Serie	fundamental incompleto	b	0	3	0	1	0	0	1	1
42	6	mínima	3	36	m	0	separado	0	CH vírus C + alcool	4	1	0	C	19	3	1	1	14,28	12	8	14	889	8a. Serie	fundamental completo	b	2	0	0	1	0	0	0	0
43	11	mínima	7	57	m	0	casado	1	CH vírus B	3	0	0	B	16	2	10	2	13,14	14,66	10,66	12	300	3a. Serie	fundamental incompleto	b	0	0	0	2	1	0	0	1
44	5	mínima	2	36	m	0	solteiro	0	PAF	1	0	0		20	3	1	1	13,71	17,33	20	16	260	primeiro grau completo	fundamental completo	b	0	1	0	1	1	0	0	0
45	4	mínima	1	55	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	1	A	15	2	17	3	14,85	16	14,66	13,5	2000	7a. Serie	fundamental incompleto	c	0	0	2	1	0	0	0	0
46	18	leve	11	50	f	1	casado	1	CH vírus C	4	0	0	A	7	1	15	3	11,42	12	16	13	sem renda	primeiro grau incompleto	fundamental incompleto	a	1	0	2	1	1	1	0	1
47	12	leve	8	56	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	12	2	2	1	15,42	16,66	16	15	300	4a. Serie	fundamental incompleto	a	0	1	0	1	0	2	0	0
48	15	leve	9	23	f	1	solteiro	0	CH autoimune	1	0	0	B	10	1	18	3	9,71	12,66	4	12	sem renda	1o. Colegial	ensino médio incompleto	b	0	1	2	1	1	0	0	1
49	3	mínima	0	57	m	0	casado	1	CH vírus C	4	0	1	A	6	1	2	1	18,28	15,33	17,33	14	5000	superior completo	superior completo	b	2	0	0	1	0	0	0	0
50	42	grave	24	51	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	9	1	1	1	13,14	8,66	4	11,5	500	segundo grau incompleto	ensino médio incompleto	b	2	3	0	2	2	3	3	3
51	6	mínima	3	47	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	10	1	1	1	8	14,66	13,33	15	3580	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	1	1	0	0	0	1
52	20	moderada	8	47	f	1	separado	0	CH vírus C + alcool	4	1	0	A	8	1	28	4	13,14	12,66	18,66	14	sem renda	superior completo	superior completo	b	2	1	2	1	1	2	1	2
53	19	leve	8	47	f	1	casado	1	CH vírus C	4	0	0	B	16	2	5	1	11,42	12	13,33	14,5	sem renda	4a. Serie	fundamental incompleto	c	2	2	1	2	0	0	1	3
54	15	leve	3	59	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	1	C	20	3	9	2	10,28	10,66	12	12	2500	segundo grau completo	ensino médio completo	b	2	2	0	2	1	2	0	3
55	1	mínima	1	19	f	1	solteiro	0	CH autoimune	1	0	0	B	13	2	1	1	14,28	15,33	10,66	13,5	sem renda	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	0	0	0	0	0	0
56	2	mínima	0	61	m	0	amasiado	1	CH alcool	2	1	1	B	11	1	5	1	17,71	16,66	17,33	16,5	6000	doutorado	pós-graduação	a	1	0	0	1	0	0	0	0
57	21	moderada	10	33	m	0	separado	0	CH vírus B + alcool	3	1	0	C	25	4	1	1	8,57	7,33	13,33	9	sem renda	3a. Serie	fundamental incompleto	a	1	3	0	3	0	1	3	0
58	19	leve	8	45	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	30	4	5	1	13,71	17,33	12	13,5	sem info	não consta	sem informação	b	0	3	0	3	0	0	2	3
59	1	mínima	0	49	m	0	separado	0	CH alcool	2	1	0	A	10	1	5	1	19,42	18,66	18,66	15,5	sem renda	1a. Serie	fundamental incompleto	b	0	1	0	0	0	0	0	0
60	35	moderada	18	57	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	B	12	2	1	1	13,14	7,33	14,66	11	sem info	não consta	sem informação	c	3	1	3	2	0	3	3	2
