

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES CRÓNICOS DO VÍRUS DA HEPATITE B

Autor

Cláudia Alexandra Martins Nunes

Nº de aluno

12460

Dissertação orientada por Professor Doutor Joaquim António Machado Caetano

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Joaquim António Machado Caetano apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram directamente ou indirectamente para a realização deste estudo, nomeadamente:

- Ao professor Doutor Machado Caetano pelo grande contributo que deu a nível teórico, esclarecimentos, conselhos, bem como toda a orientação para a realização desta tese.

- À Dra. Paula Peixe, que me apoiou no sentido em que fossem conseguidas condições para recolher a amostra.

- A todos os participantes deste estudo porque sem a sua colaboração não teria sido possível a sua concretização.

- Ao Dr. Abel Santos, que se mostrou sempre disponível para esclarecer dúvidas e orientar no que fosse necessário.

- Às minhas colegas de faculdade, pois a realização desta tese não seria a mesma sem o apoio de colegas, que vivenciaram comigo diferentes emoções durante este período, partilharam comigo conhecimentos e saberes e por isso devo-lhes o meu obrigado.

- E não menos importante, aos meus pais e à minha irmã por terem sempre insistido na realização do trabalho, o quanto antes, e por me terem dado apoio mesmo quando estava desmotivada.

RESUMO

Tendo em conta que nos últimos anos, milhões de pessoas portadoras de doenças crónicas, têm em muitos casos limitações no seu desenvolvimento físico e mental, os portadores crónicos do vírus da hepatite B também podem experimentar em certos estados de doença um certo decréscimo na sua qualidade de vida.

Com o intuito de verificar se existem alterações na qualidade de vida em doentes com vírus da hepatite B, procedeu-se a um estudo, descritivo, transversal.

Para tal, foi utilizada uma amostra de 30 sujeitos, com idades compreendidas entre os 22 e os 86 anos, no qual foi aplicado um questionário, Helth Survey(SF-36), adaptado e validado para português por o professor Pedro Lopes Ferreira , sendo este composto por 36 itens referentes a várias dimensões relativas à qualidade de vida.

Pode-se concluir com este estudo, que não existem diferenças significativas em termos de qualidade de vida, entre os sujeitos em estudo e a população portuguesa.

Por outro lado, utilizando um nível de significância de 0,05, pode-se concluir também que não existem diferenças significativas na qualidade de vida entre os diferentes grupos do estudo e por isso a qualidade de vida dos sujeitos em estudo não é influenciada pelo género, sexo, idade, escolaridade ou local de residência. No entanto, verificaram-se algumas alterações significativas que revelam que na população em estudo, as mulheres têm um menor desempenho emocional que os homens, a idade mais avançada coincide com um melhor desenvolvimento emocional, os indivíduos que não se encontram casados tendem a ter melhores resultados em termos de vitalidade e desenvolvimento emocional. E por fim, no que diz respeito ao grau de escolaridade, os indivíduos com mais que o 9º ano apresentam melhor desempenho físico, vitalidade e desenvolvimento emocional.

Palavras chave: Qualidade de vida, SF-36, Hepatite B crónica.

Abstract: Taking into account, that in the last years, millions of persons bearers of chronic diseases, they have in lots of cases limitations in their physical and emotional development, the

bearers of chronic hepatitis B can also try in certain states of diseases a certain decrease in there life quality.

With the intention of checking if exist alterations in patients with chronic hepatitis B, one proceeded to a study descriptive, cross.

For such, a sample of 30 subjects was used, with understood ages between the 22 and 86 years, in witch a questionnaire was applied, Health Survey (SF-36), adapted and validated for Portuguese for the teacher Pedro Lopes Ferreira, being composed by items referring to several relative dimensions to the quality of life.

It is possible to conclude with this study, that do not exist significant differences in terms of quality of life, between subjects in study and the normal population.

For other side, using a level of signification of 0,05, it is possible to end side also, that do not exist significant differences in the quality of life in the different groups of the study and there fore the quality of life of the subjects in study is not influence for the sex, marital status, schooling, age, town where it resides.

However, they happen some significant alterations that reveal that in the population in study, the women have a less emotional performance that the men, the most advanced age coincides with a better emotional development , the indiduals who are not married have a tendency to have better results in term of vitality and emotional development.

And finally, in what it concerns to the degree of schooling the individuals with more than it 9ºyear, they present better physicist development vitality and emotional development.

Key words: Life Quality,SF-36, Chronic Hepatitis B

ÍNDICE

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	2
Hepatite B.....	7
História Natural e Etiopatogénese da hepatite B.....	7
Definição, classificação e Epidemiologia.....	9
Aspectos Médicos da hepatite B	13
Tratamento da hepatite B.....	15
Impacto Psicológico nos portadores de hepatite B.....	17
Aspectos psicológicos e QV em doentes com hepatite.....	20
Formulação do problema.....	23
Hipóteses	24
Variáveis.....	25
Método.....	26
Delineamento.....	26
Amostra.....	26
Caracterização da amostra.....	28
Procedimento.....	29
Instrumentos.....	29
Resultados.....	32
Discussão.....	45
Referências.....	48

Anexos

Anexo A- Pedido de autorização/Projecto de investigação

Anexo B – Questionário Sócio demográfico e Questionário de Saúde reduzido (SF-36)

INTRODUÇÃO

A hepatite B é uma importante causa de morbilidade no homem, apresentando-se como um importante problema de saúde pública. Como tal, faz todo o sentido perceber melhor esta doença através de estudos, procurando esclarecer a importância dos factores psiconeuroimunológicos e que repercussões têm estes doentes na sua qualidade de vida. Assim, procedeu-se a um estudo descritivo transversal com o intuito de observar se existem alterações na qualidade de vida em doentes portadores crónicos do VHB. Para além disso, também se procedeu à análise da Qualidade de vida nos mesmos doentes, consoante a idade, género, estado civil, escolaridade e local onde residem. Este estudo, tem como objectivo primordial, ser mais um contributo para o melhor conhecimento desta doença grave e também servir como uma base para futuros estudos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nos últimos tempos, tem vindo a ganhar relevo a investigação na área da Psiconeuroimunologia, como sendo o campo que estuda as relações entre os acontecimentos psicológicos, como o stress e ansiedade e respectivas respostas das funções endócrinas e imunitárias (Wiedenfield et al,1990; Zakowski et al,1992;Lewis, et al,1994; Cohen&herbert,1996; Friedman et al.1996; Buckingham et al,1997; Cohen et al,2001, in Pereira,2006), constituindo-se portanto como uma disciplina que permite perceber um pouco melhor a relação entre o corpo e a mente, perceber melhor o indivíduo e a sua subjectividade de modo a responder melhor às suas necessidades.

Segundo Ader e Cohen, o conceito de Psiconeuroimunologia exprime uma área multidisciplinar que relaciona diferentes campos da ciência, a Imunologia, a Neurologia e a Psicologia, ligados por uma forte interactividade recíproca, que se tem desenvolvido para executar um maior e completo entendimento de como as interacções entre sistemas que servem o equilíbrio do corpo influenciam a saúde e a doença (Ader& Cohen, 2001).

A área de conhecimentos que aborda a influência dos factores psicológicos sobre o sistema imunitário foi denominada inicialmente, por Salamon e Moss, em 1964, por *Psicoimunologia* e o facto de se atribuir grande importância ao Sistema Nervoso Central como elemento mediador desta influência levou, Ader, em 1981, a preferir chamar-lhe *Psiconeuroimunologia*(Serra,1999). Pelletier e Herzing (1988), definem Psiconeuroimunologia como “*o estudo da interacção entre os fenómenos da consciência (Psico), cérebro e SNC(Neuro)e a defesa do organismo contra a infecção externa e a divisão celular aparente(Imunologia)*”(Pelletier & Herzing,cit in Serra,1999,p 267).

Sendo que a Imunologia constitui um campo de tão grande importância para a compreensão dos acontecimentos psicológicos, bem como da progressão ou não para diversas doenças, é pertinente desenvolver um pouco o seu conceito de modo compreender de uma forma mais clara o seu funcionamento. Assim, a imunologia é o ramo da biologia que estuda o sistema imunitário, lida com o funcionamento fisiológico do sistema imune de um indivíduo no estado sadio ou não, mau funcionamento do sistema imune em casos de doenças imunológicas , auto-imunes, hipersensitividade , deficiência imune , rejeição pós

enxerto, características físicas, químicas e fisiológicas dos componentes do sistema imune “in vitro” (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Imunologia>).

O sistema imunitário existe em todos os vertebrados e desempenha um papel de vigilância, identificando e defendendo o organismo de agentes invasores (Adler & Hillhouse, 1996,in Serra, 1999). Protege-nos contra agentes externos, fungos, bactéria, vírus e parasitas, quer agentes internos, células anormais que se constituem dentro do corpo, alteradas por uma afecção maligna ou pela invasão de um vírus. O corpo estranho que surge costuma ser designado como antigénio. As estruturas do sistema imunitário são formadas pelas barreiras naturais à infecção, como a pele e as mucosas, pelas células imunitárias, que contactam e neutralizam o antigénio e pelos órgãos e tecidos imunitários que tem por finalidade produzir e dar apoio às células do sistema imunitário. Além disso, há células especializadas deste sistema que produzem anticorpos que, a nível humoral, ajudam a combater o antigénio (Serra, 1999).

É constituído por células brancas, que se encontram tanto na circulação sanguínea como no sistema linfático e baço, subdividem-se em duas grandes classes: os linfócitos e os fagócitos. Os linfócitos são uma variedade de glóbulos brancos que, levados pelo sangue, chegam a toda a parte do corpo. Dividem-se por sua vez, em dois subtipos: os linfócitos B e os linfócitos T. Os linfócitos B são capazes de reconhecer o antigénio e, quando o encontram , começam a produzir anticorpos. Os linfócitos T coordenam o início e o fim da reacção de defesa. Os fagócitos atacam o invasor antes de penetrar as células do corpo.

Assim, o sistema imunitário ajuda o ser vivo a sobreviver na medida em que dispõe de dispositivos que permitem reconhecer e neutralizar um antigénio, bem como relembrar esse antigénio específico para referência futura. Esta capacidade de relembrar determinado tipo de antigénio, é particularmente importante e está subjacente a qualquer processo de vacinação. Por outro lado, tem contribuído para ajudar a aumentar a longevidade dos seres humanos e a diminuir a incidência de certas doenças que antigamente constituíam um flagelo (Serra, 1999).

É sabido que o sistema imunitário funciona em estreita ligação com o cérebro, e já Ader (2001) revela que existe uma hipótese de que o sistema imunitário constitui-se como uma mecanismo que medeia os efeitos dos factores psicossociais na susceptibilidade para a progressão algumas doenças, todavia sabe-se que o cérebro é capaz de exercitar alguma regulação ou modulação nas respostas imunes e sabe-se também que a manipulação das funções cerebrais podem influenciar as funções imunitárias, lesões ou estimulação eléctrica do hipotálamo, podem alterar humoralmente as respostas imunitárias. Por outro lado,

várias observações da Neuroquímica mostram que sinais endócrinos influenciam as respostas imunes e também tem sido reforçada a ideia de que os próprios linfócitos são capazes de produzir neuropeptídeos e hormonas. Assim, ao nível neural e endócrino existe abundantes evidências que indicam uma potencial interacção entre o cérebro e o sistema imunitário. Estes factos implicam que o sistema imunitário seja muito diversificado para responder ao tipo variado de agressões determinadas pelos agentes infecciosos.

Para que haja uma boa competência imunológica, implica que cada pessoa tenha uma boa produção de linfócitos B, linfócitos T e células natural killer (NK), que têm, entre outras, a função de destruir as partículas virais e células tumorais, mas o organismo nem sempre se encontra com a mesma capacidade de defesa biológica, entre os factores que a podem influenciar encontram-se os aspectos psicológicos, por exemplo, o stress pode fragilizar o sistema imunitário e diminuir as defesas biológicas do indivíduo, levando a uma diminuição dessas células imunológicas (Pereira, 2006). O cortisol produzido durante situações de stress pode suprimir a resposta imune do corpo e aumentar a susceptibilidade às doenças infecciosas e constituir por isso um factor de risco (Kurstak et al, 1987; Miller & Cohen, 2001, in Pereira, 2006).

Contudo, não existe uma relação causal directa entre estes factos referidos, há pois que acrescentar que esta susceptibilidade ao stress ou mau funcionamento do sistema imunitário pode ser em certa medida hereditária ou por outro lado adquirida e por isso poderá haver mais ou menos susceptibilidade à doença em diferentes indivíduos (Summerfeldt & Endler, 1996 in Pereira, 2006).

A relação entre o stress e a doença começou por ser estabelecida por Selye (1976), sugerindo que os stressores crónicos contribuíam para um estado de exaustão do organismo, pondo em causa o seu equilíbrio. Assim, as respostas que envolvem as ligações entre o cérebro, hormonas e o sistema imunológico, passariam, ao fim de um determinado tempo, a ter dificuldades em lidar com o stress e as manifestações de doença ocorreriam num grau que poderia conduzir até à morte (Serra, 1999).

De entre os principais motivos que podem induzir enfermidades salienta-se a activação vegetativa e endócrina, as alterações do comportamento, hábitos que podem prejudicar a saúde do indivíduo e por fim as atribuições que faz e o modo como lida com a própria doença. (Summerfeldt & Endler, 1996 in Pereira 2006). Desta forma, acontecimentos puramente psicológicos, podem afectar as defesas do organismo e constituir um aspecto a ponderar na eclosão ou na manutenção de uma doença estritamente física. (Serra, 1999),

Para uma melhor compreensão da Psiconeuroimunologia deveremos ter em consideração os processos causais explicativos deste fenómeno, envolvendo uma causalidade dupla em que o stress e outros factores, tais como acontecimentos traumáticos, vão alterar mudanças no sistema imunológico e estas mudanças levam à diminuição da resistência imunitária à doença.

