



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

## Qualidade de vida na Doença Hepática Crónica

Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento  
de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

Vera Lúcia Vieira Lopes Anapaz

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Doutora Célia Maria Duarte Lemos Vicente

Co-orientadora: Prof. Doutora Anabela Antunes Almeida

Covilhã, Junho de 2011

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

Dissertação por Vera Lúcia Vieira Lopes Anapaz apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à conclusão do Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, realizada sob orientação da Dra. Célia Maria Duarte Lemos Vicente, Assistente Hospitalar de Gastreenterologia no Centro Hospitalar Cova da Beira - EPE e Assistente Convidada na Faculdade de Saúde da Universidade da Beira Interior, e co-orientação da Professora Dra. Anabela Antunes Almeida Docente na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

## Dedicatória

*Com carinho aos meus queridos Pais, La-Salette e Raul, que têm sido para mim mais do que amigos, companheiros, por serem os meus pilares.*

*Sou eternamente grata por tudo.*

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, por todo o meu processo de aprendizagem.

À minha orientadora Dra. Célia Vicente, pela disponibilidade e todo o apoio que prestou desde o primeiro momento, pela paciência e por todas as críticas construtivas.

À minha co-orientadora Dra. Anabela Almeida pela disponibilidade, prontidão para ajudar-me sempre que foi necessário e por todas as sugestões.

Aos meus pais, Raul e La-Salette, pelo apoio incondicional que têm dado apesar da distância física, pela paciência, carinho e amor, pela coragem e motivação que sempre transmitiram.

Aos meus avós por acreditarem em mim.

Ao Adilson e ao Bruno, pela amizade, pelo carinho, pelo companheirismo e por todos os momentos felizes juntos.

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Prefácio

*“Out of the night that covers me,  
Black as the pit from pole to pole,  
I thank whatever gods may be  
For my unconquerable soul.  
In the fell clutch of circumstance  
I have not winced nor cried aloud.  
Under the bludgeonings of chance  
My head is bloody, but unbowed.  
Beyond this place of wrath and tears  
Looms but the Horror of the shade,  
And yet the menace of the years  
Finds and shall find me unafraid.  
It matters not how strait the gate,  
How charged with punishments the scroll,  
I am the master of my fate:  
I am the captain of my soul.”*

*William Ernest Henley (1849-1903).*

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Resumo

### Introdução

A Doença Hepática Crónica (DHC) é responsável por aproximadamente 40.000 mortes anuais, o que corresponde a cerca de 2% do total de mortes a nível mundial.

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVS) tem-se tornado relevante em pacientes com DHC. À semelhança de outras doenças crónicas, a redução da Qualidade de Vida (QV) destes doentes tem sido documentada, assim como a interacção entre os factores psicológicos e as alterações provocadas pela patologia.

Em Portugal, os estudos relativos à DHC e Cirrose Hepática (CH) existentes, têm fornecido informação relativa à realidade destas entidades clínicas. Com este estudo pretendeu-se especificar e compreender as características dos pacientes com CH seguidos no serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), assim como avaliar a gravidade da CH através da utilização da escala de *Child-Pugh-Turcotte* e a Qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVS).

### Material e Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e observacional destinado à avaliação da QdVS num grupo de pacientes com o diagnóstico de CH no CHCB.

Efectuaram-se entrevistas directas através de questionários a uma amostra de 42 pacientes com diagnóstico clínico e imagiológico, durante os meses de Janeiro até Abril de 2011.

Além da análise descritiva procurou-se estabelecer correlação entre algumas das variáveis em estudo, consideradas estatisticamente significativas quando o valor de  $p < 0,05$ .

### Resultados

A média das idades dos participantes no estudo era de 62 anos, e cerca de 31% dos pacientes tinham entre os 66 e 75 anos. O género masculino e a etiologia etílica da cirrose corresponderam a uma proporção de mais de 90% de todos os pacientes. A pontuação média obtida após a aplicação do *Short Form Health Survey* (SF-36) rondou os 49. Após efectuado o cálculo para a estratificação da gravidade da patologia através da escala de CPT, 69% dos pacientes pertenciam à classe A, 21% à classe B e 10% à classe C.

## Conclusão

A CH afecta maioritariamente indivíduos do sexo masculino, sendo o consumo etílico regular a etiologia predominante.

Relativamente à escala de CPT, os resultados obtidos apontam para uma boa sobrevida. Conclui-se que a QdVS está claramente afectada na DHC associada a CH, nomeadamente a nível da Dor Física, do Desempenho Físico e da Vitalidade.

Este estudo vai ao encontro de dados Nacionais, em que a Cirrose Hepática é um problema de Saúde Pública, em relação à qual devem ser tomadas medidas relativas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

## Palavras-chave

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVS), Doença Hepática Crónica (DHC), Cirrose Hepática (CH), *Child-Pugh-Turcotte* (CPT), *Short Form Health Survey* ( SF-36).

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Abstract

Chronic liver disease (CLD) is responsible for approximately 40.000 deaths annually, which corresponds to about 2% of all deaths worldwide. The concept of Quality of Life Related to Health (QdVS) has become relevant in patients with CLD. Like other chronic diseases, reducing the quality of life (QOL) of these patients has been documented as well as the interaction between psychological factors and changes caused by pathology.

In Portugal, studies on existing CLD and Liver Cirrhosis (LC) have provided information on the reality of these clinical entities. This study aimed to specify and understand the characteristics of patients with LC service followed in the Gastroenterology at *Cova da Beira* Hospital Center (CHCB) as well as assess the severity of LC using the scale of Child-Pugh-Turcotte and the Health Related Quality Of Life (HRQOL).

## Material and Methods

This is a retrospective, observational and cross for the evaluation of QdVS a group of patients diagnosed with LC in CHCB. Direct interviews were carried out using questionnaires to a sample of 42 patients with clinical and imaging during the months of January and April 2011. Besides the descriptive analysis we tried to establish some correlations between the variables studied, considered statistically significant when p value is <0.05.

## Results

The mean age of study participants was 62 years, and approximately 31% of patients were between 66 and 75 years. The males and ethylic etiology of cirrhosis accounted for a proportion of over 90% of all patients. The average score obtained after applying the SF-36 was around 49%. After the calculation made to stratify the severity of the disease across the range of CPT, 69% of patients were in class A, class B 21% and 10% to class C.

## Conclusion

The LC mainly affects males, and regular alcohol consumption the predominant etiology. Regarding the scale of CPT, the results indicate a good survival.

We conclude that the QdVS is clearly affected in CLD associated with LC, particularly in terms of physical pain, physical performance and vitality. This study is consistent with national data, where the Liver Cirrhosis is a public health problem, for which measures must be taken concerning the excessive consumption of alcoholic beverages.

## Keyword

Health Related Quality Of Life (HRQOL), Chronic Liver Disease (CLD), Liver Cirrhosis (LC), *Child-Pugh-Turcotte* (CPT), *Short Form Health Survey* (SF-36).