61	5	mínima	2	57	m	0	casado	1	CH vírus C	4	0	0	B	23	3	17	3	11,42	15,33	12	16	sem renda	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	0	1	1	1	0	0	0
62	5	mínima	1	53	m	0	separado	0	CH alcool	2	1	0	B	11	1	1	1	17,14	16	12	17	sem info	não consta	sem informação	a	0	0	2	0	0	1	1	0
63	20	moderada	9	42	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	6	1	15	3	8,57	13,33	9,33	14	2000	segundo grau completo	ensino médio completo	a	2	2	1	1	1	0	1	3
64	20	moderada	13	53	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	6	1	14	3	13,71	14	14,66	13,5	1500	4a. Serie	fundamental incompleto	a	1	2	1	0	0	0	1	2
65	20	moderada	11	52	f	1	separado	0	CH vírus C	4	0	0	B	11	1	1	1	9,14	10,66	12	14,5	1800	superior completo	superior completo	b	2	2	1	1	0	0	1	2
66	4	mínima	3	55	m	0	casado	1	CH vírus B + alcool	3	1	0	B	13	2	2	1	16,57	16	20	18	4000	superior completo	superior completo	a	0	0	0	0	0	0	0	0
67	28	moderada	16	51	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	11	1	9	2	7,42	10,66	9,33	9,5	780	7a. Serie	fundamental incompleto	b	0	2	3	2	1	0	1	1
68	14	leve	1	51	f	1	casado	1	PAF	1	0	0		29	4	8	2	8	15,33	18,66	15	350	5a. Série	fundamental incompleto	b	0	3	0	3	1	3	2	1
69	27	moderada	15	47	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	14	2	0	1	12	15,33	17,33	14	sem info	não consta	sem informação	b	1	1	2	1	0	3	3	1
70	9	mínima	1	44	m	0	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	B	9	1	1	1	16	14,66	13,33	15,5	1300	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	3	0	0	0	3	1	1
71	5	mínima	3	52	f	1	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	A	18	2	29	4	13,71	14	18,66	13,5	sem renda	4a. Serie	fundamental incompleto	b	0	1	1	0	0	0	0	0
72	34	moderada	17	41	f	1	casado	1	PAF	1	0	0		20	3	14	3	8	11,33	13,33	16	350	4a. Serie	fundamental incompleto	b	2	3	2	0	1	3	3	3
73	10	mínima	7	45	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	26	4	28	4	19,42	14,66	13,33	18	sem info	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	2	0	0	0	0	1
74	20	moderada	6	41	m	0	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	C	23	3	15	3	6,85	13,33	10,66	14,5	1200	segundo grau completo	ensino médio completo	b	1	3	1	2	2	0	3	2
75	9	mínima	1	51	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	1	C	26	4	1	1	12	15,33	16	15	680	5a. Série	fundamental incompleto	b	0	2	2	1	0	0	1	2
76	20	moderada	14	34	m	0	casado	1	CH vírus B + alcool	3	1	0	A	8	1	15	3	14,85	15,33	14,66	18	900	5a. Série	fundamental incompleto	b	0	1	1	2	1	0	0	1
77	10	mínima	3	52	m	0	casado	1	CH vírus C	4	0	1	A	29	4	33	4	15,42	16	16	16,5	2000	7a. Serie	fundamental incompleto	a	0	1	0	1	0	0	1	1
78	6	mínima	5	61	f	1	casado	1	CH vírus C + alcool	4	1	0	B	14	2	1	1	18,85	16	17,33	15,5	sem renda	não consta	sem informação	a	1	0	0	0	0	0	0	0
79	7	mínima	3	47	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	16	2	2	1	12,57	17,33	16	13,5	1500	superior incompleto	superior incompleto	b	0	1	2	0	0	0	0	0