Assim, face a uma ameaça biológica com uma determinada potência, a imunocompetência, ou seja, a capacidade do sistema imunológico proteger o corpo num determinado momento estará relacionada com os factores psicossociais que afectam o sistema imunológico. Entre esses factores contam-se os estados emocionais; o tipo e a intensidade do stress que a pessoa está a enfrentar, as características da personalidade e a qualidade das relações sociais (Maia, 2002).

Estudos realizados aos longos anos sessenta, setenta e início de oitenta estabelecem ligação entre alguns tipos de acontecimentos de vida. Em alguns destes estudos foi verificado que o ajustamento a acontecimentos de vida associados a stress prolongado, como, casamento, divórcio, problemas no emprego, morte, catástrofes naturais ou provocadas erros humanos conduz a uma diminuição da saúde dos protagonistas ou vítimas destes problemas (Holmes & Rahe, 1967; Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981; Dohrenwend, 1982 in Maia, 2002).

Herbert e Cohen (1993), realizaram vários estudos sobre a relação entre a depressão clínica e sistema imunológico e verificaram que os sujeitos deprimidos exibem uma menor resposta de proliferação dos linfócitos, de onde se constata que o afecto negativo está relacionado com a diminuição da competência do sistema imunitário e por isso poderá originar o aparecimento da doença (Maia, 2002).

Segundo Maia (2002), também algumas características da personalidade, especialmente relacionadas com a utilização de estratégias repressivas para lidar com os problemas e emoções parecem estar relacionadas com mais problemas imunológicos.

Por outro lado, segundo estudos elaborados por McGuire & Kiecolt-Glaser (2000), as relações interpessoais positivas estão relacionadas com menores níveis de hormonas de stress, e portanto melhor resposta do sistema imunológico e diminuição do risco de contrair vários tipos de infecção (Maia, 2002).

Para além do efeito do stress depender de factores de ordem emocional, este também depende de diversos factores do hospedeiro, como a espécie, idade e sexo pois um determinado stressor pode ter diferente efeito sobre o sistema imunitário (Ader, 2001).

Dados actuais, já suficientemente assustadores, indicam que 27% da população da união europeia é afectada pelas doenças mentais, sendo a depressão, de entre elas, a mais preocupante, preconizando que venha a ser, em 2020, a primeira causa de doença no mundo desenvolvido. O aparecimento da alta incidência de depressão e o impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos deve-se sobretudo ao actual modo de vida mas também à existência de doenças incuráveis, crónicas, que os leva rumo a consultas onde procuram o alívio junto de médicos, Endocrinologistas, Imunologistas, Psicólogos e outros técnicos de saúde.

Portanto há uma crescente necessidade de apostar na Qualidade de vida e nos factores protectores (Ribeiro, 2005), no indivíduo e na comunidade, no estudo dos processos mentais que podem mudar a saúde física (Kaptein e Weinman, 2004), na Psiconeuroimunologia para actuar ao nível do sistema imunitário (Cohen et al, 2001), especificamente valorizando o optimismo como factor de protecção para criar imunidades (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 in Pereira, 2006).

HEPATITE B

História Natural e a Etiopatogénese da Hepatite B

Todas as doenças independentemente da sua etiopatogénese, que pode ser mais ou menos conhecida e complexa, passam sucessivamente por períodos que se repetem e quase sempre se podem individualizar.

Entende-se por história natural de uma doença a série de acontecimentos que traduz a sua evolução, desde a fase em que se reuniram as condições para que se torne perceptível, até aos seus últimos estádios, cura - cronicidade ou morte.

Conhecer a história natural de uma doença implica conhecer profundamente o seu desenvolvimento ao longo do tempo, reconhecendo a influência do meio ambiente que envolve o doente, impondo que o clínico use aptidões de cuidada observação e descrição dos fenómenos.

Assim, de seguida passar-se-à à descrição da história natural e etiopatogénese da hepatite B de modo a melhor compreender a problemática presente nesta doença.

Segundo Velosa e colaboradores, o vírus da hepatite B (VHB) é um dos mais frequentes em todo o mundo, estima-se que mais de dois biliões de pessoas já foram infectadas pelo VHB em algum momento da sua vida. Esta doença tem elevada gravidade na medida em que em muitos casos pode progredir de aguda para crónica e aí ser mortal.

Um factor de grande preocupação relacionada com esta doença é o facto de os portadores do VHB funcionarem como reservatório da infecção, como potenciais perpetuadores da hepatite B através de várias gerações, por outro lado a emigração crescente, o aumento das viagens aéreas de baixo custo e a globalização são factores que contribuem para a maior disseminação e aumento da frequência da hepatite crónica B que se tem verificado inclusivé em Portugal e nos restantes países do sul da Europa. De entre as várias preocupações que suscita, a nível colectivo soma-se a complexidade e a frequente gravidade do problema individual, que atinge principalmente os mais jovens e numa fase produtiva da vida (Velosa, et al., 2007).

O indivíduo uma vez infectado pode evoluir para três principais formas: a hepatite fulminante, de elevada mortalidade mas que é rara, a recuperação completa após infecção aguda, sintomática ou assintomática, ou o estado de portador crónico, com diferentes formas de apresentação clínica(Velosa et al.,2007).

A hepatite B crónica evolui esquematicamente em quatro fases. A primeira fase é caracterizada por uma forte multiplicação vírica e pequena actividade biológica e histológica. Isto ocorre pela fraca resposta imunitária, com tolerância às células hepáticas infectadas pelo VHB. No adulto esta fase está geralmente limitada ao período de incubação mas na infecção perinatal pode persistir durante décadas. A segunda fase, de imuno-eliminação, pode manter-se meses a anos e caracteriza-se por um aumento da resposta imunitária com aumento da actividade da hepatite e diminuição da multiplicação vírica, é nesta fase que se constitui a fibrose e cirrose. Na terceira fase, há pouca evidência de hepatite mas pode haver lesões hepáticas importantes como fibrose ou cirrose. A quarta fase corresponde à hepatite resolvida.,no entanto, apesar da resolução clínica e biológica da infecção, em cerca de 55% dos casos, podem existir partículas infecciosas completas circulantes no soro dos indivíduos.

O terreno para o hepatocarcinoma , a consequência mais grave da história natural da hepatite B, é a cirrose com actividade inflamatória mínima estabelecida há longa data. O risco de hepatocarcinoma está aumentada 10 a 390 vezes no indivíduo com infecção crónica pelo VHB, sendo maior quando a transmissão é perinatal. Em lugares onde o VHB é endémico o hepatocarcinoma é a principal causa de morte relacionada com o cancro(Marinho & Agostinho).

Segundo Marinho e Agostinho, a história natural da hepatite B crónica é marcada pela variabilidade no curso clínico, prognóstico e complicações, alguma desta variabilidade depende do facto desta infecção ser adquirida na infância, como ocorre na Ásia e países em desenvolvimento, ou adquirida na vida adulta, como nos países ocidentais. Outros factores que influenciam o prognóstico são, a estirpe do vírus, o genótipo, assim como factores do hospedeiro, o sexo, a idade, a raça/etnia e outros estados de doença. É de salientar que a idade do indivíduo infectado é de grande relevância quanto à evolução da hepatite B, sendo o principal factor determinante da forma evolutiva.

A importância clínica e social do problema justifica o grande interesse que actualmente se observa no desenvolvimento de novos tratamentos para a hepatite B, que têm mostrado ser eficazes a travar a progressão para as formas mais graves, como a cirrose e o carcinoma hepatocelular. O advento recente de agentes terapêuticos de maior poder

inibidor sobre a multiplicação de VHB e a definição de novas estratégias de tratamento dos doentes destacam a importância de identificar e seleccionar os doentes que podem beneficiar ao máximo o tratamento, sendo que a participação do indivíduo doente cada vez mais importante, pois o tratamento só é plenamente eficaz quando entram em linha de conta todas as circunstâncias, sociais, económicas e culturais, que rodeiam o doente. Daí ser importante a boa compreensão do doente e dos seus acompanhantes e uma necessidade de vigilância apropriada, porque em muitos doentes o tratamento da hepatite B pode ser prolongado (Velosa et al.,2007).

Os avanços científicos sobre o vírus, sobre a forma de se multiplicar e lesar o fígado são enormes, os processos diagnóstico e terapêuticos, consequência destes conhecimentos básicos, têm sido exponenciais. Por outro lado, todos estes avanços, associados à disponibilidade de uma vacina da hepatite B eficaz, contribuem para que se considere nas próximas décadas que este vírus possa ser efectivamente controlado. (Velosa et al.,2007).

Definição, Classificação e Epidemiologia da Hepatite B

Quanto à definição do vírus da hepatite B, segundo Velosa e colaboradores, este vírus faz parte de uma família que se designa Hepdnavírus, é o mais pequeno vírus que, de uma forma autónoma, é capaz de provocar doença no homem. Infecta o homem, infectando por via perentérica e em alguns casos por via oral.

Normalmente os vírus são eliminados pelo sistema imunológico, que os reconhece como agentes estranhos, mas alguns, raros, como é o caso do VHB podem persistir no organismo e provocar doenças graves. O VHB encontra as condições ideais de replicação na célula hepática, o hepatócito, e não nas outras células que existem no fígado, pode contudo, subsistir em outros tecidos, nomeadamente nos glândulos. (Velosa et al.,2007).

Quanto à composição do vírus da hepatite B, este possui uma cadeia de DNA circular e dupla, mas uma delas é incompleta em cerca de 30% da sua extensão. O DNA está alojado no interior da nucleocápside, envolvido por uma proteína, a proteína C, os quais, por sua vez, estão contidos num invólucro constituído pela proteína s. O DNA do VHB tem a capacidade de produzir proteínas numa extensão superior em 1,5 vezes à extensão do genoma vírico, por outro lado, tem a capacidade de integrar o genoma celular

do hospedeiro, isto é, insere-se no DNA da célula hepática como se fizesse parte dele, transmitindo-se sucessivamente para as células resultantes da divisão celular.

No que diz respeito à forma como o VHB causa a doença hepática, pode-se dizer que existem duas condições que concorrem concertadamente para a lesão hepática: por um lado, a replicação vírica e a consequente produção de proteínas víricas; por outro lado, a activação dos linfócitos e a mediação do HLA. Se esta reacção for excessiva existe o risco de a necrose celular ser demasiado extensa e o fígado entrar em colapso, correspondendo à hepatite fulminante. Nestes casos a recuperação faz-se praticamente sempre com a cura completa. Se o ataque imune for moderado ou ligeiro corre-se o risco de a hepatite progredir para a cronicidade, o que pode acontecer nos indivíduos com imaturidade do sistema imunológico, como crianças ou por imunodeficiência congénita ou adquirida. No outro extremo estão os indivíduos que não reagem contra o vírus e, como tal, são portadores crónicos sem evidência da doença, apesar dos elevados níveis de vírus em circulação. Estes casos são mais comuns na infecção dos recém-nascidos, nos tratamentos intensivos com potentes imunossuppressores, com acontece, por exemplo, nos doentes transplantados, e mais raros nos adultos (Velosa et al.,2007).

Os meios de transmissão constituem-se como uma informação muito importante para travar o aparecimento desta doença, uma vez que ainda existem muitos doentes com ideias erradas acerca da forma de transmissão da mesma doença. Marinho e Agostinho referem que o VHB é transmitido por via percutânea e através das mucosas tendo como veículo o sangue e outros fluidos corporais infectados. Os fluidos potencialmente infectantes são o sémen, secreções vaginais, líquido cefaloraquidiano, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico e líquido amniótico e pode sobreviver em ambiente externo como superfícies de mobiliário ou pavimentos, à temperatura ambiente, por períodos prolongados, sete ou mais dias, no entanto, o VHB é 50 a 100 vezes mais infeccioso do que o VIH.

O que diz respeito a meios de transmissão do vírus, em termos mundiais, a maioria das infecções é adquirida através da mãe para o filho na altura do parto, de criança a criança e através de injeções não seguras, material médico não esterilizado. Nos países industrializados (Europa Ocidental continente Norte-Americano), a maioria é adquirida através do contacto sexual na adolescência e pela toxicodependência (Velosa et al.,2007). O VHB constitui ainda um grande problema na medida em que existe um número apreciável da população mundial que não tem acesso a material descartável e cerca de 50% das transfusões nos países de elevada endemicidade não são submetidas a nenhum

controlo. Alguns dados provenientes do “Centers for Disease Control”(Atlanta,EUA), apontam para o facto de cerca de 50% das hepatites agudas B serem transmitidas por via sexual, 15% pela utilização de drogas injectadas, em 31% dos casos não foi identificada a forma de contágio(Velosa et al.,2007).

Esta doença está intimamente ligada a determinados grupos específicos que reúnem mais probabilidades de contrair a doença, são denominados os grupos de maior risco, sendo eles: filhos de mães portadoras de VHB, irmãos de portadores, doentes com infecção pelo vírus da hepatite ou imunodeficiência humana, indivíduos de origem asiática ou africana, pessoas com estadia prolongada em países endémicos, doentes com transaminases elevadas de causa desconhecida, doentes em hemodiálise, profissionais de saúde, principalmente os que manipulam produtos biológicos, receptores de órgãos transplantados, deficientes institucionalizados e respectivos docentes, prostitutas e homossexuais (Velosa et al.,2007). Também representam grupos de risco para a infecção pelo VHB, politransfundidos, indivíduos com comportamento sexual promíscuo, agregado familiar e parceiros sexuais de portador crónico (Marinho&Agostinho).