# Índice

Dedicatória	iv
Agradecimentos	vi
Prefácio	viii
Resumo	x
Abstract	xiii
Índice Geral	xv
Índice de Ilustrações	xvii
Índice de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxi
Introdução	1
Materiais e Métodos	4
Resultados	10
Discussão	16
Limitações do estudo	21
Conclusão	22
Referências Bibliográficas	24
Anexos	26

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Índice de Ilustrações

Figura 1 - Distribuição dos participantes por idades	10
Figura 2 - Distribuição dos participantes nível de escolaridade	11
Figura 3 - Distribuição dos participantes segundo as comorbilidades	11
Figura 4 - Distribuição dos participantes segundo o grau de Encefalopatia Hepática	12
Figura 5 - Distribuição dos pacientes após o cálculo da escala de CPT	12
Figura 6 - Distribuição dos pacientes pela pontuação obtida na sub-escala saúde geral	14

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Variáveis avaliadas pela escala de <i>Child-Pugh-Turcotte</i>	6
Tabela 2- SF-36, subescalas, itens, e pontuações	7
Tabela 3- Itens das escalas do SF-36	13

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

## Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
DHC	Doença Hepática Crónica
CH	Cirrose Hepática
CHC	Carcinoma Hepatocelular
CPT	<i>Child -Pugh-Turcotte</i>
AST	Asparato Aminotransferase
ALT	Alanina Aminotransferase
GGT	Gama Glutamil Transferase
QV	Qualidade de Vida
QdVS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
DHA	Doença Hepática Alcoólica
SF-36	<i>Short Form Health Survey</i>
CLDQ	<i>Chronic Liver Disease Questionnaire</i>
DRGE	Doença de Refluxo Gastroesofágico



## Introdução

A Doença Hepática Crónica (DHC) define-se por uma reacção inflamatória crónica de causa e gravidade variável, com evolução progressiva e caracterizando-se por fibrose e alteração da estrutura hepática normal (1-3).

A Cirrose Hepática (CH) caracteriza-se por fenómenos de destrutivos e degenerativos das células parenquimatosas hepáticas, associados a fibrose difusa, que resultam na alteração crónica da arquitectura lobar e vascular do fígado e na formação de nódulos parenquimatosos de diferentes dimensões (1). Tais alterações são responsáveis pela diminuição da actividade hepática normal, nomeadamente síntese enzimática e excreção hepática, hipertensão portal, varizes esofágicas, bem como aumento do risco de Carcinoma Hepatocelular (CHC) (1-5).

Os mecanismos etiopatológicos subjacentes à CH podem estar associados a causas infecciosas (hepatite viral crónica - Hepatite B e C), tóxicas (álcool, drogas de abuso, fármacos), assim como causas auto-imunes, esteato-hepatite não alcoólica, cirrose biliar, doença hepática metabólica hereditária (hemocromatose, doença de Wilson, deficiência de  $\alpha$ 1-antitripsina), podendo em alguns casos não ser possível apurar a etiologia subjacente (1).

Numa fase inicial compensada, a patologia pode manifestar-se sob a forma de anorexia e perda de peso, fadiga ou até osteoporose. A apresentação como cirrose descompensada caracteriza-se pela presença de varizes esofágicas hemorrágicas, ascite, peritonite bacteriana espontânea e encefalopatia hepática, sendo estes os principais motivos de recorrência aos cuidados de saúde e urgências médicas, bem como internamentos hospitalares sucessivos. Relativamente aos sinais e sintomas clínicos mais frequentes, os pacientes podem apresentar icterícia, prurido, hepatomegalia, esplenomegalia, telangiectasias e angiomas (1-3).

Relativamente ao prognóstico, múltiplas variáveis clínicas têm sido associadas ao aumento da taxa de mortalidade, nomeadamente após complicações e internamentos hospitalares por hemorragia digestiva alta associada a varizes esofágicas ou peritonite bacteriana grave. Existem alguns modelos prognósticos, sendo um dos mais antigos a escala de *Child-Pugh-Turcotte* (CPT). Inicialmente criada para calcular o prognóstico na CH, é actualmente utilizada para avaliar a sobrevida após transplante hepático ou após episódio de hemorragia digestiva alta (5,8).

Através da avaliação de determinadas variáveis, como a presença de encefalopatia hepática, ascite, níveis de bilirrubina, níveis de albumina e função trombótica - tempo de protrombina ou índice internacional normalizado (INR), esta escala permite aos clínicos o acesso a um método rápido, prático e eficaz, que é utilizado com bastante frequência e citado em diversas investigações (11-15).

A DHC é responsável por aproximadamente 40.000 mortes anuais, o que corresponde a cerca de 2% do total de mortes a nível mundial (7,9). A CH é um dos principais factores de risco para CHC, e a taxa de mortalidade associada tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos. A sobrevida após transplante hepático é de 85% em 5 anos (1).

Em Portugal, 10 % da população tem hábitos alcoólicos excessivos, sendo esta a principal causa de cirrose no país, seguida pelas hepatites virais (7,10).

Devido à sua progressão natural, a CH tem um efeito devastador sobre a autonomia social, economias globais, sistemas de saúde, bem como a nível dos prestadores de cuidados de saúde (6).

É sabido que os doentes com hepatopatia crónica sofrem repercussões ao nível da sua qualidade de vida (12-16)

A Qualidade de Vida (QV) é um conceito global associado à percepção única e pessoal, relativamente às componentes da vida humana, ao contexto de valores em que o indivíduo vive, às suas expectativas, padrões e preocupações.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVS) é um subconjunto de aspectos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde (6).

Segundo alguns autores, tem-se constatado que estamos perante uma era em que os resultados na saúde estão cada vez mais sob avaliação, com base na perspectiva do doente e na forma como afectam a sua funcionalidade, assim como o modo como satisfazem as suas expectativas e necessidades (14,19).

Na prática clínica actual, tem-se tornado valiosa a associação entre QdVS e as patologias crónicas (15,16).

Uma das motivações para a realização deste trabalho de investigação prende-se ao facto da CH ser um dos principais factores de ocupação das enfermarias e das consultas de Gastrenterologia.

O objectivo deste estudo é conhecer os aspectos sócio-demográficos, clínicos e a qualidade de vida de um grupo de indivíduos com CH. Para isso, foram realizados inquéritos a pacientes do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) com esse diagnóstico clínico.

Reunindo os conhecimentos obtidos pela leitura crítica de estudos relacionados com o tema (11-16), formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1 (H1):** O diagnóstico clínico prevalente tem influência na percepção da qualidade de vida.

**Hipótese 2 (H2):** O nível de escolaridade tem influência sobre o abandono de consumo etílico.

**Hipótese 3 (H3):** Existe correlação entre a QdVS e a escala de CPT.

**Hipótese 4 (H4):** A saúde mental tem influência sobre a função social ou física dos inquiridos.

## Material e Métodos

### Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e observacional.

Inicialmente preconizou-se a recolha de informação clínica necessária para a selecção dos participantes em estudo, seguindo-se a realização de um protocolo como os objectivos, bem como a metodologia a ser utilizada e os inquéritos aplicados para o estudo em causa. O protocolo foi analisado pelo Concelho de Ética, com a aprovação do mesmo, assim como do Presidente do Concelho de Administração do CHCB. (ver anexo 1)

Após selecção da amostra, foram aplicados questionários em que esteve presente a autora do estudo.

Os inquéritos foram aplicados após o período de consulta ou no internamento de Gastreenterologia no CHCB.

### Amostra

Os indivíduos incluídos na amostra correspondem aos inquiridos, no contexto de consulta, entre os meses de Janeiro até Abril de 2011.

Inicialmente estava prevista a aplicação de 49 questionários. Dos 49 pacientes, 2 não compareceram à consulta, e 5 não participaram no estudo por indisponibilidade para a realização do questionário. Assim sendo, para este trabalho foram recolhidas as respostas de 42 utentes.