80	1	minima	0	46	m	0	solteiro	0	CH virus C + alcool	4	1	0	B	18	2	6	1	19,42	18	17,33	19,5	850	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	0	0	1	0	0	0	0
81	16	leve	9	53	m	0	viuvo	0	CH virus C + alcool	4	1	0	B	15	2	4	1	14,85	12,66	12	14	1400	segundo grau completo	ensino médio completo	b	0	0	3	1	0	0	2	1
82	18	leve	5	49	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	8	1	10	2	6,85	14,66	6,66	13	sem renda	4a. Serie	fundamental incompleto	a	0	3	3	2	0	0	3	2
83	17	leve	6	48	m	0	casado	1	CH virus C + alcool	4	1	0	C	29	4	31	4	8	16	10,66	14,5	400	7a. Serie	fundamental incompleto	b	0	3	3	2	1	0	0	2
84	31	moderada	16	40	m	0	separado	0	CH alcool	2	1	0	B	8	1	0	1	12	7,33	6,66	11	387	analfabeto	analfabeto	a	3	3	0	2	1	2	1	3
85	16	leve	4	50	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	18	2	1	1	12,57	17,33	9,33	18	sem renda	8a. Serie	fundamental completo	a	0	3	0	3	0	2	2	2
86	24	moderada	6	38	m	0	solteiro	0	CH alcool	2	1	0	C	40	4	1	1	11,42	10,66	6,66	14,5	sem info	não consta	sem informação	a	1	3	3	3	1	3	2	2
87	34	moderada	21	52	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	10	1	27	4	9,71	11,33	8	11,5	800	analfabeto	analfabeto	a	3	1	0	1	0	0	2	3
88	12	leve	9	42	m	0	casado	1	CH virus C	4	0	0	B	12	2	16	3	13,14	13,33	17,33	16	sem info	não consta	sem informação	b	0	1	1	1	0	0	1	0
89	24	moderada	11	19	f	1	solteiro	0	CBS	1	0	0	B	14	2	1	1	9,71	14	9,33	14,5	sem renda	8a. Serie	fundamental completo	b	1	3	0	1	0	3	2	3
90	15	leve	3	33	m	0	casado	1	CH criptogenica	1	0	0	A	7	1	19	4	12	17,33	12	17,5	450	primeiro grau completo	fundamental completo	a	0	2	2	2	0	3	1	2
91	12	leve	5	57	m	0	solteiro	0	CH alcool	2	1	0	B	9	1	0	1	14,85	18	13,33	13,5	sem renda	2o. Colegial	ensino médio incompleto	a	2	3	0	1	0	0	0	1
92	22	moderada	10	50	f	1	casado	1	CH virus C	4	0	0	C	19	3	3	1	8	12	13,33	12	350	superior completo	superior incompleto	a	0	2	1	1	2	2	3	1
93	10	minima	3	50	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	16	2	38	4	14,85	18,66	12	19,5	1050	7a. Serie	fundamental incompleto	b	1	1	1	2	0	0	1	1
94	16	leve	5	58	f	1	casado	1	CH virus C	4	0	0	C	18	2	3	1	13,14	12,66	20	12,5	sem renda	3a. Serie	fundamental incompleto	b	2	1	1	1	2	1	0	3
95	3	minima	0	53	m	0	casado	1	CH virus C + alcool	4	1	1	B	29	4	10	2	18,85	18,66	8	17,5	1200	8a. Serie	fundamental completo	a	0	1	0	1	0	0	1	0
96	15	leve	7	58	f	1	casado	1	CH virus C	4	0	0	B	19	3	5	1	14,85	11,33	10,66	14,5	sem renda	2o. Colegial	ensino médio incompleto	b	3	1	0	1	2	0	1	0
97	26	moderada	20	31	f	1	casado	1	CH autoimune	1	0	0	B	11	1	33	4	16	10	13,33	9	350	segundo grau completo	ensino médio completo	c	0	0	3	0	0	1	0	2
98	19	leve	7	45	f	1	separado	0	CH criptogenica	1	0	0	B	10	1	6	1	8	9,33	12	9,5	380	4a. Serie	fundamental incompleto	b	1	3	1	2	0	0	2	3
99	12	leve	4	54	m	0	separado	0	CH alcool	2	1	0	B	19	3	0	1	17,71	20	18,66	18,5	840	6a. Série	fundamental incompleto	a	0	0	3	0	2	2	0	1
100	5	minima	3	45	m	0	casado	1	CH virus C + alcool	4	1	0	B	14	2	15	3	16	18,66	18,66	18,5	493	5a. Serie	fundamental incompleto	b	0	0	1	1	0	0	0	0