Relativamente à incidência e frequência de casos de hepatite B existentes, segundo Velosa e colaboradores, a hepatite B é um dos mais graves problemas de saúde pública a nível mundial pois existem cerca de 350 a 450 milhões de infectados de forma crónica, ou seja 5% da população mundial é portadora do vírus e estima-se que a hepatite B seja responsável por cerca de 500 000 a 750 000 mortes anuais, mas se existir acompanhamento médico especializado, a probabilidade em Portugal de se morrer de hepatite B é muito reduzida.

Apesar de haver pessoas cronicamente infectadas em todo o mundo, há regiões onde se verifica uma alta endemicidade para esta doença, como: extremo Oriente (Sul da Ásia, China, Filipinas, Indonésia), África sub-sahariana, populações da América do sul e Médio Oriente, em que a positividade para AgHBs varia de 8 a 15%.

Os locais onde a prevalência de portadores do vírus é intermédia, 2 a 7%, situam-se no Japão, zonas da América do Sul, Este e sul da Europa e zonas da Ásia Central.

E por fim, existe uma baixa prevalência do vírus, menos de 2%, nos Estados Unidos e Canadá, norte da Europa, Austrália e parte Sul da América do Sul. Relativamente, a Portugal, este é um país de endemia baixa a intermédia, pois possui uma prevalência de portadores crónicos do AgHBs de cerca de 1,4%, o que corresponde a cerca de 120 000portugueses(Marinho&Agostinho).

No que diz respeito a níveis de mortalidade derivados ao aparecimento de cirrose hepática, em Portugal verificam-se aproximadamente 2500 casos por ano de mortes por esta doença e as estatísticas dos centros hospitalares indicam que 15 a 20% dos doentes com cirrose hepática estejam infectados pelo VHB (Silva et al.,2007).

A idade do doente portador de hepatite B constitui um factor a favor ou contra a cura da hepatite aguda, pois é sabido que 95% dos adultos cura a hepatite B aguda, sem qualquer tratamento médico e os restantes 5% evoluem para portadores crónicos, no entanto, em idades mais jovens, por exemplo nos recém nascidos, a probabilidade de evolução para portador crónico é de 95%, pelo contrário quando o doente se torna portador crónico(AgHBs positivo) a probabilidade de ocorrer a cura espontânea é de cerca de 1 a 2% por ano.Existem estudos que revelam que na fase aguda da doença, 1% dos doentes evolui para uma forma muito grave, correspondendo à hepatite fulminante, e 50% dos casos tem uma evolução fatal, apesar de o transplante hepático de emergência poder salvar alguns casos.(Velosa et al.,2007).

A probabilidade de o portador crónico evoluir para uma situação de hepatite crónica e cirrose é de cerca de 25 a 30%, nestes casos poderá existir indicação para tratamento com o objectivo de controlar o crescimento e reprodução do vírus, apesar de ser difícil a cura completa, se evoluir para cirrose, o risco anual de surgir cancro no fígado é de 4%, o que implica uma vigilância de seis em seis meses(Velosa,2007).

Nos últimos anos têm sido feitos esforços no sentido de combater esta doença, bem como travar a sua evolução, é pois sabido que, Dados da Direcção Geral de Saúde mostram que desde 1993 se assistiu a um decréscimo do número de casos notificados de hepatite B, com um predomínio de infecção no sexo masculino e no grupo etário dos 15 aos 35 anos, sugerindo que o primeiro contacto com o vírus da hepatite B ocorra, mais frequentemente, em adolescentes e adultos jovens, associando-se a comportamentos de risco, em contraste, na Ásia e na maior parte de África, a hepatite B crónica é comum, geralmente adquirida no período perinatal, ou na infância.

A incidência da hepatite B tem vindo a diminuir não só graças à vacina, disponível desde 1981, como também a outras medidas de saúde pública que têm vindo a ser tomadas e, sobretudo a alterações nos comportamentos de risco que tem levado à diminuição da transmissão (Marinho & Agostinho). Por outro lado, o número de casos de hepatite aguda B, ou seja a lesão do fígado induzida pelo vírus quando contacta pela primeira vez com o organismo, tem vindo a diminuir e tal deve-se à inclusão da vacina no programa nacional

de vacinação para todos os recém-nascidos desde 2000, para os adolescentes dos dez aos treze anos , já tinha sido incluída em 1994(Velosa et al.,2007).

Aspectos médicos da hepatite B

O diagnóstico da hepatite B obedece a variados critérios que se baseiam em toda a informação disponível e proveniente de testes laboratoriais, história, observação clínica e exames complementares específicos para esta doença.

Existem vários critérios de diagnóstico para considerar que um doente padece de hepatite B, sendo que o diagnóstico da hepatite B aguda é evidente quando o doente se apresenta com sintomas gerais, como:

- febre,
- astenia,
- náuseas,
- falta de apetite,
- urina escura, icterícia,
- transaminases muito elevadas.

Existem diferentes métodos para distinguir o quadro de uma hepatite B de outra hepatite vírica, assim para se diagnosticar uma hepatite B é necessário detectar a presença de marcadores serológicos : AgHBs e Igm anti-HBc positivos e por outro lado através da realização de uma biopsia hepática é possível confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade da lesão hepática.

Como é sabido, uma hepatite B aguda, pode progredir para hepatite B crónica, para que isto aconteça o doente tem que apresentar testes de laboratório com os marcadores AgHBs e o DNA VHB positivos por um período superior a seis meses, por outro lado, a ALT deverá estar elevada e existirão alterações inflamatórias na biopsia hepática.

A progressão para uma hepatite crónica implica uma infecção crónica, em que os linfócitos são atraídos para o fígado, reconhecem as células infectadas pelo VHB, atacam e destroem as células que expressam os antígenos víricos. Este processo inflamatório activa a fibrogénese, e o tecido fibroso que se vai formando gradualmente acaba por substituir o espaço remanescente das células hepáticas eliminadas. A progressão da fibrose, isola

conjuntos de hepatócitos rodeados de tecido fibroso, os quais têm a particularidade de serem destituídos de veia centrolobular, a consequência mais dramática deste desarranjo é a dificuldade de passagem do sangue através do órgão e por outro lado, a dificuldade nas trocas gasosas e bioquímicas.

Assim, a cirrose é o último estado de uma série de doenças inflamatórias do fígado, entre as quais se encontra a hepatite B crónica.

A cirrose compensada pode ser praticamente assintomática, ao passo que a cirrose sintomática pode-se traduzir por sintomas como, fadiga e eventualmente dificuldade na coagulação do sangue, que se manifesta pela dificuldade em estancar uma hemorragia ou sangramentos de mucosas sensíveis quando sujeitas a traumatismo, como, por exemplo as gengivas.

Quando a cirrose está descompensada, então podem ocorrer diversos sintomas como insuficiência hepática, icterícia, confusão mental, sonolência, edema, hemorragias por rotura de varizes (Velosa et al.,2007).

É comum que um dos sinais da cirrose seja o aumento do volume do fígado bem como o aumento da sua consistência.

Os factores que condicionam a progressão para cirrose são, essencialmente, de natureza imunológica e vírica, pelo que as recomendações no sentido de atrasar ou evitar acentuam na redução do consumo de álcool, evitar o excesso de peso e proceder à vacinação para o vírus da hepatite A, por outro lado, o facto de um doente ter uma idade mais avançada, maior duração da infecção, maior replicação vírica e ser do sexo masculino pode constituir um risco e ter um impacto muito negativo caso exista cirrose (Velosa et al.,2007).

Tratamento da Hepatite B

Sendo que a hepatite B aguda cura-se espontaneamente na totalidade de quase todos os casos, não existe necessidade de um tratamento médico específico, sendo necessário apenas repousar e fazer dieta adequada.

Na hepatite B crónica a maior parte das vezes há indicação para tratamento, esta indicação para tratamento destina-se, essencialmente a evitar a progressão da doença para cirrose, pretendendo-se, na impossibilidade de eliminar o vírus, que o doente passe a à condição de portador inactivo. No entanto, nem todos os doentes necessitam de tratamento da sua hepatite B, quase sempre porque a doença está inactiva e o risco de progressão é diminuto, portanto a decisão de prosseguir para um tratamento é algo que deve ser ponderado e ter em conta vários factores (Velosa et al.,2007).

Actualmente, existem medicamentos eficazes que permitem travar a evolução da doença, o interferão e análogos dos nucleótidos, ainda que não erradicam o vírus da célula hepática, têm a capacidade de controlar a replicação.

Para além da presença VHB poder provocar graves lesões no fígado de um indivíduo, também pode originar manifestações clínicas extra-hepáticas, como, por exemplo, poliarterite nodosa ou crioglobulinémia e, nestes casos, o tratamento anti vírico está justificado independentemente da actividade da infecção (Velosa et al.,2007).

Segundo Velosa e colaboradores, o tratamento da hepatite, está muitas vezes associado a sofrimento e incómodos, quer para o doente quer para os seus familiares, pois o doente depara-se com vários sintomas, como, febre, cefaleias, dores musculares e fadiga que será mais acentuada quanto maior o grau de anemia.

Contudo, existem sintomas mais preocupantes que obrigam a uma cuidadosa monitorização, pois estes envolvem a esfera humoral e manifestam-se por irritabilidade, comportamento agressivo e depressão, existindo também possibilidade rara do aparecimento de hipo ou hipertiroidismo.

Para além do tratamento afectar o doente do ponto de vista físico, é comum que durante um tratamento de quimioterapia apareçam efeitos adversos neuropsiquiátricos, com eventuais consequências graves a diversos níveis, destacam-se as perturbações do humor, os estados de ansiedade, os comportamentos parassuicidários e suicidários, os estados maniformes e os quadros psicóticos, todos eles com claras e evidentes repercussões a nível pessoal, dinâmica familiar e socioprofissional do indivíduo com

hepatite viral. Muitas vezes estes quadros são os responsáveis pela diminuição da eficácia do tratamento, e ou necessidade de suspensão do mesmo, esta última decisão poderá ter implicações no agravamento, evolução e prognóstico da doença de base e também consequentemente na qualidade de vida dos doentes. Por vezes, o início da terapêutica poderá ser adiado caso se detectem quadros clínicos psiquiátricos previamente ao início do tratamento da doença hepática, sendo esta mais tarde , e apenas após controlo psicofarmacológico então iniciada.

Tendo em conta toda a problemática envolvente na própria vivência da doença bem como no seu tratamento é muito útil uma abordagem multidisciplinar que facilite a detecção e tratamento precoces destas complicações contribuindo para uma melhoria do prognóstico e evolução dos indivíduos portadores de hepatite viral B e consequentemente diminuição da incapacidade física, psicológica e social destes doentes.(Tomé &Luís,2004).

Impacto psicológico em portadores crónicos do vírus HBV

É sabido que as doenças crónicas, tais como artrite, cancro, doenças pulmonares, doenças neurológicas, doenças cardíacas, o vírus da imunodeficiência (VHI) e deficiência física, causam diversos transtornos físicos e estão em estreita relação com doenças psiquiátricas. A hepatite B é uma condição crónica e como tal poderá afectar o sujeito portador sob o ponto de vista psicológico, no entanto os doentes com hepatite B, com comorbilidades psiquiátricas podem ser divididos em duas categorias, aqueles com doenças psiquiátricas existentes que desenvolvem hepatite B e aqueles que desenvolvem doenças mentais no contexto desta doença infecciosa (Ebrahimi et al., 2008).

A presença de doença mental, pode muitas vezes colocar o paciente em risco significativo de contrair doenças infecciosas, pois esses pacientes podem não ser capazes ou estar dispostos a relatar tais factores ou sintomas, por outro lado, é sabido que os transtornos psicológicos em pacientes com hepatite B são mal documentados, existindo um artigo publicado sobre as doenças psiquiátricas em portadores do VHB na Turquia, que revela que muitos doentes com VHB não estão sob regime terapêutico e a sua relação com o médico poderá ser limitada apenas a exames laboratoriais periódicos, como consequência, os pacientes são mal avaliados para diagnosticar qualquer doença psiquiátrica. Tendo em conta estes factos, nestes doentes a avaliação do estilo de vida e factores de risco são questões importantes e requerem uma atenção especial tornando-se por isso necessária a educação do pessoal de saúde (Ebrahimi et al., 2008).

Existem estudos que permitem também constatar que é importante a educação sobre a transmissão e rotas do curso de infecção pelo HBV de modo a prevenir a doença. Tais factos são evidentes nos estudos levados a cabo por Ebrahimi e colaboradores, em que se comparou indivíduos portadores de HBV oriundos da Turquia que haviam sido instruídos sobre as vias de transmissão da hepatite B com indivíduos do Irão também portadores da doença que não tinham nenhum ensino sistemático sobre a doença, constatando-se que os segundos apresentavam mais insatisfação quanto à forma como vivenciavam a doença (Ebrahimi et al., 2008).

As doenças mentais são afectadas por doenças crónicas, tal como a hepatite viral, por outro lado, comportamentos pouco saudáveis e pobres prognósticos são os principais resultados associados a problemas psicológicos, portanto as estratégias preventivas, tais como a consulta após a triagem, juntamente com a educação continuada dos pacientes e

suas famílias, bem como o apoio psicológico e social aos portadores HBV, é de importância primordial(Ebrahimi et al.,2008).

O estudo realizado por Daryani e colaboradores, mostrou que os transtornos psiquiátricos são um dos principais problemas em doentes com hepatite B aparentemente saudáveis e que estas pessoas são muitas vezes socialmente isoladas e têm uma fraca qualidade de vida, por outro lado, relatam que recentes estudos baseados na comunidade do Irão, apontam para uma prevalência de alterações Psicológicas de 12,5% a 18,5%,em indivíduos com HBV.