Como critérios de inclusão da nossa amostra temos os seguintes:

- Pacientes com diagnóstico clínico de CH, confirmado por testes laboratoriais, histologia e exames imagiológicos.
- Pacientes seguidos na consulta externa de Gastreenterologia do CHCB com data de consulta previamente marcada.
- Pacientes internados no serviço de Gastreenterologia do CHCB.

Como critérios de exclusão:

- Pacientes com hemorragia activa, infecções bacterianas ou outros eventos agudos.

## Instrumentos de investigação

Para a realização deste estudo efectuou-se a recolha de informação através de questionários e consulta do processo clínico, a uma amostra seleccionada por conveniência de um grupo de pacientes do CHCB com o diagnóstico de CH. (ver anexos 2, 3, 4)

A recolha de dados foi efectuada após a autorização para realização do estudo e respectiva utilização de instrumentos de avaliação, por parte do Concelho de Administração do CHCB, após a aprovação do Concelho de Ética e do Director do Serviço de Medicina. (ver anexo 1)

Todos os pacientes incluídos no estudo assinaram voluntariamente o consentimento informado e aceitaram a participação no estudo mediante o cumprimento dos critérios de privacidade e protecção dos dados pessoais. (ver anexo 5)

Na recolha de dados esteve envolvida a aluna e autora do estudo, com um total de 42 questionários efectivados.

Para a realização do estudo, foi solicitado aos pacientes que respondessem a dois questionários, um relativo a dados sócio-demográficos, e o segundo relativo a características globais sobre o seu estado de saúde e destinado à avaliação da QdVS - *Short Form Health Survey* (SF-36). (ver anexo 4)

Foram recolhidos dados do processo clínico de cada paciente, bem como análises laboratoriais consideradas relevantes para o estudo.

Para a obtenção dos dados necessários, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

### I. **Dados sócio-demográficos**

Constam de informação relativa ao diagnóstico clínico e duração da doença, idade, sexo, estado civil, nível educacional, profissão, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, data de diagnóstico clínico, patologias concomitantes e cirurgias prévias (ver anexo 1).

## II. Classificação de *Child -Pugh-Turcotte (CPT)*

A escala de CPT é validada como modelo de prognóstico para a CH (3). (ver anexo 3) A escala integra cinco critérios clínicos (Tabela 1), cada um deles pontuados de 1 a 3. Após efectuada a soma entre os resultados, a pontuação entre 5-6 corresponde à classe A com melhor sobrevida, entre 7 e 9 à classe B e entre 10-15 à classe C com pior sobrevida. A principal desvantagem na aplicação da classificação de CPT consiste na categorização das variáveis e da própria escala, o que reduz a informação prognóstica devido ao conteúdo de parâmetros subjectivos como o grau de ascite e encefalopatia, bem como o facto de ser dada a mesma importância que é dada a outras as variáveis.

Tabela 1 - Variáveis avaliadas pela escala de *CPT*

<i>Parâmetros/ Pontuação</i>	1	2	3
Albumina	>3.5 g/dl	3.5 -2.8 g/dl	<2.8 g/dl
Bilirrubina	<2 mg/dl (34µM/l)	2-3 mg/dl (34 - 50µM/l)	>3 mg/dl (50 µM/l)
Tempo de Protrombina segundos/ (INR)	1 - 3 (<1,7)	4 -6 (1,8-2,3)	>6 (>2,3)
Ascite	Ausente	Ligeira	Moderada
Encefalopatia	Ausente	Grau 1 a 2	Grau 3 a 4

Fonte: Adaptado de *Sherlock S, Dooley J, editors. Diseases of the Liver and Biliary System. 11<sup>th</sup> ed., Blackwell Science, Inc; 2001 (5).*

## III. *Medical Outcomes Study - Item Short Form Health Survey (SF-36):*

O SF-36 é um instrumento desenvolvido por *Ware et al.*, para a avaliação do estado de QdVS em geral. Composto por uma escala com 36 itens agrupados em 8 sub-escalas, considerado uma medida genérica de saúde, destina-se a medir conceitos que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar.

O seu conteúdo, tanto referente à saúde física como mental, a sua fiabilidade psicométrica e a sua simplicidade, são factores que facilitam a utilização permitindo a auto-avaliação realizada pelo indivíduo (19).

Nesta investigação foi utilizada a versão portuguesa do SF-36 traduzida e validada por Ferreira e Ferreira & Santana. (ver anexo 4)

Para a interpretação das subescalas, as pontuações são padronizadas entre 0 a 100, em que 0 corresponde a pior percepção e 100 a uma boa percepção de QdVS.

A padronização das pontuações efectuou-se após a conversão de valores em scores considerados válidos para as 8 sub-escalas.

Os conteúdos e itens abreviados, bem como a pontuação, estão apresentados no seguinte quadro.

Tabela 2- SF-36, subescalas, itens, e pontuações

<i>Conceitos</i>	<i>Itens</i>	<i>Pontuação mínima</i>	<i>Pontuação máxima</i>
FF - Função Física	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	10	30
DF - Desempenho Físico	4a, 4b, 4c, 4d	4	20
DC - Dor corporal	7, 8	2	20
SG - Saúde Geral	1, 11a, 11b, 11d	5	25
VT - Vitalidade	9a, 9e, 9g, 9i	4	20
FS - Função Social	6,10	2	10
DE - Desempenho Emocional	5a, 5b, 5c	3	15
SM - Saúde Mental	9b, 9c, 9d, 9f, 9h	5	25

As oito sub-escalas contêm 2 a 10 itens e são pontuadas através do método de *Likert*.

A utilização do SF-36 permitiu a recolha de informação para a avaliação de 5 sub-escalas de saúde física (função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade e estado geral de saúde) e 3 sub-escalas relativas ao estado mental dos indivíduos (desempenho emocional, saúde mental e função social).

Relativamente à mudança de saúde, não é pontuada por não ser considerada uma dimensão em saúde, servindo apenas para avaliar a evolução do estado de saúde ao longo do último ano.

### Pesquisa de literatura de referência:

Foram utilizadas como fontes de recolha de informação diversas bases de dados, entre as quais: *PubMED*, *Medline*, *Scielo* e *ScienceDirect*, Base de dados da Organização Mundial de Saúde e Instituto Nacional de Estatística (INE), bem como directórios de Faculdades Nacionais de Medicina.

### Metodologia de análise dos dados:

Os dados obtidos foram analisados pelo programa *Software Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS - versão 18.0 para Windows) para o tratamento e análise da informação recolhida.

Posteriormente, foram aplicadas técnicas de estatística descritiva, recorrendo a frequências absolutas e relativas, percentagens, medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

Após análise das variáveis a serem correlacionadas, observou-se uma distribuição normal das mesmas, permitindo a aplicação de testes paramétricos.

Procedeu-se a uma análise inferencial dos scores obtidos nas diferentes subescalas, recorrendo-se ao Teste *Pearson Qui-square* e Teste *t de student*. Aceitou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção quando a probabilidade de significância fosse inferior a 0.05.

## RESULTADOS

### Descrição de dados sócio-demográficos

A média das idades dos participantes no estudo era de 62 (desvio padrão 2,068), em que 31% dos pacientes encontravam-se entre os 66 e 75 anos.

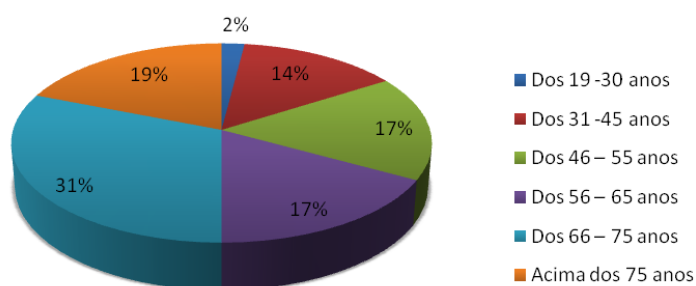


Figura 1- Distribuição dos participantes por idade

O género masculino foi prevalente, correspondendo a 90% do total.

Observou-se uma grande discrepância em relação ao número de participantes com diagnóstico de Cirrose Hepática de etiologia alcoólica (91%), comparado aos 7% com Hepatite C crónica e 2% com Hepatite crónica auto-imune.

A maioria da amostra inquirida frequentou o 4º ano de escolaridade, correspondendo a 70% dos participantes em estudo.

Apenas 2 pacientes frequentaram o ensino secundário e 1 deles concluiu a licenciatura.

Qualidade de Vida na Doença Hepática Crónica - Avaliação de um grupo de doentes da consulta e internamento de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

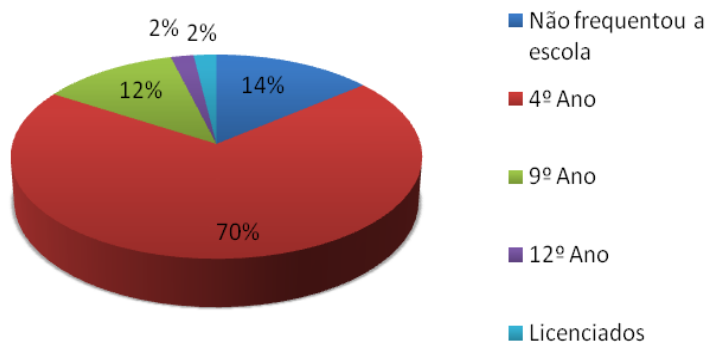


Figura 2- Distribuição dos participantes nível de escolaridade

Quanto ao consumo regular de bebidas alcoólicas, metade da população em estudo afirmou ter abandonado o consumo, no entanto 43% afirmaram fazer um consumo étílico regular.

Em relação aos hábitos tabágicos, 52% dos pacientes afirmou ser ex-fumador e 24% relataram hábitos tabágicos acentuados.

Após a análise das frequências relacionada com a data do diagnóstico clínico, 41% afirmaram ter tido conhecimento do diagnóstico há menos de um ano, enquanto 38% dos pacientes afirmaram ser seguidos na consulta há mais de 5 anos.

Metade dos pacientes afirmaram ter mais de uma comorbilidade associada ao diagnóstico clínico, 12% afirmaram ter Hipertensão Arterial (HTA), 5% afirmaram ter *Diabetes Mellitus* (DM) e apenas 2% Insuficiência Renal Crónica (IRC).

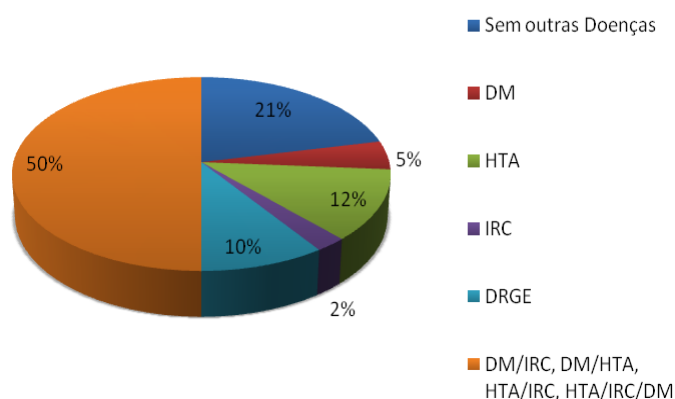


Figura 3- Distribuição dos participantes segundo as comorbilidades; DM- *Diabetes Mellitus*, HTA- Hipertensão Arterial, IRC- Insuficiência Renal Crónica, DRGE- Doença de refluxo gastroesofágico.

## Distribuição dos pacientes segundo a Escala de CPT

Efectuou-se a avaliação de cada um dos parâmetros relacionados com a escala de CPT. Em relação à presença de encefalopatia hepática, 12% apresentavam grau moderado (I-II) segundo se constatou pelos dados referidos no diário da consulta ou do internamento.

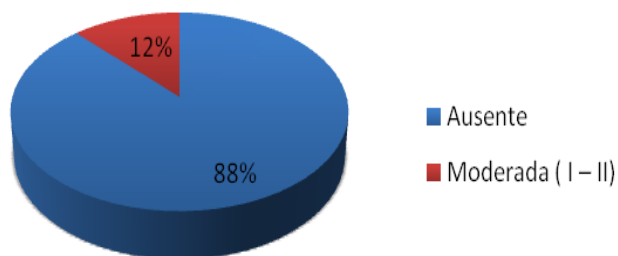


Figura 4- Distribuição dos participantes o grau de Encefalopatia Hepática

Relativamente à presença de ascite, 31% dos pacientes apresentavam grau moderado e apenas 2% manifestavam ascite severa.

Em relação aos dados laboratoriais, 66% dos pacientes em estudo apresentavam níveis de bilirrubina inferiores a 2 mg/dl, 76% tinham valores superiores a 3,5 g/dl de albumina e 91% dos pacientes apresentavam INR inferior a 1,7.

Após efectuado o cálculo para a estratificação da gravidade da patologia através da escala de CPT, 69% dos pacientes pertenciam à classe A, 21% à classe B e apenas 10% à classe C.

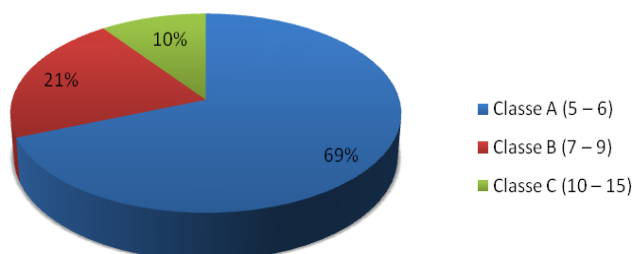


Figura 5- Distribuição dos pacientes após o cálculo da escala de CPT

## Distribuição dos pacientes segundo as diferentes subescalas de qualidade de vida

A análise da qualidade de vida foi efectuada após conversão dos valores obtidos nas subescalas. Procedeu-se ao cálculo da média e desvio padrão, bem como análise de frequências referente às dimensões a avaliar, apresentados no seguinte quadro.

Tabela 3 - Sub-escalas do SF-36

	Scores	DP	Mínimo	Máximo
Função. Física	53,81	35,558	0	100
Desempenho físico	49,11	33,716	0	100
Dor Física	24,07	10,814	0	44,44
Saúde geral	55,00	15,421	15	75
Vitalidade	47,32	17,899	12,5	100,0
Função social	53,87	16,677	25	100
Desempenho emocional	53,77	33,191	0	100
Saúde mental	56,55	14,587	30	95

DPM - desvio padrão da média, DP - desvio padrão

Quando questionados sobre o seu estado de saúde, 36% dos participantes caracterizou-a como muito boa, 29% como razoável e 17% como fraca.

## Função Física

A distribuição nesta sub-escala foi heterogénea, 19 pacientes apresentaram score igual ou inferior a 35. Com resultados acima de 75, encontravam-se 18 pacientes, dos quais 8 apresentaram pontuação igual a 100.

## Desempenho Físico

Em relação ao desempenho físico, 24 pacientes obtiveram pontuação inferior a 50. Quando questionados quanto às limitações a nível de trabalho ou actividades diárias, 21% dos inquiridos afirmaram ter limitações sempre, 12% durante a maior parte do tempo e 31% durante algum tempo.

## Dor Física

Quando comparadas as médias relacionadas com as oito dimensões em estudo, a média da sub-escala relativa à dor física correspondeu aos valores mais baixos.

Dos pacientes inquiridos, 17 afirmaram ter dores muito fortes. No entanto, após questionada a interferência da dor no trabalho/actividades da vida diária, apenas 7 relataram dor incapacitante.

## Saúde Geral

A pontuação máxima obtida na sub-escala não ultrapassou os 75. Dos 42 pacientes inquiridos, 11 apresentaram uma pontuação total de 70.

O gráfico seguinte (figura 8) representa as respostas dos pacientes relativamente ao seu estado de saúde actual.

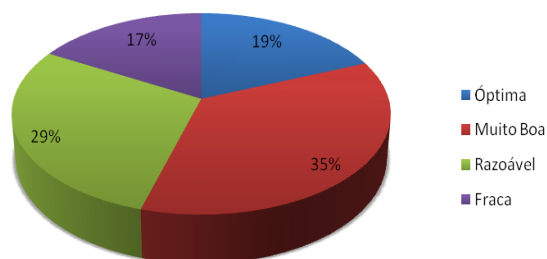


Figura 6 - Distribuição dos pacientes pela pontuação obtida na sub-escala Saúde Geral

## Vitalidade

A média nesta sub-escala foi de aproximadamente 47, em que 45% dos pacientes afirmaram terem muita vitalidade durante a maior parte do tempo.

Apenas 2% dos pacientes relataram cansaço excessivo durante as últimas semanas.

## Função Social

Relativamente à função social, 33 pacientes apresentavam valores iguais ou superiores a 50. Mais de metade dos pacientes negaram ter interferência nas suas actividades sociais normais devido aos problemas de saúde. Em relação à interferência da saúde física a nível das actividades sociais normais, 36% dos inquiridos afirmou nunca ter tido qualquer alteração na actividade social devido a problemas físicos.

## Desempenho Emocional

No grupo em estudo, 22 pacientes obtiveram valores iguais ou inferiores a 50. Quando questionados sobre a interferência emocional a nível das actividades diárias, 11 pacientes afirmaram ter diminuído o tempo a carga laboral ou em actividades de lazer. Relativamente à vontade pessoal para a realização de tarefas diárias, 23% dos inquiridos afirmaram não ter tido qualquer alteração nos hábitos diários.

## Saúde Mental

Em relação à saúde mental, 30 pacientes obtiveram pontuação igual ou superior a 50. Quando inquiridos sobre a sensação de stress nas últimas quatro semanas, 26% afirmaram terem-se sentido nervosos durante a maior parte do tempo e 14% durante “todo o tempo”. Relativamente à sensação de depressão e falta de estímulo, 33% afirmaram que durante algum tempo no último mês estiveram deprimidos. Quando questionados em relação à sensação de felicidade, 21% afirmaram ter estado sempre felizes, 17% durante a maior parte do tempo e 33% durante algum tempo.

## Mudança de saúde

Apesar da mudança de saúde não ser considerada uma dimensão em saúde avaliada pelo SF-36, esta questão permite avaliar a evolução do estado de saúde ao longo do último ano, assim 35% dos pacientes afirmaram estar “aproximadamente igual”, 21% referiram ter piorado um pouco e 23% afirmaram estarem “muito pior”.

## Análise inferencial

Verificou-se no cruzamento obtido relativamente ao diagnóstico clínico e as diferentes sub-escalas do SF-36 correlação entre a Cirrose Hepática de etiologia alcoólica e a Função Física após a aplicação do testes *Pearson Chi-Square* (valor de  $p=0,029$ ).

Em relação aos hábitos alcoólicos e nível de escolaridade, verificou-se que os valores mais elevados de abandono etílico correspondiam ao grupo de pacientes que completaram o 4º ano de escolaridade (*Pearson Chi-Square*  $p=0.043$ ).

Relativamente à correlação entre as pontuações obtidas na escala de CPT e cada uma das sub-escalas do SF-36, obteve-se correlação entre a Função Física e a Classe A de CPT, após aplicação do teste de *Pearson Chi-Square* (valor de  $p=0.015$ )

O cruzamento dos resultados relativamente às restantes sub-escalas do SF-36, não mostrou correlação estatisticamente significativa com a escala de CPT.

Efectuou-se a comparação entre as pontuações obtidas relativas à sub-escala Função Física e Saúde Mental, e recorreu-se ao Teste *t-student*. O resultado desta análise não foi estatisticamente significativo (valor de  $p=0,146$ ).

Foi ainda aplicado o Teste *t-student* para comparação entre as pontuações obtidas nas sub-escalas da Função Social e Saúde Mental, no entanto o resultado não mostrou correlação entre as variáveis (valor de  $p=0,415$ ).

## DISCUSSÃO

A DHC, como uma entidade clínica prevalente que acarreta elevados custos de saúde, e estando associada à degradação da QV, tem despertado elevado interesse no âmbito da saúde pública. Esta investigação torna-se relevante já que a nível Nacional existem poucos estudos nesta área.

Relativamente à distribuição por idades, os resultados reflectem o envelhecimento da população residente no interior do país, dados estes que vão de encontro aos fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em que a população com mais de 65 anos em Portugal Continental representa 16,4% da população total (20).

Neste estudo a amostra do género masculino foi prevalente, tendo os resultados ultrapassado os 90%. Estes valores são superiores aos encontrados na bibliografia existente, onde o género masculino apesar de predominante, corresponde a 65 e 80%. Em Portugal mais de 70% dos casos de CH ocorrem em homens. Tais resultados poderão estar associados às características da população em estudo, ou a um viés de amostragem associado à selecção das consultas e internamento hospitalar, em que o questionário foi aplicado (8,9,17,21).

A etiologia da CH maioritariamente alcoólica neste estudo (91%) vem ao encontro dos dados existentes e ao conhecimento de que a Doença Hepática Alcoólica (DHA) é um problema de saúde pública em Portugal (7-9).

Cerca de um milhão e setecentos mil portugueses consomem excessivamente bebidas alcoólicas e a grande maioria sofre de dependência etílica crónica. De acordo com os dados do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, o distrito de Castelo Branco apresentava em Janeiro de 1997 cerca de 24550 pacientes com dependência alcoólica grave e 30940 pacientes com hábitos alcoólicos excessivos (21,). Actualmente, Portugal ocupa o sétimo lugar a nível mundial relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas (22).

O consumo regular de bebidas alcoólicas foi referido por 43% dos inquiridos, contudo 50% afirmou ter deixado de beber. Tais resultados vão ao encontro dos esperados, com a associação inequívoca entre o consumo de álcool e a DHC responsável por mais de 90% do total de CH em Portugal (9,17,23). Torna-se cada vez mais relevante a implementação de medidas de apoio a pacientes com dependência alcoólica para abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

A variável nível de escolaridade foi correlacionada com o abandono dos hábitos alcoólicos e verificou-se que os valores mais elevados de abandono correspondiam ao grupo de inquiridos com o 4º ano de escolaridade completo. Estes resultados podem estar relacionados a um viés de amostragem devido à aplicação do inquérito a um grupo de utentes com características heterogéneas. Ainda assim, tais resultados tornam relevante a realização do estudo com uma amostra mais alargada e com características heterogéneas.

Em relação ao nível de escolaridade dos inquiridos, 70% afirmou ter frequentado a 4ª classe, 14% não frequentou a escola e apenas 2% frequentaram o ensino superior. Estes resultados reflectem a realidade a nível da Região Centro do País. Segundo dados do INE, em 2005 cerca de 38% da população do interior tinha o 1º ciclo completo e apenas 9 % desta população frequentou o ensino superior (20).

Após análise dos resultados da escala de CPT neste estudo, a maior parte dos pacientes obtiveram pontuação menor que 6 (classe A), o que corresponde a melhor sobrevida. Não deve deixar de ser referido o possível viés de informação proveniente da subjectividade a que a classificação das variáveis estão sujeitas (nomeadamente a presença de encefalopatia hepática e o grau de ascite). A descrição destas variáveis obteve-se após a consulta do diário clínico da consulta e do internamento no dia da aplicação do questionário.

No que diz respeito à QdVS em pacientes com CH, Les *et al.* (12), defende que factores potencialmente tratáveis contribuem de forma independente para a alteração na percepção da QV. A aplicação do SF 36 em 212 pacientes com cirrose no estudo citado, permitiu medir o impacto de determinados factores na QV e avaliar correctamente o efeito de intervenções terapêuticas implementadas. Estes autores chegaram à conclusão de que determinados factores psicológicos modificáveis estavam associados a pior percepção da QV, nomeadamente, em pacientes com dependência alcoólica observou-se uma tendência em minimizar sintomas, obtendo pontuações mais elevadas nas subescalas de vitalidade, saúde mental e desempenho emocional.

A auto-percepção sobre o estado de saúde foi diferente entre géneros. O género feminino apresentou valores mais baixos em determinadas dimensões, relacionando-se a baixa qualidade de vida ao facto das mulheres Mediterrânicas serem responsáveis pela gestão familiar.

No nosso estudo, não foi possível estabelecer correlação entre a percepção dos géneros em relação à sua saúde, devido ao reduzido número de inquiridos do sexo feminino, o que limitou este tipo de análise estatística.

Após a análise dos resultados obtidos no grupo de pacientes do CHCB, as dimensões do SF-36 com piores resultados foram as correspondentes à dor física, vitalidade e desempenho físico. Em relação à dor física, 16 pacientes com pontuação inferior a 20% tinham associado ao diagnóstico clínico outras comorbilidades, o que poderá ter estado relacionado a limitações ao nível da actividade física.

Após análise dos resultados relativos ao diagnóstico clínico correlacionado com a QdVS, conclui-se que os pacientes com CH de etiologia alcoólica tinham pior percepção de saúde a nível da função física. Tais resultados corroboram os obtidos em outros estudos. (12, 27)

Marchesini *et al.* (13), concluiu que todos os domínios da qualidade de vida, com a excepção da dor física, estavam alterados na CH, principalmente em jovens. A severidade da patologia em relação à escala CPT, complicações ou manifestações extra-hepáticas de doença avançada, estiveram associados a pior QdV. A presença de câibras musculares foi o sintoma físico citado com maior frequência em pacientes com pior percepção de saúde. Chegou-se ainda à conclusão que pontuações mais baixas na sub-escala relativa à dor física estaria associada à doença hepática em estado avançado e falência hepática. Este estudo foi efectuado num grupo de pacientes de origem Italiana, contudo os resultados obtidos foram semelhantes aos do grupo de pacientes do CHCB, relativamente às baixas pontuações a nível da vitalidade e dor física.

Como sugerido por *Younossi et al.* (27), a QdVS mostrou-se diminuída não só em pacientes com DHC, mas também na Insuficiência Cardíaca Congestiva e na Doença Pulmonar Obstrutiva crónica. A idade foi também um dos factores com maior influência na percepção da QV, diminuindo a pontuação em relação inversa à medida que a idade avançava. Neste trabalho o grau de lesão histológica esteve directamente associado à gravidade da patologia associada com repercussões a nível da escala de CPT, como seria de esperar, mas também a nível da diminuição da pontuação dos resultados obtidos no SF-36.

Após ter-se efectuado análise inferencial entre a escala de CPT e as variáveis do SF-36, observou-se correlação entre a sub-escala relativa à Função Física e a classe A de CPT. Estes resultados são opostos aos obtidos por *Younossi et al.* (27), no entanto a amostra de utentes que participou no nosso estudo pertencia maioritariamente à classe A, o que poderá ter estado na base dos resultados.

Os resultados obtidos na presente investigação corroboram as conclusões da bibliografia existente relativa à QdVS avaliada pelo SF-36 (14-16), no entanto a pontuação obtida na dimensão Saúde Mental foi razoável quando comparada a outras dimensões.

Relativamente à Saúde Mental, não se estabeleceu correlação com a Função Física e Social dos participantes neste estudo.

O facto de não existirem questionários específicos e validados para a população Portuguesa relacionados com DHC foi um dos factores que no nosso estudo limitou a avaliação de sinais e sintomas específicos associados, assim como complicações que poderiam estar relacionadas à baixa pontuação obtida nas diversas sub-escalas do SF-36.

Relativamente às complicações, apenas 2% dos pacientes referiram ter sido submetidos a procedimentos terapêuticos após hemorragia por varizes esofágicas.

Quanto à auto-avaliação em relação à progressão da patologia desde o último ano, 23% dos pacientes afirmou estar “muito pior”, o que em parte justificaria um estudo mais aprofundado dos factores associados, nomeadamente comorbilidades e ainda complicações da patologia.

Vários autores (12,14,15) defendem que o estado emocional dos inquiridos, nomeadamente depressão ou estados de ansiedade, são factores que têm grande influência na forma como percebem a sua saúde e a nível da pontuação das sub-escalas.

No nosso estudo não foi observada esta correlação, no entanto a avaliação do estado psicológico bem como a presença de patologia do foro psiquiátrico são factores relevantes a ter em conta na avaliação da QV.

Portugal *et al.* (26) efectuou um estudo em 240 pacientes com o objectivo de descrever o perfil de pacientes dependentes de álcool e as comorbilidades associadas. As patologias associadas com maior frequência foram a Hipertensão Arterial, Doença de Refluxo Gastroesofágico e Diabetes *Mellitus*.

Durante a aplicação dos inquéritos, poderá ter ocorrido algum fenómeno adequação da linguagem relativo à heterogeneidade sociocultural da amostra, que levou à renitência em revelar dados como hábitos alcoólicos ou o estado de saúde mental.

O interesse crescente na aplicação de medidas de avaliação da QdVS tem sido referido em vários estudos, dando-se ênfase à informação psicossocial que é fornecida pelo paciente.

Há ainda referências de que a satisfação dos pacientes em relação ao tratamento médico aumenta significativamente com a aplicação destes questionários (6,14-16,19).

## Limitações do estudo

O presente estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente o facto dos pacientes terem sido seleccionados do internamento e da consulta de Gastrenterologia Geral, o que poderá ter sido um dos factores responsáveis pelo reduzido número de participantes com DHC de etiologia viral.

Relativamente ao desenho do estudo, o facto da autora ter participado na recolha dos inquéritos poderá ter tido influência a nível das respostas dos inquiridos, conduzindo a um enviesamento das respostas aos inquéritos realizados.

Por tratar-se de um estudo transversal, não foi possível descrever a influência da progressão da patologia a nível das alterações da QdVS.

O tamanho relativamente pequeno da amostra em estudo, traduziu-se em uma limitação a nível do poder estatístico.

O facto de não existirem questionários específicos, traduzidos e validados para a população Portuguesa, nomeadamente o *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ - questionário específico de avaliação da QV na DHC), foi um dos factores que limitou o estudo relativamente aos sintomas característicos e incapacitantes na DHC.

## Conclusão

A DHC é uma patologia com elevada prevalência em Portugal, com repercussões a nível da morbilidade e mortalidade da população. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um factor determinante no desenvolvimento de cirrose hepática na população em estudo.

Em relação a este estudo, alguns dados obtidos merecem especial atenção. Relativamente à caracterização da amostra, os resultados foram de encontro ao esperado após análise bibliográfica. Os valores em relação ao diagnóstico etiológico neste estudo corresponderam à realidade Nacional, em que a etiologia alcoólica é a principal causa de CH.

O género predominante foi o masculino, o que coincide com resultados obtidos em outros estudos realizados no CHCB em pacientes com CH (8,9,17,21).

Quanto à gravidade da doença avaliada pela escala de CPT, a maior parte dos pacientes obteve bons resultados. No entanto, importa analisá-los detalhadamente e considerar que poderão ter como base um viés de informação, associado aos dados recolhidos no diário clínico do internamento ou da consulta, assim como à dimensão da amostra em estudo. Assim, torna-se relevante a realização de estudos mais abrangentes para que se possam aferir de forma concisa quais as características da população que recorre ao CHCB por CH.

O alargamento da amostra, incluindo doentes de outros hospitais Nacionais, será sem dúvida vantajoso para conhecer a realidade da DHC e CH, bem como para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e o apoio social.

Após a aplicação do questionário e avaliação de resultados concluiu-se que a amostra à qual o estudo incidiu tem uma QdVS relativamente fraca. A pontuação média dos valores obtidos, relativos ao SF-36 rondou os 49, resultados estes que foram ligeiramente mais baixos quando comparados a outros estudos (12-14,16).

Relativamente à primeira hipótese proposta para estudo, chegou-se à conclusão que os pacientes com CH de etiologia alcoólica tinham pior percepção da QV a nível da dimensão relativa à Função Física.

A segunda hipótese a ser estudada correlacionou o abandono do consumo de álcool à escolaridade mínima obrigatória em Portugal.

Os resultados relativos à QdVS não foram influenciados pela gravidade da patologia classificada pela escala de CPT, com a excepção da função física, onde as pontuações foram mais baixas a nível da classe A de CPT.

A maioria dos factores sócio-demográficos analisados não foram determinantes na QV, no entanto a Função Física pode ter estado limitada em alguns pacientes com doenças concomitantes.

Em relação à interferência da Saúde Mental sobre a Função Social e Física dos inquiridos, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as dimensões analisadas.

Tais resultados tornam relevante a realização de um estudo alargado para que possa ser aferida com maior precisão a influência de determinados factores clínicos na QV.

A QdVS é de extrema importância na gestão dos pacientes com CH, cada vez mais existe necessidade de compreender a perspectiva dos inquiridos, bem como obter noções sobre o comprometimento qualitativo e quantitativo, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados fornecidos.

Preconiza-se a abstinência alcoólica absoluta em pacientes com DHC, embora exista informação de que à partida só 30% dos pacientes com cirrose hepática deixa de beber (23).

Actualmente não existe uma escala considerada *gold standard* para medir a QdVS na DHC e na CH, no entanto para uma aplicação rotineira de medidas de avaliação, será necessário ultrapassar algumas barreiras existentes na prática clínica actual, nomeadamente, o pouco tempo disponível para a aplicação das mesmas, a falta de recursos financeiros e humanos, assim como a impraticabilidade de alguns instrumentos.

### Linhas de Investigação Futuras

Ao longo da realização desta investigação surgiram algumas questões que suscitaram o interesse em serem traçados novos objectivos para estudos futuros no âmbito da DHC e QdVS. Assim, a realização do estudo a uma amostra mais alargada e durante um período de tempo extenso, a tradução e validação de questionários específicos para a DHC na população Portuguesa, são alguns dos temas que poderão ser desenvolvidos para que se conheça a realidade a nível Nacional de forma a melhorar o apoio clínico e social aos utentes.

## Referências Bibliográficas

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17<sup>th</sup> ed. New York, The McGraw- Hill Companies, Inc; 2008. 1955-1979.
2. Schuppan D, Neuzil HA (2008), Liver Cirrhosis, *Lancet* 371(9615):838-851.
3. Wanless IR, Nakashima E, Sherman M. Regression of human cirrhosis. Morphologic features and genesis of incomplete septal cirrhosis. *Arch Pathol Lab Med* 2009. 120:361-8.
4. Malekzadeh R, Mohamadnejad M, Rakshani N, Nasseri-Moghaddam S, Merat S, Tavangar SM, et al, editors. Reversibility of cirrhosis in chronic hepatitis B. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2004. 2: 344-7.
5. Sherlock S, Dooley J, editors. Diseases of the Liver and Biliary System. 11<sup>th</sup> ed. , Blackwell Science, Inc; 2001. 321-332.
6. Fleck MPA et al. A Avaliação da Qualidade de Vida - Guia para profissionais de saúde. *Artmed*, 2008; 2: 29- 45.
7. Matos LC. Doença hepática alcoólica (DHA). *Med Interna* 2006;13(3):207-16.
8. Gonçalves LIB. Alcoolismo e cirrose hepática: dissertação para a obtenção do grau de Mestre pela Universidade da Beira Interior. [online]. 2009 Jul 10. Disponível em: THESIS: repositório on-line de teses da FCS. Covilhã Portugal. [citado Maio 2011]
9. Simão A, Porto A. A importância da doença hepática crónica em Portugal. *Ver Gastroenterol cir* 1998; 15(75):1-12.
10. Morais C. Consumo de álcool e as suas repercussões na saúde pública. *Bol Centro reg Alcool Porto* 1999; 8:5-12.
11. Cholongistas E, Senzolo M, Patch D, Shaw S, Hui C, Burroughs AK. Review article: scoring systems for assessing prognosis in critically ill adult cirrhotic. *Aliment Pharmacol Ther*, 2006; 453 -64.
12. Les I, Doval E, Monteserrat F, Jacas C, Cárdenas G, Esteban R, et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010; 22:221-227.
13. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, Salermo F, Merli M, Panella C, et al. Factors associated with poor health related quality of life of patients with cirrhosis. *American Gastroenterological Association*, 2001; 120:170-178.

14. Dan A, Kallman J, Srivasta R, Younoszal Z, Kim A, Younossi Z. Impact of Chronic Liver Disease and Chirrosis on Health Utilities Using SF - 36 and the Health Utility Index. American association in the study of Liver Diseases, 2008; 14:321-326.
15. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health- related quality of life in patients with chronic liver disease. Gut; 1999. 45(2): p.295-300.
16. Afendy A, Kallman J, Stepanova M, Younoszai Z, Aquino R, Bianchi , et al. Predictors of health - related quality of life in patients with chronic liver disease. Aliment Pharmacol Ther, 2009; 30:459-476.
17. Fonseca MLD, Mortalidade na rotura de varizes esofágicas em doentes com cirrose - factores de prognóstico: dissertação para a obtenção do grau de Mestre pela Universidade da Beira Interior. [online], 2010. Disponível em: THESIS: repositório online de teses da FCS. Covilhã Portugal. [citado Maio 2011]
18. Aguiar P. Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Climepsi editores, 2007.
19. Ferreira PL. A Medição do estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Centro de estudos e Investigação em Saúde da Universidade da Coimbra, 1998. 17-19.
20. Instituto Nacional De Estatística - Statistics Portugal. [online] IP- Portugal; [citado 2010 Maio 11]. Disponível em: URL: <http://www.ine.pt>
21. Mello MLM, Barrias J, Breda J. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001; 34-36.
22. World Health Organization. [online]. 2011. [cited 2011]. Available from: URL:<http://www.who.int>
23. Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado. Doença hepática crónica ( cirrose hepática). [online]. 2008 Maio. Disponível em: Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado: Público. [citado Maio 2011].
24. Mallincho M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ, Rank J, Borg PC. A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. Hepatology. 2000 Apr. 31: 864-71.
25. Kamath P, Wiesner R, Malincho M. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology 2001; 33: 464-75.
26. Portugal BF, Corrêa APM, Marcule MS. Alcoholism and comorbidity in a alcohol dependence therapeutical program. [online]. 2010. [citado Maio 2011]. Available from: URL: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>.
27. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, McCorwick M, Guyat G, Kiwi ML, et al. Health - Related Quality of Life in Chronic Liver Disease: The Impact f Type and Severity of Disease. AJG; 2001. 96(7):2200-2205.

## **Anexos**

Anexo 1- Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira


Anexo 2- Questionário relativo a dados sócio-demográficos

Anexo 3- Questionário relativo a dados clínicos

Anexo 4- Questionário SF-36

Anexo 5- Consentimento Livre e Informado

(Anexo 1)

 <p>Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.</p> <p>DD A</p> <p>2010</p> <p>TC</p>	
Parecer:	Despacho: <u>ca</u> 23.DEZ.2010 <i>autorizado</i> <i>AB</i>
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº82/2010 - "Qualidade de vida e doença hepática crónica"	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	<b>N.º</b> 81/2010
<b>DE:</b> Núcleo de Investigação	<b>Data</b> 25/11/2010
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Vera Lúcia Vieira Lopes Anapaz, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização do projecto de investigação "Qualidade de vida e doença hepática crónica", a realizar no Departamento de Medicina deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº.28/2010, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>peçois</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>Rosa Saraiva</i></p> <p>(Dr.<sup>a</sup> Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

## (Anexo 2)

---

### QUESTIONÁRIO

O questionário que se segue tem como objectivo a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Qualidade de Vida e Doença Hepática Crónica”, para obtenção do Grau de Mestre na Licenciatura em Medicina da FCS - UBI.

---

1. Doente nº( processo): \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_

#### Variáveis sócio-demográficas

3. Sexo:

F  M

4. Idade (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

5. Estado civil: Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo

6. Profissão: Empregado

Desempregado

Estudante

Reformado

7. Nível Educacional: Frequentou a escola? Sim  Não

Até que ano frequentou a escola? \_\_\_\_\_

8. Hábitos tabágicos: Fumador

Não fumador

Ex-Fumador

8. Hábitos alcoólicos: Bebe

Não bebe

Deixou de beber

9. Data de diagnóstico: \_\_\_\_\_

10. Doenças concomitantes: Não

Sim  - Se sim, quais?: \_\_\_\_\_

11. Cirurgias prévias: Não

Sim  - Se sim, quando?: \_\_\_\_\_

- Por que motivo?: \_\_\_\_\_

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

### (Anexo 3)

#### Classificação de *Child - Turcotte - Pugh (CTP)* - Variáveis clínicas

12. Níveis de Bilirrubina nas análises:

<2 mg/dl (34 uM/l)

2-3 mg/dl (34 - 50 uM/l)

>3 mg/dl (50 uM/l)

13. Níveis de albumina nas análises:

> 3.5 g/dl

2.8 -3.5 g/dl

< 2.8 g/dl

14. Tempo de protrombina nas análises (INR):

< 4seg (<1.7)

4 - 6 seg (1.8 -2.3)

>6 seg (>2.3)

15. Presença de ascite:

Ausente

Moderada

Severa

16. Presença de encefalopatia (critérios de West Haven):

Ausente

Moderada (I-II)

Severa (III-IV)

#### Escala de *Child-Pugh-Turcotte/* Interpretação

Classe A : 5- 6

Classe B : 7 -9

Classe C :10- 15

(Anexo 4)



28608

Código

Data

Aplicação nº

Preencha o questionário de acordo com o exemplo, utilizando **caneta azul ou preta**.

Preencha

assim   
assim não

**ESTADO DE SAÚDE SF-36 V2**

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as suas actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

**Para as perguntas 1 e 2, por favor assinale a opção que melhor descreve a sua saúde.**

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima  Muito Boa  Boa  Razoável  Fraca

2. Comparando com o que acontecia há um ano como descreve o seu estado geral actual:

Muito Melhor  Com algumas Melhoras  Aproximadamente igual  Um pouco pior  Muito Pior

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado
3. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa, trabalhar no jardim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Subir <b>vários</b> lanços de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Subir <b>um</b> lanço de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andar <b>mais de 1 km</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andar <b>várias</b> centenas de metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andar <b>uma</b> centena de metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tomar banho ou vestir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas <b>últimas 4 semanas</b>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
13. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fez <b>menos</b> do que queria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentiu-se limitado no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais <b>esforço</b> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



28608

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

Quanto tempo, nas <b>últimas 4 semanas</b>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
17. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fez <b>menos</b> do que queria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada uma das perguntas 20, 21 e 22, por favor assinale a que melhor descreve a sua saúde.

20. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada    Pouco    Moderadamente    Bastante    Imenso

21. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas    Muito Fracas    Ligeiras    Moderadas    Muito fortes

22. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto fora de casa como o trabalho doméstico) ?

Absolutamente nada    Pouco    Moderadamente    Bastante    Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Quanto tempo, nas <b>últimas 4 semanas</b>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
23. Se sentiu cheio de vitalidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Se sentiu muito nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Se sentiu tão deprimido que nada o animava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Se sentiu calmo e tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Se sentiu com muita energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Se sentiu deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Se sentiu estafado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Se sentiu feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Se sentiu cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua **actividade social** (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre    A maior parte do tempo    Algum tempo    Pouco tempo    Nunca

Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente Falso
33. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Estou convencido que a minha saúde vai piorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. A minha saúde é óptima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADO

## (Anexo 5)

---

### Consentimento Livre e Informado

Vera Lúcia Vieira Lopes Anapaz, estudante de Medicina do 6º ano na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Qualidade de Vida e Doença Hepática Crónica”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, E.P.E.; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

---

#### Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador : Vera Lúcia Vieira Lopes Anapaz

---

(Assinatura do Investigador)

---

(Data)

### Consentimento Informado

#### Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível) \_\_\_\_\_

---

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

---

(Data)