101	6	minima	0	65	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	23	3	1	1	19,42	18,66	20	19	2100	superior incompleto (3 anos)	superior incompleto	b	1	0	0	0	0	3	2	0
102	28	moderada	19	38	m	0	separado	0	CH virus C + alcool	4	1	0	A	8	1	0	1	14,28	9,33	9,33	34,37	4000	após 2o grau, 2 anos técnico	técnico completo	a	1	3	3	2	0	0	0	0
103	14	leve	9	55	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	18	2	19	4	20	14	13,33	18,5	350	4a. Serie	fundamental incompleto	a	2	0	0	0	0	0	3	0
104	10	minima	2	51	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	19	3	2	1	14,85	18,66	17,33	16	1800	2o. Colegial	ensino médio incompleto	a	1	0	3	0	0	3	0	1
105	5	minima	4	54	m	0	casado	1	CH virus C + alcool	4	1	0	B	12	2	21	4	16,57	20	20	15	380	8a. Serie	fundamental completo	a	0	1	0	1	0	0	0	0
106	21	moderada	7	51	m	0	casado	1	CH virus C	4	0	0	B	26	4	0	1	5,71	14	12	14	450	4a. Serie	fundamental incompleto	b	1	3	3	3	0	0	2	2
107	14	leve	4	50	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	21	3	0	1	16	14,66	16	12,5	sem info	4a. Serie	fundamental incompleto	b	1	1	0	0	0	3	3	2
108	49	grave	27	53	f	1	casado	1	CH virus C	4	0	0	B	12	2	3	1	4	6,66	8	11	sem renda	1a. Serie	fundamental incompleto	c	2	3	3	3	3	3	3	2
109	24	moderada	16	51	m	0	solteiro	0	CH virus B + alcool	3	1	0	B	18	2	18	3	12	14	14,66	14,5	300	1a. Serie	fundamental incompleto	b	0	3	0	1	0	1	1	2
110	8	minima	6	39	f	1	casado	1	PAF	1	0	0		24	3	3	1	17,71	15,33	17,33	19	350	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	1	0	0	0	0	1	0
111	19	leve	5	50	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	9	1	3	1	7,42	12,66	12	14,5	sem info	não consta	sem informação	b	1	3	0	2	2	0	3	3
112	5	minima	4	54	f	1	casado	1	CH virus C	4	0	1	B	15	2	0	1	18,85	17,33	13,33	19	3500	superior (2 faculdades)	superior completo	b	0	0	0	0	0	0	0	1
113	6	minima	6	53	m	0	casado	1	CH virus C + alcool	4	1	0	B	14	2	7	2	14,85	16,66	16	16,5	1300	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	0	0	0	0	0	0
114	17	leve	8	54	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	A	13	2	0	1	13,14	16	14,66	15,5	sem renda	1a. Serie	fundamental incompleto	c	2	2	0	2	0	0	1	2
115	12	leve	7	42	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	B	25	4	0	1	18,28	16,66	13,33	16	1000	4a. Serie	fundamental incompleto	c	0	0	2	0	0	0	1	2
116	12	leve	5	34	m	0	solteiro	0	CH criptogenica	1	0	0	B	18	2	3	1	9,14	12,66	8	11,5	525	primeiro grau completo	fundamental completo	b	0	1	0	3	2	0	1	0
117	6	minima	4	38	m	0	casado	1	CH virus C + alcool	4	1	0	B	15	2	0	1	17,71	17,33	20	18	5000	primeiro grau completo	fundamental completo	b	0	0	0	1	0	0	1	0
118	15	leve	6	40	m	0	casado	1	CH virus C	4	0	0	A	11	1	5	1	10,85	13,33	12	17	900	5a. Serie	fundamental incompleto	b	2	0	1	1	3	0	1	1
119	14	leve	7	41	m	0	separado	0	PAF	1	0	0		24	3	16	3	10,85	10,66	6,66	16	1260	1a. Serie	fundamental incompleto	c	0	1	3	2	0	0	1	0
120	10	minima	5	32	m	0	casado	1	CH alcool	2	1	0	C	22	3	0	1	16	19,33	20	18	760	5a. Serie	fundamental incompleto	c	0	1	0	2	0	0	2	0
121	21	moderada	13	51	m	0	amasiado	1	CH alcool	2	1	0	C	19	3	1	1	13,71	11,33	6,66	18,5	12500	segundo grau completo	ensino médio completo	a	0	0	3	2	0	0	0	3