Ebrahimi e colaboradores, fazem também referência a um estudo realizado na Turquia em que se constatou a existência de doenças psiquiátricas em 13 de 43 portadores de HBV, neste mesmo estudo , a depressão foi a principal anormalidade detectada (18,7%), por outro lado fazem referência a outro estudo , que foi realizado com emigrantes Coreanos com hepatite B, onde se verificou uma taxa de depressão de 46% em 50 indivíduos, constatando-se também que um alto índice de depressão possa ser detectado entre os pacientes com maior numero de enzimas hepáticas. Tendo em conta os factos referidos anteriormente verifica-se que a ansiedade e sintomas depressivos podem desempenhar um papel perturbador no funcionamento do sujeito com hepatite B crónica.

Por outro lado, segundo Montgomery(2000), sabe-se que existe um risco de desenvolver uma depressão ao longo da vida de 8% e 12% para os homens e, 20 e 26% para as mulheres, e tendo em conta que a hepatite B crónica está em estreita ligação com a depressão as mulheres poderão ser mais afectadas.

Outro problema ligado a esta doença é a reacção da família e a aceitação social destes pacientes, Ebrahimi e colaboradores, fazem referência a um estudo efectuado nos Estados Unidos que revela que os pacientes com hepatite C experimentam uma estigmatização semelhante à de pacientes com lepra, esta estigmatização pode conduzir a uma maior ansiedade, depressão e consequentemente a uma pior qualidade de vida., mas por vezes, devido à estigmatização a que alguns pacientes são vítimas, por parte da família e sociedade , pode levar também a que estes se isolem .Por isso, a estigmatização a que podem estar sujeitos os doentes , bem como as crenças sobre os efeitos nocivos da infecção pelo HBV, como o aparecimento de cirrose, cancro e até a morte, juntamente com ideias erradas sobre a transmissão são as principais causas de transtornos psiquiátricos em portadores HBV(Ebrahimi et al.,2008).

Em suma , pode-se dizer que o efeito disruptivo que o diagnóstico da hepatite B tem sobre a personalidade pode implicar uma diminuição da auto-estima, insegurança,

sentimento de inferioridade do indivíduo. As experiências dolorosas crônicas, e ainda a fadiga que por vezes se faz sentir, podem provocar certos efeitos sobre a personalidade e nos estados emocionais do indivíduo, afectado o seu funcionamento intelectual e funcional. Por outro lado, o aparecimento de ansiedade, pode surgir como resposta emocional inicial, que pode consoante a personalidade do sujeito levar a uma acção positiva de pedido de ajuda médica, ou como uma negação da doença e rejeição da assistência. De outro modo, o aparecimento de depressão pode surgir como reacção emocional face à doença, estigmatização da sociedade, surgindo sentimentos de insegurança, inferioridade, humor triste e tendência para o isolamento, estes estados depressivos prévios ou que surgem depois da doença podem prejudicar os resultados da reabilitação, influenciar o curso evolutivo da hepatite e aceitação e ajustamento à doença (Ebrahimii et al.,2008).

As repercussões psicológicas da doença têm de ser devidamente valorizadas, quer no plano diagnóstico, quer na terapêutica e na reabilitação, dado que só a partir da compreensão das vivências que o sujeito tem da doença, e das eventuais perturbações psíquicas consequenciais, será possível realizar uma intervenção terapêutica global e eficaz.

Por outro lado, Ebrahimi e colaboradores, fazem referência a um estudo que revela que as anomalias somáticas, tais como fadiga, e dor de cabeça podem ser observadas em pacientes com infecção pelo HBV, no entanto acredita-se que os sujeitos são portadores assintomáticos , portanto não está bem claro se as desordens somáticas detectadas em pacientes são características dos próprios pacientes, tais como depressão e ansiedade traço, ou se são totalmente relacionadas com a infecção viral, daí a importância de fazer uma avaliação que mostre a que nível se deve actuar com mais urgência para uma melhor reabilitação e consequentemente melhor qualidade de vida.

O estudo de Kunkel e colaboradores, que incluiu uma série de pacientes portadores sãos e pacientes portadores de hepatite B crónica que desenvolveram cancro, demonstrou que a ameaça de perda de saúde é independente do tempo e do estado actual de saúde, o que mostra que existem outros factores que influenciam a saúde e qualidade de vida. Neste estudo também se concluiu que transtornos psicológicos são mais comuns entre grupos específicos e que factores socioeconómicos podem potenciar a ocorrência de transtornos psicológicos em tais pacientes (Ebrahimi et al.,2008).

Por outro lado, Araújo e colaboradores nos seus estudos puderam constatar a existência de 28% de portadores de HBV que tinham um grau de escolaridade baixo e

como tal isso representava a possibilidade de pouca compreensão das mensagens educativas e maior exposição a situações de vulnerabilidade.

As condições sócio económicas, culturais e a posição que a saúde ocupa na escala de valores do doente influenciam o auto-cuidado, demonstrando maior vulnerabilidade da população mais jovem e com mais baixa escolaridade. A escolaridade expressa diferenças entre as pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidade de ser beneficiar de novos conhecimentos (Araújo et al.,2006).

Aspectos psicológicos e Qualidade de vida em doentes com hepatite B

O conceito de Qualidade de vida implica factores de ordem física que dizem respeito às condições físicas dos indivíduos bem como às consequências da doença e tratamento, factores de ordem emocionais/psicológicos que se refere à percepção individual de uma determinada situação em que o individuo está envolvido e factores de ordem social que dizem respeito à satisfação individual com a vida familiar e amigos. Por outras palavras, a qualidade de vida indica o entendimento do doente sobre a sua saúde e as crenças e expectativas que tem acerca da doença. Por isso, corresponde ao bem estar físico mental, social e não somente a ausência da doença.(Cramer, 1994 in Ribeiro,2006). Existem várias definições para o que é a qualidade de vida, Ferrans e Powers (1992), descrevem a qualidade de vida nos seguintes termos “ *A qualidade de vida é o sentimento pessoal de bem estar que provém da satisfação ou insatisfação com domínios da vida que são importantes para a pessoa*”(Ferrans& Powers,1992 in Ribeiro,2006,p6). Já, Calman(1984), define qualidade de vida do seguinte modo “*A qualidade de vida é a diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal*”(Calman,1984 in Ribeiro,2006,p 6).

Nos últimos anos, milhões de pessoas portadoras de doenças crónicas, têm em muitos casos e em determinados estados da doença limitações no seu desenvolvimento físico e mental, por outro lado, a doença crónica pode causar grande desconforto e dor a familiares, sistema de cuidados de saúde e sociedade em geral. O mesmo parece acontecer em portadores crónicos de hepatite B, segundo estudos elaborados por Younossi (2001), a

qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), em pacientes com doença hepática crónica é inferior à população normal e por outro lado, os pacientes com hepatite viral crónica ou cirrose mostram substancial comprometimento da QVRS (Younossi, 2001 in Heidarzadeh et al., 2007)).

Existem vários factores que podem levar a uma diminuição da qualidade de vida em portadores de hepatite B crónica, entre eles, destaca-se, o facto do paciente ter conhecimento do diagnóstico de portador crónico de hepatite B, uma vez que até agora o tratamento para a erradicação do vírus não foi suficientemente útil, ser uma doença incapacitante e por fim ter que ser submetido a uma terapia antiviral, que traz sempre efeitos menos desejados. Por os motivos referidos anteriormente e dada a história natural da hepatite B, custos e as toxicidades dos esquemas terapêuticos actualmente disponíveis, surge a necessidade de elaboração de inquéritos sobre a qualidade de vida para definir questões que tenham impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes de modo a promover a reabilitação dos pacientes causando a diminuição do efeito da hepatite B crónica.

De um modo geral, parece que os pacientes com hepatite B crónica são confrontados com a diminuição do apoio social ou de medo da sociedade, perder a família, amigos e portanto isto pode levar a uma diminuição da qualidade de vida, bem como a um desequilíbrio do estado emocional (Heidarzadeh et al., 2007).

É sabido que a doença crónica está em estreita relação com os transtornos psicológicos, portanto, isto significa que um doente portador de hepatite B crónica possa ser afectado sob o ponto de vista, psicológico e social, afectando a sua qualidade de vida em alguns domínios. Estas ideias vão ao encontro das ideias de Ader, em que se verifica que a resposta psicológica individual pode provocar alterações na função imunológica através de diferentes mecanismos, conduzir à doença e consequentemente afectar a qualidade de vida. É assim importante, perceber de que modo a doença pode trazer ou não psicopatologia ou alterações na qualidade de vida em diferentes pacientes,

Tendo em conta que em Portugal, os estudos desta doença na área da psicoimunologia são bastante mais reduzidos do que os de outras doenças, como o cancro e sida, entre outras, faz todo o sentido elaborar um estudo que se debruce sobre esta doença, podendo contribuir para o esclarecimento da importância de factores psiconeuroimunológicos, na situação de portadores crónicos do HBV, que por esta razão parecem sofrer de estados de ansiedade e depressão, situação que lhes poderá afectar a sua qualidade de vida. Este estudo poderá ser mais um contributo para o melhor conhecimento

da doença que continua a fazer vítimas, apesar de existir uma vacina preventiva de elevada eficácia. E também ir ao encontro das verdadeiras necessidades de cada paciente, uma vez que o doente pode ser afectado na sua qualidade de vida em diferentes campos.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Problemas

-Será que existe impacto na Qualidade de vida dos doentes portadores crónicos do vírus VHB, ou seja, há algum grau de mudança na qualidade de vida em doentes com hepatite B?

-Será que existe impacto na Qualidade de vida dos doentes portadores crónicos do vírus VHB, ou seja, há algum grau de mudança na qualidade de vida em doentes com hepatite B, consoante o género?

-Será que existe impacto na qualidade de vida dos doentes portadores crónicos do vírus VHB, ou seja, há algum grau de mudança na qualidade de vida em doentes com hepatite B, consoante o estado civil?

- Será que existe impacto na qualidade de vida dos doentes portadores crónicos do vírus VHB, ou seja, há algum grau de mudança na qualidade de vida em doentes com hepatite B, consoante a faixa etária?

-Será que existe impacto na qualidade de vida dos doentes portadores crónicos do vírus VHB, ou seja, há algum grau de mudança na qualidade de vida em doentes com hepatite B, consoante a escolaridade?

- Será que existe impacto na qualidade de vida dos doentes portadores crónicos do vírus VHB, ou seja, há algum grau de mudança na qualidade de vida em doentes com hepatite B, consoante a localidade onde residem?

Hipóteses

- As pessoas portadoras de hepatite B crónica apresentam diferenças significativas na qualidade de vida.
- Dependendo do género, os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida
- Dependendo do estado civil, os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida
- Dependendo da faixa etária, os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida
- Dependendo da escolaridade (grau de ensino), os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida
- Dependendo do local onde residem, os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida

Variáveis

-Variável dependente: grau de Qualidade de vida.

-Variáveis Independentes: Género(masculino/feminino)

Idade(40 anos ou menos-mais de 40anos)

Estado civil(outro/casado)

Escolaridade(mais que o 9ºano/Até 9ºano)

Local onde reside(Arredores de Lisboa/Lisboa)

	m	66,7	20
Estado Civil			
	casado	73,3	22
	solteiro	23,3	7
	viuva	3,3	1
Escolaridade			
	4ºclasse	23,3	7
	6ºano	3,3	1
	8ºano	3,3	1
	9ºano	33,3	10
	10ºano	6,7	2
	11ºano	3,3	1
	12ºano	10,0	3
	bacharelato	3,3	1
	licenciada	13,3	4
Profissão			
	administrativa	3,3	1
	analista quimica	3,3	1
	barman	3,3	1
	comerciante	3,3	1
	const.civil	3,3	1
	domestica	6,7	2
	emp.limpeza	3,3	1
	engenheiro	3,3	1
	escriturario	3,3	1
	estudante	3,3	1
	fiel de armazem	3,3	1
	func.publica	3,3	1
	gestor	3,3	1
	hotelaria	3,3	1
	mecanico	6,7	2
	motorista	3,3	1
	musico	3,3	1
	pedreiro	10,0	3
	professora	3,3	1
	reformado	10,0	3
	secretario	3,3	1
	servente	3,3	1
	tecn.admnistrativo	3,3	1
	tecn.psicosocial	3,3	1
Localidade			

agualva	3,3	1
ajuda	3,3	1
alges	3,3	2
almada	3,3	1
amadora	3,3	1
carnaxide	6,7	1
cascais	3,3	1
costa da caparica	3,3	1
linda a velha	3,3	1
loures	3,3	1
lx	3,3	16
oeiras	3,3	1
queluz	3,3	1
sintra	3,3	1
Total	100,0	30

Caracterização da amostra

No que diz respeito às idades dos sujeitos pertencentes à amostra, 20 dos sujeitos pertencem ao género masculino(66,7%) e 10 pertencem ao género feminino(33,3%).

No que concerne às idades, estas estão compreendidas entre os 22 e 86 anos, onde 14(46,7%) dos sujeitos tem 40 anos ou menos e os restantes 16(53,3%) sujeitos tem uma idade superior a 40 anos. É importante também salientar que dos sujeitos que têm 40 anos ou menos, 9 pertencem ao género masculino e cinco pertencem ao género feminino, dos sujeitos com mais de 40 anos, 11 pertencem ao género masculino e cinco pertencem ao género feminino.

Podemos assim reparar que tanto nos sujeitos que têm 40 anos ou mais, como os que têm 40 anos ou menos, existe um desfasamento, entre o número de sujeitos do género feminino e o número de sujeitos do género masculino.

Em relação ao estado civil, é de salientar que grande parte da amostra, 77,3% dos inquiridos é casado, 23,3% é solteiro e 3,3% está em estado de viuvez.

Ao nível da escolaridade, a amostra é constituída por 7 sujeitos (23,3%) que concluíram a 4ª classe e 8(26,6%) que têm mais que o 12º ano de escolaridade.

Verificou-se ainda que 16(53,3%) dos indivíduos referiram residir em Lisboa e os restantes referiram morar nos arredores de Lisboa e apenas um indivíduo referiu morar em meio rural.

Procedimento

Foi entregue à Direcção do Hospital Egas Moniz, um pedido de autorização/projecto (vd, Anexo A), para a realização do estudo no mesmo hospital e por conseguinte para que se podessem aplicar 30 inquéritos de auto-resposta sobre a qualidade de vida aos doentes do serviço de Gastrenterologia.

Passado algum tempo, foi dada a autorização para a realização da recolha de dados. Assim, às terças-feiras, aos pacientes que se dirigiam à consulta de gastrenterologia e que eram portadores do vírus VHB, era pedida a colaboração para o preenchimento de um questionário e respectivos dados sócio-demográficos, sendo explicado a cada paciente que se estava a realizar um trabalho de investigação com o objectivo de avaliar a qualidade de vida em doentes portadores crónicos de HBV, com o intuito de se conseguir um melhor conhecimento sobre a doença, clarificar em doentes portadores do vírus HBV que impacto a doença tem na sua qualidade de vida.

A técnica de recolha de dados foi efectuada num espaço adequado às exigências da aplicação do instrumento. No acto da entrega do questionário, foi dito aos sujeitos que a colaboração dos doentes requeria a sua livre vontade para responder às questões dos inquéritos, que seriam auto-preenchidos em anonimato e sob confidencialidade, indicando também que era necessário ler as perguntas com muita atenção e consoante a sua opinião, assim assinalariam com uma bola a resposta mais adequada.

A ordem de aplicação dos instrumentos e as instruções destes foram mantidas constantes para todos os indivíduos, ainda que em alguns casos fosse necessário ler as perguntas devido às dificuldades de compreensão do questionário. Foi por isso objectivo, assegurar a boa compreensão da instrução dos instrumentos por parte dos indivíduos.

Instrumentos

Neste estudo, foi aplicado um questionário de saúde reduzido, SF-36 (vd, Anexo B), composto por um total de 36 itens e um questionário Sócio-demografico (vd, Anexo B). No que concerne ao questionário sócio-demografico, este é constituído por vários itens como a idade, sexo, estado civil, profissão, grau de escolaridade,

local onde reside. Relativamente ao questionário de saúde reduzido SF-36 ou “*Sf-36 Health Survey*”, este é uma medida breve de avaliação do estado de saúde que pode ser utilizado para múltiplos objectivos. Contém 36 itens dos quais 35 se agrupam, em oito escalas, fornece um perfil de notas a partir destas oito escalas, simultaneamente, bem como um sumário das medidas mentais, resultante do agrupamento de quatro escalas e físicas, resultante do agrupamento das restantes quatro escalas(Ware & Gandek,1998 in Ribeiro, 2005).

A origem da escala do SF-36, foi o resultado do projecto de investigação da Rand corporation na década de 70, nos Estados Unidos. Este projecto, planeado e executado por Jonh Ware e seus colaboradores teve como objectivo avaliar se as variações dos resultados dos doentes eram explicadas pelas diferenças nos sistemas dos cuidados de saúde, formação e prática clínica. Em Portugal, o questionário foi traduzido e adaptado à população portuguesa por o Professor Pedro Lopes Ferreira, pertencente ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Fereira, 2000 in Ribeiro,2005).

Assim, quanto aos componentes do SF-36, Mchorney, Ware e Raczek (1993), definiram a hipótese de que as oito dimensões do questionário se agrupariam em dois componentes, componente física que seria constituída por as dimensões Funcionamento físico, Desempenho físico, Dor Corporal e Percepção Geral de saúde e componente Mental que seria composto por as dimensões, Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional (Mchorney, Ware & Raczek,1993 in Ribeiro,2005)

Relativamente à escala em si, Ware(1976),faz referência a vários autores que defendem a construção da escala como uma escala de Gutman, porque desta forma a nota da pessoa fornece informação do padrão exacto de resposta aos itens e não se perde informação devido à agregação dos itens numa nota(Ware,1976 in Ribeiro,2005).

Segundo Ware e Gandek(1998), o SF-36 mostra-se útil na comparação entre populações gerais e específicas, na estimativa da sobrecarga de várias doenças, na diferenciação dos benefícios para a saúde decorrentes de diversos tratamentos, no rastreio de doente individuais e nas decisões políticas e económicas para a saúde. As dimensões que a constituem, abrangem uma gama ampla de conceitos componentes de saúde, o que facilita a orientação para a elaboração e avaliação de programas de saúde, quer em pessoas saudáveis, individualmente ou na comunidade, quer no seguimento de doentes crónicos (Ware & Gandek,1998 in Ribeiro,2005).

Quanto à validade do questionário, há garantias reprodutivas por múltiplos estudos que avaliam o que se pretende e que o faz com fiabilidade, sensibilidade e credibilidade (Ribeiro, 2005).

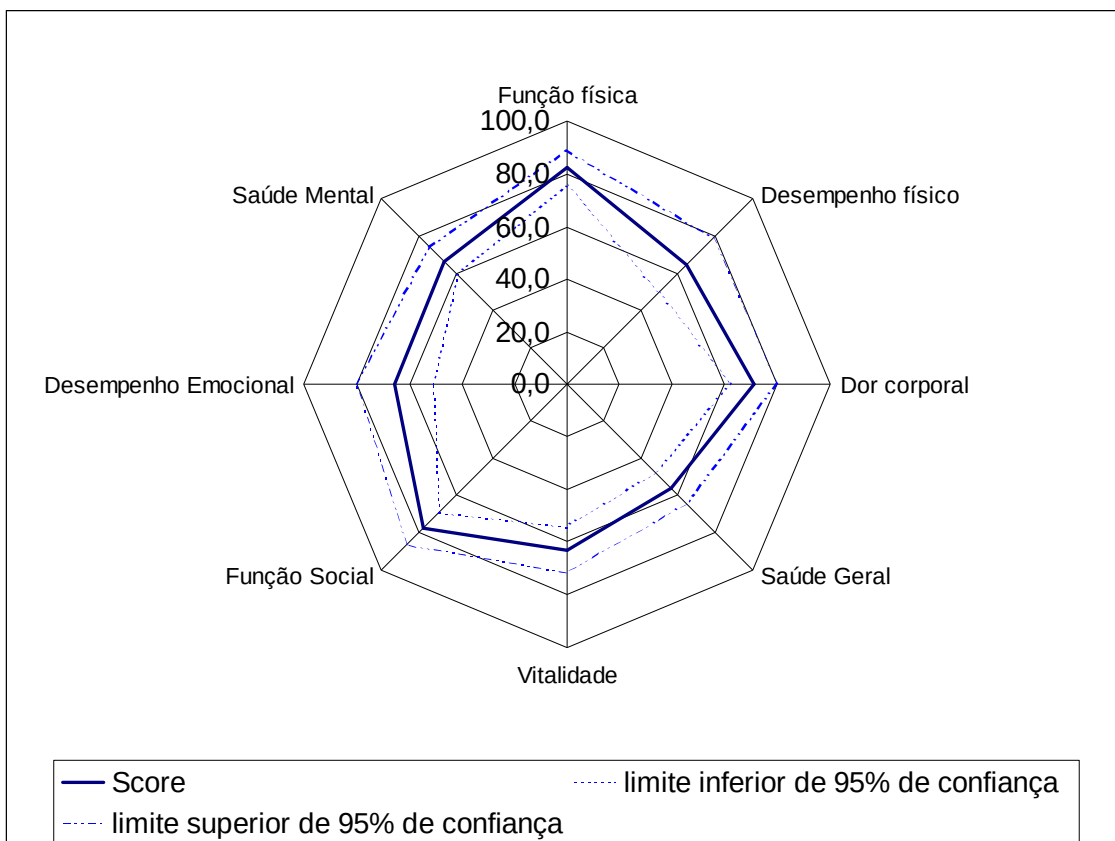
RESULTADOS

Primeiramente, para proceder à descrição das variáveis foram usadas frequências relativas estatísticas descritivas simples.

Para efectuar os testes estatísticos optou-se por dicotomizar as variáveis sócio-demográficas mais relevantes.

Tendo em conta que o objectivo do estudo é comparar os níveis dos sub-domínios da escala SF-36 pelas variáveis sócio-demográficas dicotomizadas, recorreu-se ao teste T-student e foi ainda usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as duas distribuições.

Quadro 2 e 3- Medidas de tendência central e desvios padrão, para cada sub-domínio do SF-36

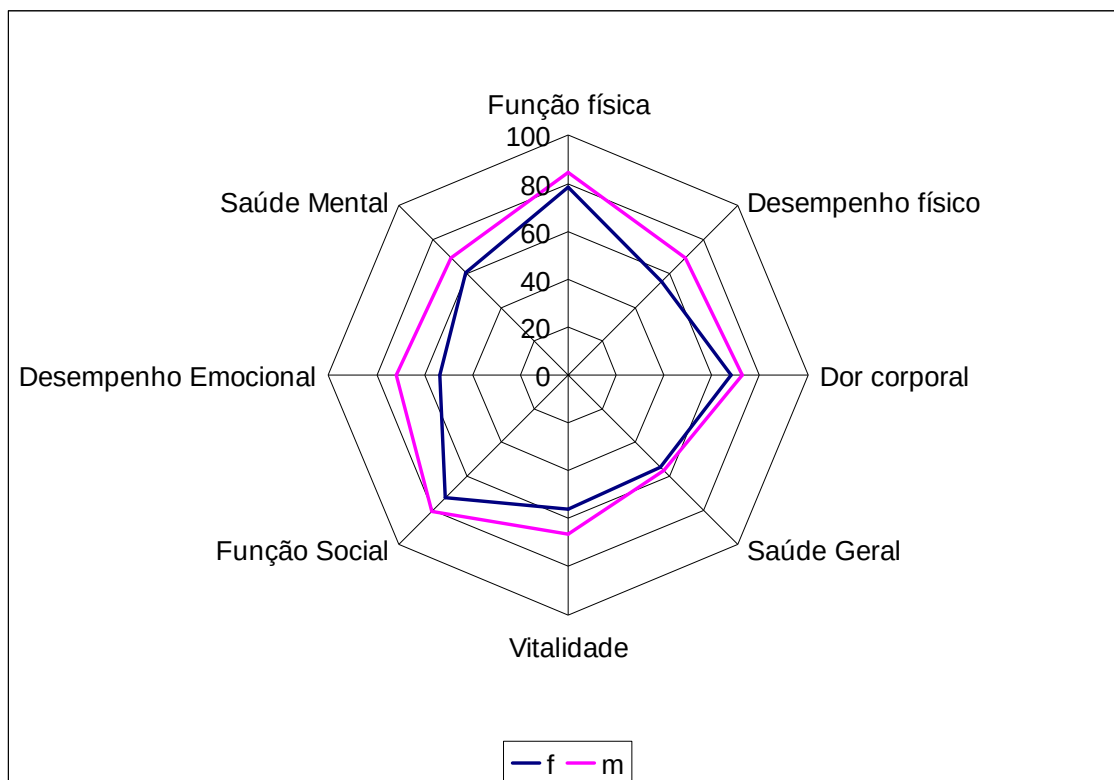


	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Função física	82,33	18,28	35,00	100,00
Desempenho físico	64,17	40,83	,00	100,00
Dor corporal	71,00	24,59	31,00	100,00
Saúde Geral	55,82	23,21	15,00	100,00
Vitalidade	62,83	23,77	15,00	100,00
Função Social	77,50	23,76	25,00	100,00
Desempenho Emocional	65,56	41,51	,00	100,00
Saúde Mental	66,13	20,55	12,00	100,00
Mudança de saúde	35,00	24,21	,00	75,00

Ao analisar o quadro relativo à média e desvio padrão obtido em cada sub-dimensão do Sf-36, poder-se –à dizer que os sujeitos inquiridos denotaram ter valores elevados na dimensão *Função Física* e *Função Social*.

Em contrapartida, em geral, os sujeitos inquiridos apresentaram um valor mais baixo na dimensão *Saúde geral* correspondente a uma média de 55,82.

Quadro 4 e 5- Scores obtidos nas sub- dimensões do SF-36, consoante o género. Resultados obtidos nos testes de comparação de médias, teste de Levéne e Mann-Whitney.



sexo		Média	Devio Padrão	n	p *	p**	p***
Função física	f	78,0	23,94	10	0,368	0,059	0,650
	m	84,5	14,95	20			
Desempenho físico	f	55,0	45,34	10	0,394	0,334	0,475
	m	68,8	38,79	20			
Dor corporal	f	67,6	26,40	10	0,601	0,884	0,650
	m	72,7	24,16	20			
Saúde Geral	f	54,7	24,84	10	0,850	0,980	0,914
	m	56,4	23,00	20			
Vitalidade	f	56,0	26,85	10	0,273	0,333	0,328
	m	66,3	22,00	20			
Função Social	f	72,5	26,87	10	0,425	0,794	0,397
	m	80,0	22,36	20			
Desempenho Emocional	f	53,3	45,00	10	0,261	0,384	0,307
	m	71,7	39,40	20			
Saúde Mental	f	60,4	24,47	10	0,288	0,650	0,373
	m	69,0	18,30	20			
Mudança de saúde	f	30,0	22,97	10	0,433	0,404	0,422
	m	37,5	25,00	20			

* Teste t para a comparação das médias

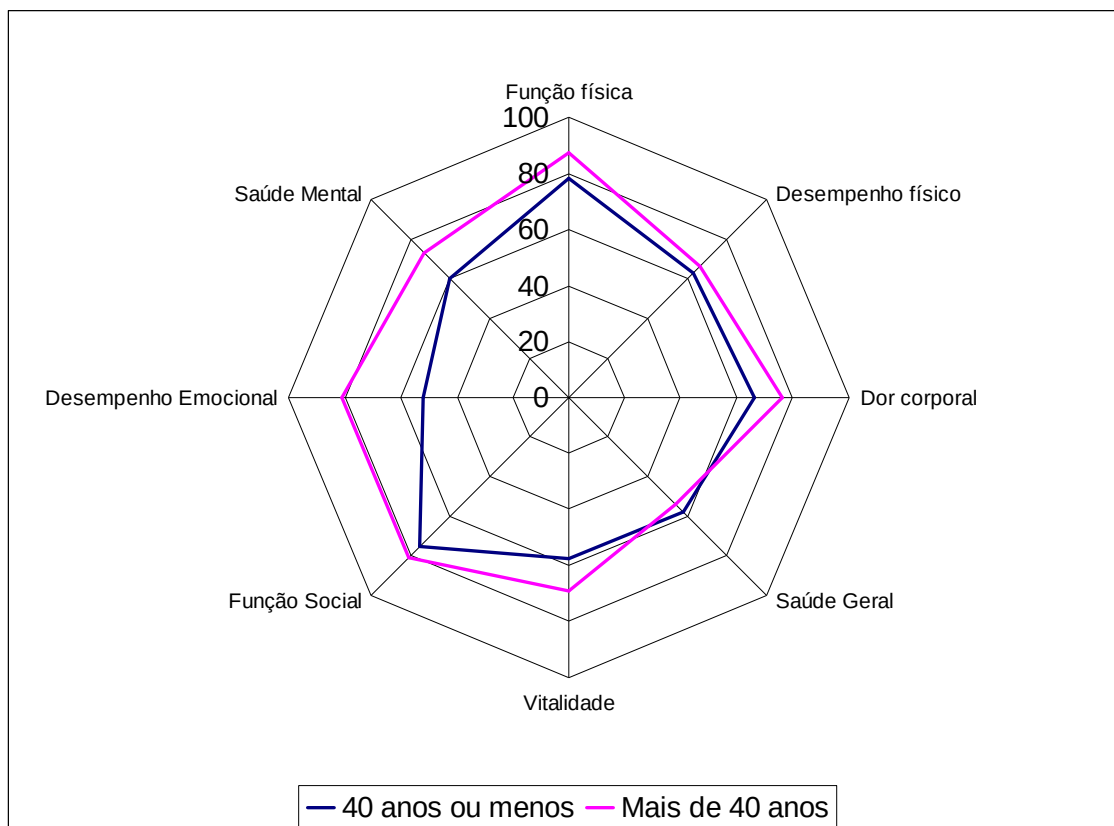
** Teste de Levene para a comparação das variâncias

*** Teste de Mann-Whitney

Ao analisar os quadros relativos aos scores obtidos nas sub-dimensões do SF-36, consoante o género e aplicação de diferentes testes estatísticos, procedeu-se à verificação da existência de diferenças significativas nos diferentes sub- domínios, entre os dois sexos e verificou-se que na dimensão *Função física* se obteve um $p= 0,368$, na dimensão *Desempenho físico* $p= 0,394$, na dimensão *Dor corporal* $p= 0,601$, na dimensão *Saúde Geral* $p= 0,850$, na dimensão *Vitalidade* $p= 0,273$, na dimensão *Função Social* $p= 0,425$, na dimensão *Desempenho emocional* $0,261$ e finalmente na dimensão *Saúde Mental* $p= 0,288$, de onde se constata que sendo em geral $p>0,05$, rejeita-se H_0 e por isso conclui-se que não existem diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres em qualquer dos sub- domínios.

No entanto, verifica-se que em todos os domínios os indivíduos do sexo masculino demonstram ter scores mais elevados que os observados nos indivíduos do sexo feminino. Por outro lado, verifica-se uma discrepância no que diz respeito ao score apresentado por as mulheres e homens na dimensão desempenho emocional, em que as mulheres apresentam um score de 53,3 e os homens um score de 71,7.

Quadro 6 e 7- Scores obtidos nas sub- dimensões do SF-36, consoante a Idade. Resultados obtidos nos testes de comparação de médias, teste de Levéne e Mann-Whitney.



<i>idade</i>		<i>Média</i>	<i>Devio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p**</i>	<i>p***</i>
Função física	<i>Mais de 40 anos</i>	87,1	16,14	14	0,182	0,766	0,142
	<i>40 anos ou menos</i>	78,1	19,48	16			
Desempenho físico	<i>Mais de 40 anos</i>	66,1	42,30	14	0,816	0,935	0,822
	<i>40 anos ou menos</i>	62,5	40,82	16			
Dor corporal	<i>Mais de 40 anos</i>	76,4	25,07	14	0,272	0,836	0,240
	<i>40 anos ou menos</i>	66,3	23,96	16			
Saúde Geral	<i>Mais de 40 anos</i>	54,0	17,91	14	0,682	0,030	0,697
	<i>40 anos ou menos</i>	57,4	27,53	16			
Vitalidade	<i>Mais de 40 anos</i>	68,9	20,11	14	0,194	0,203	0,193
	<i>40 anos ou menos</i>	57,5	26,01	16			
Função Social	<i>Mais de 40 anos</i>	80,4	20,64	14	0,547	0,369	0,637

	40 anos ou menos	75,0	26,61	16			
Desempenho Emocional	Mais de 40 anos	81,0	28,39	14	0,050	0,000	0,110
	40 anos ou menos	52,1	47,09	16			
Saúde Mental	Mais de 40 anos	72,9	15,86	14	0,094	0,260	0,120
	40 anos ou menos	60,3	22,79	16			
Mudança de saúde	Mais de 40 anos	32,1	22,85	14	0,555	0,358	0,473
	40 anos ou menos	37,5	25,82	16			

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variância

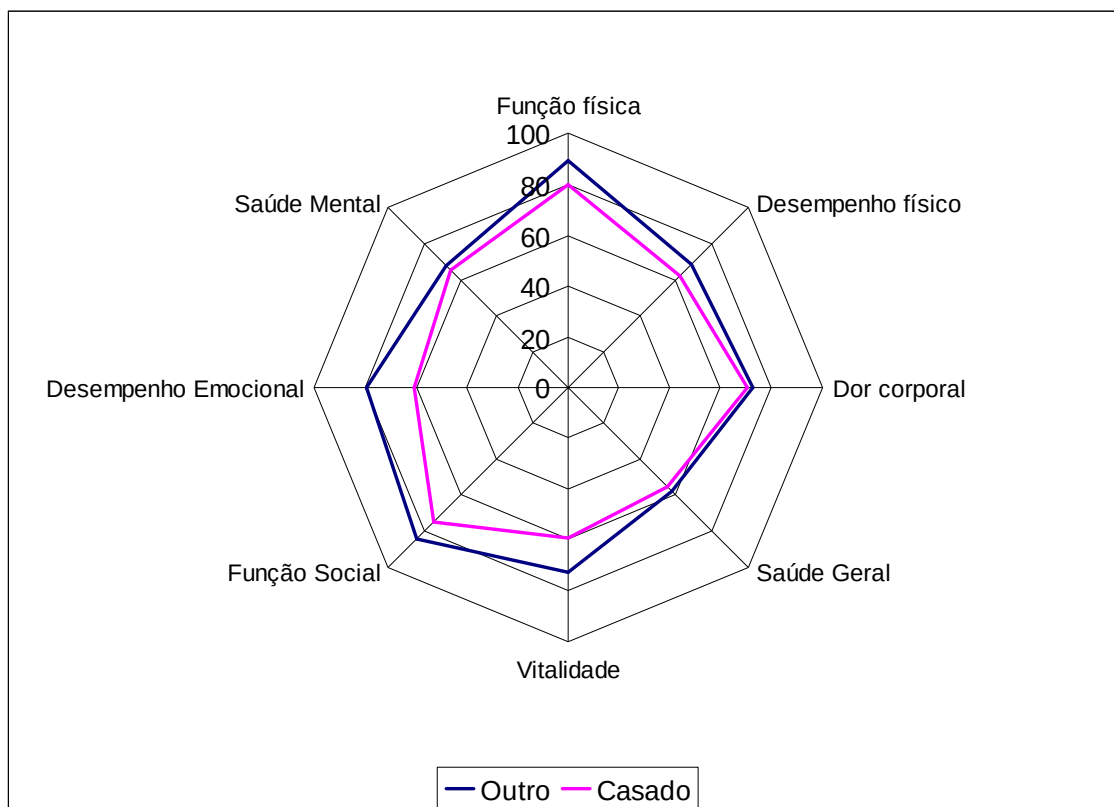
*** Teste de Mann-Whitney

Ao analisar os quadros relativos aos scores obtidos nas sub-dimensões do SF-36, consoante a idade e aplicação de diferentes testes estatísticos, procedeu-se à verificação da existência de diferenças significativas nos diferentes sub- domínios, entre os duas faixas etárias e verificou-se que os indivíduos com mais de 40 anos denotaram ter scores mais elevados que os indivíduos mais jovens em quase todos os sub-domínios, com excepção da *Saúde Geral*. Por outro lado, verifica-se uma discrepância no que diz respeito ao scores apresentados pelos sujeitos com 40 anos ou menos e mais de 40 anos, na dimensão *Desempenho Emocional*, em que os sujeitos com 40 anos ou menos apresentam um score de 52,1 e os sujeitos com mais de 40 anos apresentam um score de 81.

Procedeu-se há verificação de diferenças significativas nos diferentes domínios, para as diferentes faixas etárias e verificou-se que em todas as sub-dimensões não existem diferenças estatísticas significativas consoante a faixa etária para qualquer dos sub grupos, pois em todas as dimensões o $p > 0,05$, havendo rejeição de H_0 .

A única diferença observada foi no domínio do *Desempenho Emocional*, que mostrou tender ser estatisticamente relevante observando-se um p-value borderline ($p = 0,05$) que não foi confirmado não parametricamente ($p = 0,11$).

Quadro 8 e 9- Scores obtidos nas sub- dimensões do SF-36, consoante o estado civil. Resultados obtidos nos testes de comparação de médias, teste de Levéne e Mann-Whitney.



<i>casado</i>		<i>Média</i>	<i>Devio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p**</i>	<i>p***</i>
Função física	Casado	79,8	19,61	22	0,209	0,263	0,237
	Outro	89,4	12,37	8			
Desempenho físico	Casado	62,5	42,08	22	0,718	0,522	0,765
	Outro	68,8	39,53	8			
Dor corporal	Casado	70,4	25,12	22	0,832	0,822	0,765
	Outro	72,6	24,67	8			
Saúde Geral	Casado	55,3	24,81	22	0,843	0,251	0,836
	Outro	57,3	19,56	8			
Vitalidade	Casado	59,3	24,99	22	0,184	0,209	0,202
	Outro	72,5	17,93	8			
Função Social	Casado	75,0	24,40	22	0,348	0,710	0,344
	Outro	84,4	21,91	8			
Desempenho Emocional	Casado	60,6	44,41	22	0,212	0,029	0,368
	Outro	79,2	30,54	8			
Saúde Mental	Casado	65,6	23,08	22	0,778	0,032	0,945
	Outro	67,5	12,18	8			
Mudança de saúde	Casado	37,5	24,09	22	0,357	0,555	0,344
	Outro	28,1	24,78	8			

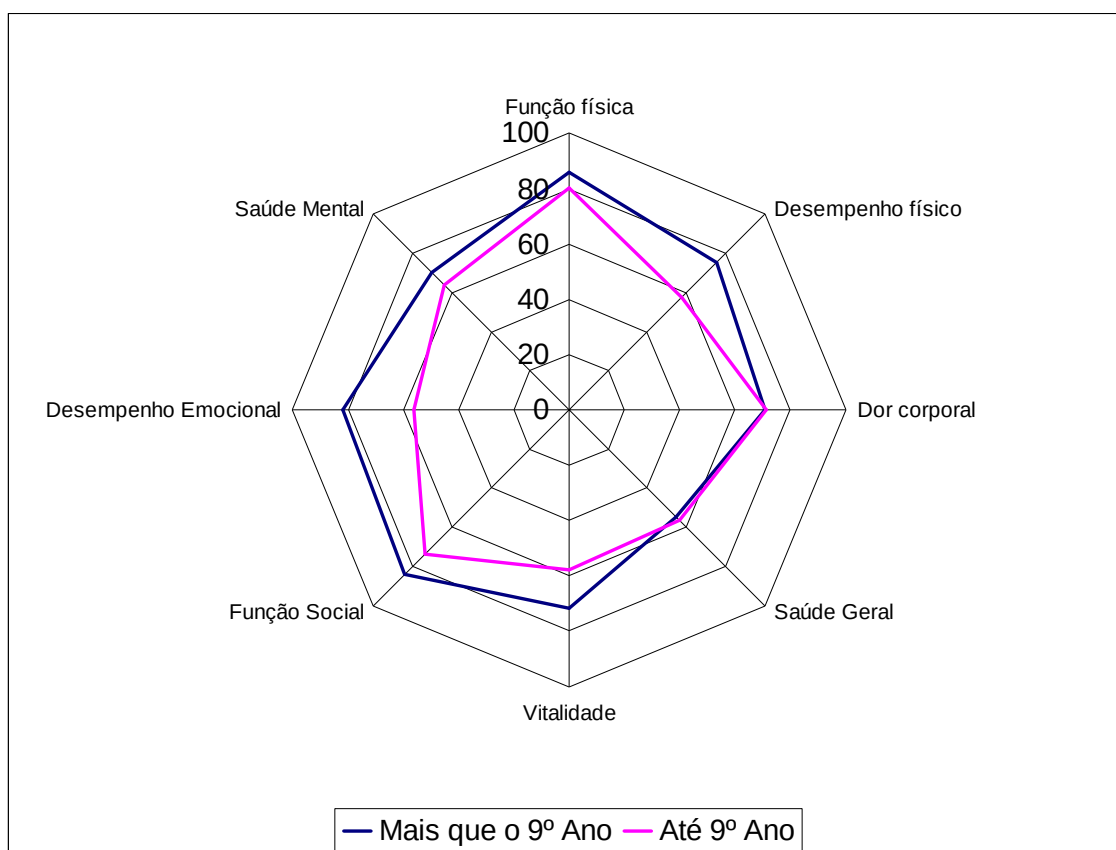
* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variâncias

*** Teste de Mann-Whitney

Ao analisar os quadros relativos aos scores obtidos nas sub-dimensões do SF-36, consoante o estado civil e aplicação de diferentes testes estatísticos, procedeu-se à verificação da existência de diferenças significativas nos diferentes sub- domínios, entre os dois grupos e verificou-se que os indivíduos com outro estado civil tenderam a mostrar valores mais elevados em todos os sub-domínios da escala SF-36 do que os indivíduos casados. As maiores discrepâncias entre os dois grupos foram observadas nos domínios *Desempenho emocional* e *Vitalidade*, em que os indivíduos com outro estado civil que não casados apresentaram um score mais elevado. No entanto não foram detectadas quais quer diferenças significativas entre os dois grupos, uma vez que se procedeu há verificação de diferenças significativas nos diferentes domínios, para os diferentes estados civis e verificou-se que em todas as dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas consoante o estado civil para qualquer dos sub grupos , pois em todas as dimensões o $p > 0,05$, havendo rejeição de H_0 .

Quadro 10 e 11- Scores obtidos nas sub- dimensões do SF-36, consoante o grau de escolaridade. Resultados obtidos nos testes de comparação de médias, teste de Levéne e Mann-Whitney.



<i>Escolaridade</i>		<i>Média</i>	<i>Devio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p**</i>	<i>p***</i>
Função física	<i>Até 9º Ano</i>	80,3	20,31	19	0,424	0,299	0,582
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	85,9	14,29	11			
Desempenho físico	<i>Até 9º Ano</i>	57,9	44,92	19	0,234	0,005	0,497
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	75,0	31,62	11			
Dor corporal	<i>Até 9º Ano</i>	71,1	25,35	19	0,976	0,473	0,966
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	70,8	24,44	11			
Saúde Geral	<i>Até 9º Ano</i>	56,3	25,97	19	0,886	0,127	1,000
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	55,0	18,65	11			
Vitalidade	<i>Até 9º Ano</i>	57,9	24,74	19	0,137	0,430	0,171
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	71,4	20,26	11			
Função Social	<i>Até 9º Ano</i>	73,7	26,32	19	0,255	0,075	0,350
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	84,1	17,76	11			
Desempenho Emocional	<i>Até 9º Ano</i>	56,1	45,88	19	0,065	0,001	0,185
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	81,8	27,34	11			
Saúde Mental	<i>Até 9º Ano</i>	63,8	22,45	19	0,421	0,376	0,553
	<i>Mais que o 9º Ano</i>	70,2	17,00	11			

Mudança de saúde	Até 9º Ano	40,8	22,38	19	0,085	0,942	0,094
	Mais que o 9º Ano	25,0	25,00	11			

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variâncias

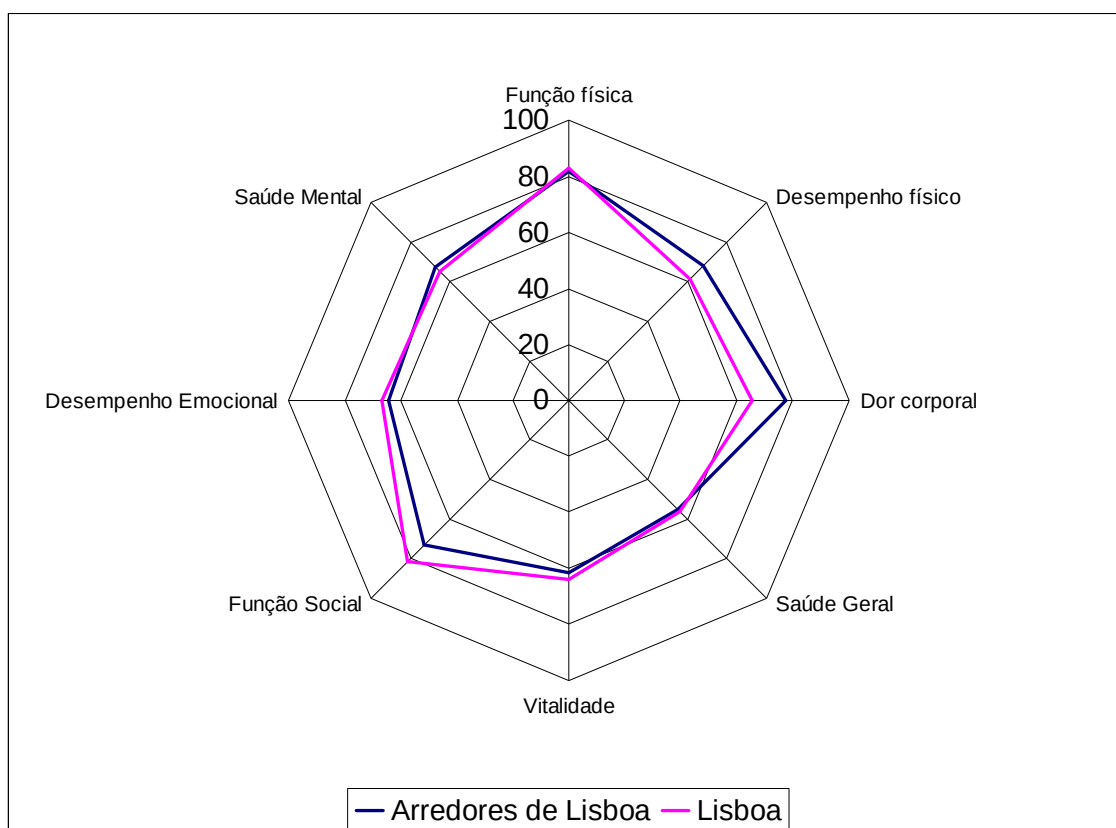
*** Teste de Mann-Whitney

Ao analisar os quadros relativos aos scores obtidos nas sub-dimensões do SF-36, consoante o grau de escolaridade e aplicação de diferentes testes estatísticos, procedeu-se à verificação da existência de diferenças significativas nos diferentes sub domínios, entre os dois grupos e verificou-se que os indivíduos com mais escolaridade tenderam a mostrar scores mais elevados nos vários sub-domínios da escala SF-36, com excepção da *Dor Corporal* e da *Saúde Geral* onde os valores foram praticamente iguais.

Por outro lado, verifica-se uma maior discrepância no que diz respeito ao score apresentado por os diferentes grupos na dimensão *Desempenho físico*, *Vitalidade* e *Desempenho emocional*.

No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos para qualquer sub domínio do SF-36, uma vez que em todos os sub domínios o $p > 0,05$, logo rejeita-se H_0 e por conseguinte conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que têm mais que o 9º ano e os que só têm o 9º ano ou menos.

Quadro 12 e 13- Scores obtidos nas sub- dimensões do SF-36, consoante o local onde residem os sujeitos. Resultados obtidos nos testes de comparação de médias, teste de Levéne e Mann-Whitney.



<i>residência</i>		<i>Média</i>	<i>Devio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p**</i>	<i>p***</i>
Função física	Lisboa	82,8	16,22	16	0,881	0,152	0,697
	Arredores de Lisboa	81,8	21,00	14			
Desempenho físico	Lisboa	60,9	39,76	16	0,651	0,630	0,552
	Arredores de Lisboa	67,9	43,22	14			
Dor corporal	Lisboa	65,4	22,73	16	0,185	0,246	0,224
	Arredores de Lisboa	77,4	25,88	14			
Saúde Geral	Lisboa	56,4	21,53	16	0,885	0,287	0,822
	Arredores de Lisboa	55,1	25,81	14			
Vitalidade	Lisboa	64,1	19,93	16	0,768	0,076	0,886
	Arredores de Lisboa	61,4	28,25	14			
Função Social	Lisboa	81,3	19,90	16	0,365	0,110	0,473
	Arredores de Lisboa	73,2	27,67	14			
Desempenho Emocional	Lisboa	66,7	40,37	16	0,879	0,259	0,984
	Arredores de Lisboa	64,3	44,27	14			
Saúde Mental	Lisboa	65,3	14,51	16	0,814	0,010	0,552
	Arredores de Lisboa	67,1	26,40	14			
Mudança de saúde	Lisboa	34,4	28,69	16	0,883	0,077	0,759

Arredores de Lisboa	35,7	18,90	14
----------------------------	------	-------	----

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variâncias

*** Teste de Mann-Whitney

Ao analisar os quadros relativos aos scores obtidos nas sub-dimensões do SF-36, consoante o local onde residiam os sujeitos, aplicação de diferentes testes estatísticos, procedendo-se à verificação da existência de diferenças significativas nos diferentes sub domínios, entre os dois grupos, verificou-se que os níveis dos diferentes domínios da escala SF-36 foram quase sobreponíveis para os indivíduos que residem em Lisboa e para os indivíduos que residem nos arredores de Lisboa. Contudo, foram observadas pequenas discrepâncias nos scores correspondentes à dimensão *Dor Corporal* e *Desempenho Físico*, com vantagem para os indivíduos que moram nos arredores de Lisboa no que diz respeito à *Dor corporal*, e na *Função Social* com vantagem para os indivíduos que residem em Lisboa.

No entanto, não foram observadas quaisquer diferenças estatísticas ente os dois grupos uma vez que o $p > 0,05$ em todas as dimensões.

DISCUSSÃO

Podemos retirar como conclusão, da análise deste estudo, que perante a hipótese” As pessoas portadoras do vírus HBV apresentam diferenças significativas na qualidade de vida”, pode-se verificar que não existem diferenças significativas. Comparando os valores médios das diferentes sub dimensões do SF-36 da população em estudo com os valores médios das diferentes sub dimensões do SF-36 da população portuguesa, verifica-se que os valores são muito idênticos o que leva a querer que o nível de qualidade de vida nos doentes em estudo é bom. Verifica-se inclusivé, segundo a análise dos valores médios das sub dimensões do Sf-36 da amostra em estudo que os valores na sub dimensão *Função física* e *Função social* são muito elevados, pelo que por estas razões nada vai ao encontro com a hipótese proposta e com os resultados obtidos no estudo de Younossi(2001), que revelam que a qualidade de vida relacionada com a saúde(QVRS) em pacientes com doença hepática viral crónica é inferior à população normal(Younossi,2001 in Heidarzadeh et al.,2007).

Quanto à hipótese proposta neste estudo” Dependendo do género, os doentes portadores crónicos do vírus VHB, apresentam diferenças significativas na qualidade de vida, pode-se verificar que a hipótese de que haveriam diferenças significativas nos scores dos vários sub domínios do SF-36, consoante o género foi refutada. No entanto, verifica-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam valores mais elevados que as mulheres e por outro lado, as mulheres apresentam um score mais baixo na sub dimensão, *desempenho emocional*. Ainda que estes resultados não sejam muito relevantes, podem indicar um índice um pouco maior no que diz respeito ao desequilíbrio emocional. Já Montgomery(2002), revela que existe um risco de desenvolver uma depressão ao longo da vida de 8% a 12% para os homens e 20 a 26% para as mulheres e tendo em conta que a hepatite crónica B está em estreita ligação com a depressão pode justificar o valor mais baixo na sub dimensão *desempenho emocional* para as mulheres. Contudo estes resultados também podem ser causados por outros factores, como a existência de um número diferente de sujeitos em cada género, ou seja 20 sujeitos do género masculino e apenas 10 sujeitos do género feminino.

Quanto à hipótese” Dependendo da idade, os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida, pode-se verificar que esta hipótese foi refutada pois o valor que faz refutar encontra-se no limiar para a sua validação e por isso esta hipótese acaba por ser um pouco inconclusiva. No entanto, verifica-se que os indivíduos com mais de 40 anos apresentam scores mais elevados do que os que têm 40 anos ou menos, por outro lado, existe uma discrepância entre os dois grupos nos valores da dimensão *Desempenho emocional*, em que os indivíduos com mais de 40 anos apresentam uma média mais elevada. Estes resultados podem coincidir com as ideias de Ader (2001), que revelam que o efeito do stress, nomeadamente o emocional, pode depender da idade e ter um diferente efeito no sistema imunitário e consequentemente conduzir à doença e pior qualidade de vida. Contudo, nada disto é conclusivo, pois não existem diferenças significativas na qualidade de vida consoante a idade, por isso não se pode dizer que a idade influencia a qualidade de vida.

Relativamente à hipótese”Dependendo do estado civil, os doentes portadores crónicos do vírus VHB apresentam diferenças significativas na qualidade de vida”, pode – se constatar que a hipótese de que haveriam diferenças significativas consoante o estado civil foi refutada, assim pode-se concluir que não existem diferenças significativas na qualidade de vida consoante o estado civil, por isso não se pode dizer que o facto de ter determinado estado civil altera a qualidade de vida. Estes resultados também se podem dever ao facto de existir um diferente número de indivíduos nos diferentes grupos. Mas o que se pode verificar, é que os indivíduos que possuem outro estado civil que não casados, obtiveram melhores resultados em todos os sub domínios do SF-36, especialmente na dimensão *Vitalidade* e *Desempenho emocional*, o que pode ir ao encontro da ideia de Holmes e colaboradores, em que o ajustamento a acontecimentos de vida associados a stress prolongado, como o casamento podem conduzir a uma diminuição da saúde e consequentemente à doença e uma pior qualidade de vida. (Holmes & Rahe,1967;Kanner,Coyne,Schaefer& Lazarus,1981; Doherenwend,1982 in Maia, 2002).

Em relação à hipótese “Dependendo do grau de escolaridade, os doentes portadores crónicos do vírus VHB, apresentam diferenças significativas na qualidade de vida, pode-se verificar que a hipótese de que haveriam diferenças significativas na qualidade de vida, consoante o grau de ensino foi refutada. Estes resultados também se podem dever ao facto de existirem diferentes números de sujeitos nos diferentes grupos. Assim, verifica-se que não existem diferenças significativas nos dois grupos consoante ao grau de escolaridade e por isso não se poderá dizer, neste caso, que ao grau de escolaridade altera a qualidade de

vida, mas o que se pode dizer é que pelo facto dos indivíduos com mais do 9 °ano apresentarem scores mais elevados em quase todos os domínios da escala SF-36, principalmente nos domínios, *Desempenho físico*, *Vitalidade* e *Desempenho emocional*, existe alguma vantagem em ter mais que o 9ºano. Por outro lado, esta ideia vai ao encontro das ideias retiradas da pesquisa realizada por Araújo e colaboradores, que revela que se encontraram 28% de portadores de HBV, com pouca escolaridade e que isso representa a possibilidade de pouca compreensão das mensagens educativas e maior exposição a situações de vulnerabilidade. As condições sócias económicas, culturais e a posição que a saúde ocupa na escala de valores do doente influenciam no auto-cuidado, demonstrando maior vulnerabilidade da população mais jovem e com mais baixa escolaridade. A escolaridade expressa diferenças entre as pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidade de ser beneficiar de novos conhecimentos (Araújo et al.,2006).

E por fim, em relação à hipótese” Dependendo do local onde residem os portadores crónicos do vírus VHB, apresentam-se diferenças significativas na qualidade de vida, pode-se verificar que esta hipótese foi refutada, constatando-se que o local onde vivem os portadores crónicos do vírus VHB não têm impacto na qualidade de vida.

Em suma, pode-se referir que todas as hipóteses colocadas foram refutadas, portanto nenhuma delas é válida. Por conseguinte, parece não haver alterações na qualidade de vida nos pacientes em estudo, por outro lado, não existem diferenças significativas relevantes no que diz respeito a todas as dimensões do SF-36 consoante, o género, estado civil, idade, escolaridade, local onde residem, também porque existe em alguns grupos discrepâncias no que diz respeito ao número de sujeitos constitui um factor de limitação do estudo. Como consequência, num próximo estudo seria importante que o número de sujeitos fosse em igual proporção nos diferentes grupos

Uma outra limitação deste estudo, poderá ter sido o facto de terem sido lidas algumas perguntas aos pacientes na altura do preenchimento do questionário, o que poderá ter enviesado um pouco os resultados.

Para além destes factos, poder-se-à pensar futuramente num estudo onde se compare a qualidade de vida em diferentes estados da doença hepática, visto a teoria encontrada revelar que em diferentes estádios da doença poderá haver diferentes consequências para o doente bem como para a sua qualidade de vida

Também seria importante verificar que impacto têm os diferentes tipos de tratamento na qualidade de vida de doentes com hepatite B crónica, uma vez que a teoria revela que o tratamento pode ter diferentes efeitos na bem estar do doente, por outro lado seria também

pertinente verificar até que ponto doentes instruídos sobre a doença têm mais ou menos qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Pereira,A.M.S.(2006).Stress e doenças: Contributos da psicologia da Saúde na última década. In I.Leal(Eds),*Perspectivas em Psicologia da Saúde*(pp145-167).Coimbra: Quarteto editora.
- Ader,R.(2001).Psychoneuroimmunology. *American Psychological Society*,10(3),94-97. Acedido em : <http://facstaff.gpc.edu/~jbradham/psychoneuroimmunology.pdf>
- Serra,A.V.(1999).Stress e Sistema Imunitário.In A,V.Serra(Coord),*O stress na vida de todos os dias*(pp265-297).Coimbra: Minerva Editores
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Imunologia>
- Maia,A.C.(2002).Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia Tteoria Iinvestigação e Prática*, 2,207-225.Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5826/1/EMO%C3%87%C3%95ES%20E%20SISTEMA%20IMUNOL%C3%93GICO.pdf>
- Velosa,J.,Marinho,R.T.,& Moura,M.C.(2007).*120 perguntas sobre Hepatite B*(1ªedição).Lisboa: Quimera Editores

- Marinho,C.&Agostinho,C.(s.d.).*Hepatite B*. Acedido em : http://www.apef.com.pt/ficheiro/conteudo/pdfs/APEF_20080912104149_Oquee_VHB.pdf
- Silva,M.N.,Bacellar,P.,Martins,H.,Aguiar,M.M.(2007).Hepatite B-revisão casuística de uma consulta de medicina interna. *Revista da Sociedade portuguesa de medicina interna*, 14(3),140-145.Acedido em http://www.spmi.pt/revista/vol14/vol14_n3_2007_140_145.pdf
- Tomé,C.,&Luís,A.(2004).Complicações neuropsiquiátricas do tratamento com interferão alfa em doentes com hepatite viral tipo B ou C. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, (1)1,78-82. Acedido em : <http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N1/Tome.pdf>
- Ebrahimi,D.,Bashashati,M.,Karbalaeian,M.,Keramati,M.,Shadman,Y.A.(2008)Prevalence of Psychiatric disorders in hepatitis B vírus carriers in iranian charity for hepatic patients support. *Internacional journal of middle east and Ásia*, 8,201-205. Acedido em : <http://hepmon.com/view/?id=345>
- Montgomery,S.(2000).Depressão e Ansiedade. In S.Montgomery(Ed),*Depressão e Ansiedade*(pp13).Lisboa: Climepsi Editores
- Araújo,M.A.L.,SalesA.A.R.,Diogenes.M.A.(2006).Hepatites B e C em usuários do centro de testagem e aconselhamento de Fortaleza-Ceará. *Jornal Brasileiro sobre doenças sexualmente transmissíveis*,18(3): 161-167. Acedido em : <http://www.uff.br/dst/revista18-32006/HEPATITES%20B%20E%20C%20EM%20USUARIOS%20DO%20CENTRO%20DE%20TESTAGEM.pdf>
- Ribeiro, J.P.(2006).Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras e qualidade de vida e bem estar como variáveis de resultado. In I.Leal (Coord.).*Perspectivas em psicologia da saúde* (pp 236).Coimbra: Quarteto Editora.

- Heidarzadeh,U.,Mashhour,Y.,Ghanaei,M.,Masondnia,n.,Bakhshandeh,M.,Ghadarjani,S.,Purrasuli,Z.,Joukar,F.(2007).Life quality in patients with chronicles hepatitis B and C. *Monthly hepatitis*,7(2),67-722.
- Ribeiro,J.L.P.(2005)*O importante é a Saúde*. (1ªed.).Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme

ANEXO A: Pedido de Autorização/Projecto da Investigação

Investigação**Avaliação do Stress, Ansiedade e Depressão e Qualidade de vida em portadores crónicos do Vírus da Hepatite B**

Carla Sofia M. S. Pintéus Jerónimo e Cláudia Alexandra Martins Nunes, são alunas do 5ºano, no Instituto de Psicologia Aplicada e estão no presente ano a elaborar Dissertação de Mestrado na área da Psiconeuroimunologia, orientador: Prof Doutor J.A.Machado Caetano

Serviço Participante: Serviço de Gastrenterologia do Hospital Egas Moniz, com a colaboração da senhora Drª Paula Peixe

O conceito de Psiconeuroimunologia (PNI) exprime uma área multidisciplinar que relaciona três campos diferentes da ciência, a Imunologia, a Neurologia e a Psicologia, ligados por uma forte interactividade recíproca. A PNI é particularmente importante nas áreas do diagnóstico e terapêutica, para se poderem tratar os portadores de determinadas doenças numa visão integrada física e psíquica. O estudo científico desta relação entre fenómenos físicos e psíquicos é recente, pois iniciou-se com as experiências em ratos levados a cabo por Robert Ader na década de 70 do século passado. A partir daí aumentaram consideravelmente as investigações nesta área, realizadas por cientistas destes diferentes campos, sublinhando-se sistematicamente a necessidade de uma abordagem multidisciplinar das doenças com expressão psiconeuroimunológica.

Sabemos hoje que o stress, a ansiedade e, modernamente cada vez mais, a depressão se abatem sobre as pessoas como consequência não só do actual modo de vida, mas também por sofrerem de doenças incuráveis, que as leva rumo às consultas onde procuraram alívio junto de médicos de várias especialidades entre os quais neurologistas, endocrinologistas, imunologistas, psicólogos e psiquiatras.

Por outro lado, é sabido que profissionais clínicos e investigadores no campo da saúde mental, reconhecem que a Qualidade de vida é uma medida importante de ensaios clínicos, avaliações de custo eficácia de tratamentos, de estudos dos efeitos de um determinado tratamento ou de o impacto pessoal e/ou social das patologias

Os estudos sobre Hepatite B, com mais de 3.000.000 de pessoas infectadas por todo o Mundo e mais de 150.000 em Portugal, merece uma abordagem porque os estudos desta doença na área psiconeuroimunológica são bastante mais reduzidos que os de outras doenças como o cancro, Sida e Doenças Reumáticas, entre outras. Faz pois sentido a Psicologia Clínica debruçar-se sobre esta doença através de estudos de campo, procurando contribuir para o esclarecimento da importância dos factores psiconeuroimunológicos, na situação dos portadores crónicos do HBV, que por esta mesma razão parecem sofrer de estados de ansiedade e depressão associados ao stress crónico, situação que lhe afectará possivelmente a sua qualidade de vida

A investigação que se pretende realizar sob a forma de inquéritos de auto-resposta poderá ajudar a clarificar em doentes crónicos do HBV, qual o grau em que se encontra afectada a sua psique (ansiedade, stress e depressão) e qual a repercussão na sua qualidade de vida. Os resultados deste estudo podem ser mais um contributo para o melhor conhecimento desta doença grave, que continua a fazer vítimas, apesar de existir uma vacina preventiva com elevada eficácia. A composição de amostras humanas para responder aos inquéritos requer a colaboração de instituições médicas e é por isso que solicitamos autorização à Direcção deste Hospital para que elas possam ser aplicadas a doentes do serviço de gastroenterologia, sob orientação da senhora Doutora Paula Peixe. A colaboração dos doentes após informação requer a sua livre vontade para responder às questões dos inquéritos que serão auto preenchidos em anonimato e sob confidencialidade. A investigação não requer igualmente acesso ao processo hospitalar dos doentes e o estudo não implica encargos para o Hospital.

Objectivo:

O objectivo deste trabalho é estudar/avaliar o estado psicológico e a qualidade de vida de pessoas com o diagnóstico de portadores crónicos do VHB.

Delineamento:

Relativamente ao desenho e método a utilizar na investigação, temos como objectivo um estudo descritivo transversal

Procedimento.

É entregue este pedido de autorização à Direcção do Hospital e depois de obtida a autorização cada doente responderá por escrito a um inquérito anónimo e de auto resposta. Será necessário ter um espaço adequado às exigências da aplicação dos instrumentos (inquéritos). Aos participantes será explicado o objectivo da investigação e garantido o sigilo e anonimato.

Instrumentos:

Questionário EADS- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, de Loviland e Loviland, adaptado à população portuguesa por J. Pais-Ribeiro et al; 2004, Porto, UP, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação e Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF-36) de J.Ware et al, adaptado à população portuguesa por J.Pais Ribeiro et al; 2005.

Inquérito pontual.

Participantes:

Trinta pessoas com o diagnóstico de portadores crónicos de VHB.

ANEXO B: Questionário Sócio-demográfico e Questionário de Saúde Reduzido- Health
Survey(SF-36)

INFORMAÇÕES

O objectivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida e os níveis de ansiedade, stress e depressão em pacientes portadores do vírus HVB. Assim, compreender-se-á melhor a realidade de quem se encontra na mesma situação para se poderem prestar cuidados mais satisfatórios.

Este estudo realiza-se com a resposta a dois questionários de resposta fechada durante cerca de 20 a 30 minutos. Posteriormente as respostas serão tratadas para se avaliar as características dos participantes

Este inquérito é anónimo e confidencial. A confidencialidade é garantida porque todos os dados recolhidos que possam identificar o participante são para utilização exclusiva do investigador.

Salienta-se que a participação é absolutamente voluntária dependendo do participante a interrupção imediata do estudo em qualquer momento do processo.

Obrigado pela sua colaboração.

DADOS DEMOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ Sexo: ____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Localidade: _____

Urbana: ☐ Rural: ☐

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ACERCA DESTAS PERGUNTAS

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as 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 a pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

- | | |
|-----------|---|
| Ótima | 1 |
| Muito boa | 2 |
| Boa | 3 |
| Razoável | 4 |
| Fraca | 5 |

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

- | | |
|-----------------------|---|
| Muito melhor | 1 |
| Com algumas melhoras | 2 |
| Aproximadamente igual | 3 |
| Um pouco pior | 4 |
| Muito pior | 5 |

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

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar as compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. 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?

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a sua resposta for *Não*)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. 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/a ou ansioso/a).

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a sua resposta for *Não*)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria.	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	4
Muito fortes	5

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

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

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

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo,

nas últimas quatro semanas ...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro 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	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

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

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Terminou aqui o questionário de estado de saúde. Na página seguinte inicia-se o questionário relativo à função erétil. Preencha-o completamente, marcando um X sobre o círculo da sua opção.