11. ANEXOS

ANEXO A

BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.

12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

_____ Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____Não_____

20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO B

Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQoL-BREF

NOME: _____DATA: / /

REGISTRO HC: _____ - ____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	Médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	–	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	Extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	Muito	Completamente
10 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20 (F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?
_____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?
_____

ANEXO C

Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

50 anos
USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 14 de março de 2007

Ofício nº 761/2007
CEP/SPC

PROCESSO HCRP nº 1077/2002

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 241ª Reunião Ordinária realizada em 26/02/2007, tomou ciência e aprovou o Adendo (ampliação do número de participantes de 30 para 120), referente ao estudo "EFEITOS DA DOENÇA HEPÁTICA E DO TRANSPLANTE DE FÍGADO NA QUALIDADE DE VIDA E NO ESTADO PSICOLÓGICO DE DOENTES CRÔNICOS". **O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.**

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PATRÍCIA DUARTE MARTINS
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 11 de março de 2002

Ofício nº 517/2002
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **"EFEITOS DA DOENÇA HEPÁTICA E DO TRANSPLANTE DE FÍGADO NA QUALIDADE DE VIDA E NO ESTADO PSICOLÓGICO DE DOENTES CRÔNICOS",** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 125ª Reunião Ordinária realizada em 04/03/2002, e enquadrado na categoria: **APROVADO,** de acordo com o Processo HCRP nº 1077/2002.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

***PROF. DR.* SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA**
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PATRÍCIA DUARTE MARTINS
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos

ANEXO D

Lista de descritores[14]

Psicologia: "A ciência voltada para o estudo dos processos mentais e do comportamento dos homens e animais".
Categoria: F 04.096.628
Identificador único: D 011584

Transplante de Fígado: "Transferência de uma parte do fígado ou do fígado inteiro, de um ser humano ou animal a outro".
Categorias: E 04.210.650 / E 04.936.450.490 / E 04.936.580.490
Identificador único: D 016031

Depressão: "Estados depressivos, geralmente de moderada intensidade quando comparados à depressão maior, presentes nos transtornos neuróticos e psicóticos".
Categoria: F 01.145.126.350
Identificador único: D 003863

Qualidade de vida: "Conceito genérico que reflete uma preocupação com a modificação e a intensificação dos componentes da vida. Ex. ambiente social, físico, político e moral".
Categorias: I 01.800 / K 01.752.400.750 / SP 4.011.077.593
Identificador único: D 011788

Entrevista psicológica: "Uma conversa direta com o objetivo de obter informação para o diagnóstico e avaliação psiquiátrica, planejamento do tratamento, etc. A entrevista pode ser conduzida por um assistente social ou psicólogo".
Categoria: F 04.669.599
Identificador único: D 007406

[14] Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php?lang=pt>. Acesso em 13/03/2008.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo