

GLAUCE REJANE DOS SANTOS

**NÍVEL DE ANSIEDADE E ETIOLOGIA DA DOENÇA HEPÁTICA
EM CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO**

**CAMPINAS
2010**

GLAUCE REJANE DOS SANTOS

**NÍVEL DE ANSIEDADE E ETIOLOGIA DA DOENÇA HEPÁTICA
EM CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Cirurgia, na área de Pesquisa Experimental.

Orientadora: PROF^a. DR^a ILKA DE FÁTIMA SANTANA FERREIRA BOIN

**CAMPINAS
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa59n Santos, Glauce Rejane dos
Nível de ansiedade e etiologia da doença hepática em candidatos a transplante de fígado / Glauce Rejane dos Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Fígado- transplante . 2. Psicologia . 3. Ansiedade . I.
Boin, Ilka de Fátima Santana Ferreira. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Anxiety level and etiology of liver disease in candidates for liver transplantation

Keywords: • Liver, transplantation
• Psychology
• Anxiety

Titulação: Mestre em Cirurgia

Área de concentração: Pesquisa Experimental

Banca examinadora:

Profª. Drª. Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

Profº. Drº. Rita de Cássia Martins Alves da Silva

Profª. Drª. Maria Isabel Warwar Pereira

Data da defesa: 10-03-2010

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado
Glauce Rejane dos Santos

Orientadora: Profa. Dra. Ilka De Fatima Santana Ferreira Boin

Membros:

1. Profa. Dra. Ilka De Fatima Santana Ferreira Boin -

2. Profa. Dra. Rita de Cassia Martins Alves da Silva -

3. Profa. Dra. Maria Isabel Warwar Pereira -

Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/03/2010

DEDICATÓRIA

*À minha mãe Genoveva, pelo seu amor incondicional, por ter proporcionado
toda a base da minha educação, por sempre ter apoiado minhas
decisões, por estar ao meu lado nas horas mais difíceis,
mas também nos momentos mais
felizes da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha orientadora Prof^a Dr^a Ilka de Fátima Ferreira Santana Boin, grande responsável pela concretização desta obra, a quem serei eternamente grata pela confiança, oportunidade, amizade, colaboração e orientação precisa.

À CAPES, pelo incentivo à pesquisa e apoio financeiro que possibilitaram a execução deste projeto.

À querida Dr^a Maria Isabel Warwar Pereira, pela confiança e credibilidade em meu trabalho.

Aos membros da equipe: Teresa Cristina M. Portugal Bonaldo, Aurea Maria Oliveira da Silva, Elisabete Yoko Udo e Maria de Fátima Trovato Mei, por contribuírem muito para a execução deste trabalho.

Em especial aos pacientes, pela participação neste estudo, por me proporcionarem um amadurecimento como ser humano e profissional, minha eterna admiração pela força e coragem na luta de viver.

À secretária da Pós-Graduação em Cirurgia, Paula Léa F. da Costa Ferreira, pela significativa colaboração, paciência e suporte ao longo desta jornada.

À Ana Maria Sampaio e Ana Caroline Guardia, pela força e amizade adquirida durante esta caminhada.

Aos membros do Hospital de Base de São José do Rio Preto, que viabilizaram parte da coleta de dados, agradeço imensamente pela abertura, confiança e amizade proporcionada.

Aos amigos e companheiros de longa data, Elizabeth, Professor Muniz, Christian, Cinthia, Gustavo, Paulo, Damaris, Roberta, Lúcia, Daniela, Verônica, Camila, Juliana, Renata e Maria Fernanda, que indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, apenas com suas presenças e pensamentos sempre demonstrando o sorriso, amizade, respeito e solidariedade nessa trajetória.

Aos estatísticos da Câmara de Pesquisa da FCM, pela eficiência no trabalho com os dados e variáveis.

*Concretizar um saber é tarefa vagarosa.
Pressupõe o desejo dos resultados, o preparo do campo, o “plantio” das sementes,
o cuidado com o crescimento, a colheita segura, a tranquilidade de recomeçar e de
aperfeiçoar. As pragas, as reações ameaçadoras da natureza, os resultados
incondizentes são sinais para o repensar, para o exercício ético de respeito às
divergências, para o humilde reconhecimento da ignorância.*

(Heloisa B. Chiattonne)

A ansiedade pode ser considerada um estado emocional que não se apresenta na mesma intensidade em todos os pacientes, sendo classificada em: mínimo, leve, moderada e grave. Em casos específicos de hepatopatias, esse transtorno pode ser ainda maior, devido à necessidade do transplante na maioria dos casos. O paciente ao entrar na fila de espera para o transplante é acompanhado de reflexões sobre a decisão tomada, deixando-o constantemente ansioso com a possível idéia de morte. Este trabalho teve como objetivo avaliar o nível de ansiedade observado nos pacientes candidatos a transplante hepático e verificar se houve correlação entre a ansiedade e o diagnóstico etiológico apresentado. Duzentos e quinze pacientes adultos, com indicação para transplante de fígado e inseridos em lista de espera pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foram submetidos à avaliação psicológica, através do Inventário de Ansiedade de Beck. A presença de ansiedade foi definida como: sim (presença de ansiedade), se houve variação de oito a 63 pontos, como não (ausência de ansiedade), se houve variação de zero a sete. Além disso, adicionou-se quatro pontos ao total da soma de escores obtidos quando o sujeito era mulher. O escore total foi o resultado da soma das pontuações dos itens individuais. Os níveis de ansiedade observados foram mínimos: de zero a sete; leve: de oito a 15; moderado: de 16 a 25; grave: de 26 a 63. O grupo estudado foi caracterizado por 165 pacientes do sexo masculino e 50 feminino, com uma idade média de 49,49 anos $\pm 10,89$ de idade e o valor médio do escore MELD (Model for End-stage Liver Disease) foi de 16,78 $\pm 4,28$. Dos pacientes estudados, 50,7% tinham ensino fundamental; 30,7% ensino médio e 18,6% ensino superior. Em relação ao nível de ansiedade, 54% dos pacientes eram mínimo, 27% leve, 12% moderado e 7% grave. Dentre as etiologias encontradas neste grupo, 37% dos pacientes tinham cirrose hepática por hepatite C, 7% hepatite B, 26% de origem alcoólica, 9% câncer no fígado, 7% hepatite auto-imune, e 14% tinham outras doenças do fígado. Na correlação entre nível de ansiedade e o diagnóstico etiológico observou-se que, 71% dos pacientes com cirrose alcoólica e 60% daqueles com câncer no fígado, apresentaram nível mínimo de ansiedade e 27% dos pacientes com hepatite auto-imune apresentaram nível grave ansiedade. Observou-se que em pacientes com hepatite auto-imune houve tendência à ansiedade. Acreditamos que a ausência de sintomas físicos, o fato de serem relativamente jovens e a maior incidência do sexo feminino, foram fatores importantes na observação do nível de ansiedade nesta doença.

Palavras-Chave: Psicologia, Ansiedade e Transplante Hepático.

Anxiety can be considered an emotional state that does not occur at the same intensity in all patients and is classified as: minimal, mild, moderate and severe. In specific cases of liver disease, this disorder may be even higher due to the need for transplantation in most cases. Upon being included on the waiting list for transplantation, the patient reflects on the decision, leaving him constantly anxious about death ideation. The aim of this study was to evaluate the level of anxiety observed in candidate patient for liver transplantation and whether there was any correlation between anxiety and the etiologic diagnosis. Two-hundred and fifteen adult candidates for liver transplantation were studied. All of them were on the São Paulo State Health Secretary waiting list. They underwent psychological evaluation by Beck Anxiety Inventory. There was presence of anxiety in the range of eight to 63 points, and no presence of anxiety, in the range of zero to seven. In addition, four points to the total sum of scores obtained were added when the subject was a woman. Anxiety levels were observed, minimum: from zero to seven, mild: eight to 15, moderate from 16 to 25, severe: from 26 to 63. The study group was characterized by 165 males and 50 females with a mean age ± 49.49 years of age with the value of the MELD score (Model for End-stage Liver Disease) of ± 16.78 . Of the patients studied, 50.7% had primary education, 30.7% high school and 18.6% college. Regarding the level of anxiety, 54% of patients were minimal, 27% mild, 12% moderate and 7% severe. Among etiologies of the group, 37% of patients had liver cirrhosis with hepatitis C, hepatitis B 7%, 26% alcohol by origin, 9% for liver cancer, 7% for autoimmune hepatitis, and 14% had other liver diseases. In the correlation between level of anxiety and etiologic diagnosis, 71% of patients with alcoholic cirrhosis and 60% of those with liver cancer showed minimal level of anxiety and 27% of patients with autoimmune hepatitis had severe anxiety. It was observed that in patients with autoimmune hepatitis, there was a tendency to anxiety. We believe that the absence of physical symptoms, a relatively young age and a higher incidence of females, were important factors when reviewing the level of anxiety in this disease.

Keywords: Liver transplantation, Psychology, Anxiety

LISTA DE ABREVIATURA

BAI	- Inventário de Ansiedade de Beck
CHC	- Carcinoma hepatocelular
HAI	- Hepatite Auto-imune
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
MELD	- Model for End-Stage Liver Disease
RNI	- Relação Normalizada Internacional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da frequência da ocupação profissional observada	35
Tabela 2. Distribuição da frequência referente a escolaridade completa/incompleta observada.....	35
Tabela 3. Distribuição da frequência da pontuação obtida referente a cada sintoma observado	37
Tabela 4. Distribuição da relação entre MELD, sintomas mais frequentes observados e presença ou não de ansiedade.....	38
Tabela 5. Distribuição da relação entre os sintomas mais frequentes, nível de ansiedade e presença ou ausência de ansiedade	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos pacientes estudados por faixa etária.....	33
Gráfico 2. Distribuição de freqüência do escore MELD* em faixa dos pacientes estudados. *MELD = Model for End-stage liver disease	33
Gráfico 3. Distribuição da freqüência da etiologia hepática observada nos pacientes estudados. *CHC = Carcinoma Hepatocelular	34
Gráfico 4. Freqüência do nível de ansiedade observado nos pacientes estudados.....	40
Gráfico 5. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e estado civil. (teste exato de Fisher, p-valor = 0,4881)	40
Gráfico 6. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e grau de escolaridade (teste exato de Fisher, p-valor = 0,9876)	41
Gráfico 7. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e ocupação profissional (teste exato de Fisher, p-valor= 0,9876)	41
Gráfico 8. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e faixa etária dos pacientes estudados. (teste exato de Fisher, p-valor= 0,1073)	42
Gráfico 9. Representação gráfica de dupla entrada entre escore MELD e nível de ansiedade (teste exato de Fisher, p-valor= 0,1837).....	42
Gráfico 10. Representação gráfica de dupla entrada entre escore MELD e a etiologia estudada (teste exato de Fisher, p-valor= 0,1073).....	43
Gráfico 11. Representação gráfica da correlação entre nível de ansiedade e doença etiológica (teste Qui-quadrado p-valor 0,0330).....	43

RESUMO.....	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE ABREVIATURA	x
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Transplante de Órgãos	15
1.2 Considerações Sobre Ansiedade	17
1.3 Doenças Hepáticas.....	20
1.4 Transplante de Fígado e as Representações Sociais.....	21
1.5 Objetivo.....	24
2. MÉTODO	25
2.1 Método	26
2.1.1 População do estudo	26
2.1.2 Critério de inclusão	26
2.1.3 Critérios de exclusão	27
2.2 Coleta de Dados	27
2.2.1 Variáveis estudadas	27
2.3 Avaliação Psicométrica	28
2.3.1 Instrumento de avaliação.....	29
2.4 Análise Estatística.....	30
2.5 Comitê de Ética em Pesquisa	31
3. RESULTADOS	32
4. DISCUSSÃO	44
5. CONCLUSÃO	52
6. REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	62
ANEXOS	65

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transplante de Órgãos

O primeiro registro encontrado sobre transplante de órgãos surgiu na China no terceiro século a.C. quando um cirurgião realizou um transplante duplo de estômago e coração. Porém a história mais conhecida é a respeito da lenda de São Cosme (o clínico) e São Damião (o cirurgião), no ano de 348 d.C., quando um homem perdeu uma de suas pernas e recebeu o membro de um soldado mouro que havia falecido no mesmo dia, ficando assim com uma perna branca e a outra negra. Este fato é relatado pelo artista espanhol Alonso de Sedenho em sua pintura de “Cosme e Damião” encontrada no Museu de Madri. ^{1,2}

O termo transplante foi utilizado pela primeira vez em 1778, pelo médico John Hunter quando falou de sua experiência com enxertos ovarianos e testiculares em animais. No início do século XIX, a cirurgia plástica se concentrava em transplantes de pele e osso em 1881 e córneas em 1905. ²

Os primeiros enxertos renais aconteceram no início do século XX em trabalhos experimentais em cães a partir de rins de porco e cabra enxertados em seres humanos. A partir da década de 50 nas cidades de Paris e Boston, iniciou-se uma série de transplantes renais em humanos e apenas um paciente sobreviveu por aproximadamente seis meses, devido à ausência de drogas imunopressoras. Mais tarde a equipe de Joseph Murray ainda em Boston, realizou um transplante renal entre irmãos gêmeos obtendo sucesso devido ao fato de ambos terem o mesmo material genético. ¹

Os transplantes pancreáticos e pulmonares só evoluíram na década de 50 e 60 respectivamente, porém os problemas com a rejeição e a dificuldade de se encontrar um doador de pulmão adequado e melhor forma de preservação do órgão, não haviam despertado tanto interesse das equipes. ¹

O primeiro transplante de fígado foi realizado em Denver, nos Estados Unidos pela equipe do Dr. Thomas Starzl em 1963.^{3,4} Com o avanço da técnica

cirúrgica e a descoberta da ciclosporina em 1978, Dr. Starzl, agora em Pittsburgh, encontrou forças para a continuidade desse procedimento.^{3,4}

Em 1967 foi realizado o primeiro transplante cardíaco na África do Sul, com uma sobrevivência de 18 dias. Na mesma data o Brasil realiza seu primeiro transplante cardíaco e em 1968 é realizado o primeiro transplante de fígado, ambos no Hospital de Clinicas da Universidade de São Paulo.^{5,6} Desde então esta atividade teve uma evolução considerável em termos de técnica, resultados, variedade de órgãos e números de transplantes realizados.⁷

Em 1983, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos.⁴ reuniu especialistas para analisar indicações e contra-indicações para o transplante de fígado que naquele momento completava a marca dos 500 transplantes realizados. Dez anos mais tarde, em 1993 foi realizada uma nova reunião, agora em Paris, com a marca dos 20 mil transplantes realizados observando-se uma melhora significativa e definindo a situação atual de indicações e contra-indicações e o papel do transplante de fígado intervivos.

Até 1997 era possível encontrar mais aspectos negativos do que positivos a respeito dos transplantes no Brasil. Pois havia uma ausência de política de organização, fundo específico e pouco controle na alocação de órgãos e tecidos pelo Ministério da Saúde. Havia desigualdades nas atividades de transplante entre as regiões, não pagamento pela cirurgia na maioria dos planos de saúde, interrupção temporária no fornecimento da medicação imunossupressora em alguns estados e desconhecimento da população e de parte dos profissionais de saúde do significado da morte encefálica.⁸

Em contra partida os aspectos positivos eram o diagnóstico de morte encefálica seguindo os critérios do Conselho Federal de Medicina, o funcionamento de algumas Centrais Estaduais e Fundações, atuando na captação e na distribuição dos órgãos, remuneração pelo SUS para os transplantes e para a remoção de órgãos, fornecimento gratuito da medicação imunossupressora para alguns pacientes e por todo o período pós-transplante e familiares de pessoas em morte encefálica autorizando a doação em até 75% dos casos.⁸

Em 30 de junho de 1997 ⁷, criou-se um modelo baseado na estrutura espanhola de organização de transplante, chamado Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), estabelecendo-se assim uma forma de distribuição das listas de espera regionalizadas. A partir dessas definições legais, começou-se a implementação de medidas preconizadas, a organização do Sistema Nacional de Transplantes, cadastramento e autorização dos serviços e de equipes especializadas, estabelecimento de critérios de financiamento e realização dos procedimentos.

Em maio de 2006, o Ministério da Saúde do Brasil modificou os critérios de distribuições de fígado de doadores cadáveres para o transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do receptor. ⁹

Utilizou-se uma equação matemática chamada MELD (Model For End-Stage Liver Disease), que estima o risco de mortalidade de um doente hepático terminal com base em exames laboratoriais de rotina como a bilirrubina, que mede a eficiência do fígado em excretar bile; creatinina, uma medida da função renal e relação normalizada internacional (RNI), uma medida da atividade da protombina que mede a função do fígado com respeito à produção de fatores de coagulação. ⁹

1.2 Considerações Sobre Ansiedade

Jacob da Costa foi o pioneiro na identificação da ansiedade como quadro clínico em 1871, descrevendo-a como “Síndrome Cardíaca Crônica” sem causa orgânica aparente. ¹⁰

A ansiedade sempre fez parte da vida do homem, a diferença é que hoje, através da percepção da neurofisiologia e da neurociência, da medicina psicossomática e da psiquiatria, está sendo considerados a quantidade, os tipos e os efeitos da ansiedade sobre o psiquismo e ao organismo como um todo. ¹¹

Estes mesmos autores esclarecem sobre a ansiedade normal e patológica, sendo a primeira indispensável para a adequação à vida, atendendo as

necessidades normais e fisiológicas de adaptação às inúmeras circunstâncias. Quando há exagero nas reações frente às necessidades adaptativas, surge a ansiedade patológica.¹¹

Freud¹², no período de investigação das Neuroses Atuais encontrou o problema da ansiedade em 1926 em *Inibições, Sintomas e Angústia* como tendo relação direta com a sexualidade, conseqüência de um fator traumático e uma experiência de desamparo do ego, a partir do acúmulo de excitação seja externa ou interna. A considerava também um sinal, uma resposta do ego à ameaça de uma situação traumática, essa ameaça é a separação ou perda do objeto de desejo podendo ser conduzida a um acúmulo de desejos insatisfatórios ocasionando a situação de desamparo.

Na Conferência XXV das Conferências Introdutórias sobre Angustia, Freud a definiu como sendo um estado afetivo, de experiências vivenciadas, à eminência de perigo. Na angustia neurótica, é possível surgir um estado geral de ansiedade a um conteúdo determinado como nas fobias, por exemplo, sendo relacionado a algo externo.¹³

Segundo a teoria existencial, não há estímulos específicos para a ansiedade crônica, ela é a resposta que o indivíduo apresenta à consciência sobre um profundo vazio de existência e significado de suas vidas.¹⁴

Em meados de 1900, Freud descreve novamente a ansiedade como, um componente central para as doenças mentais, usando o termo “neurose de ansiedade”. E em meados 1980 com o DSM – III, a ansiedade pode ser integrada aos critérios de diagnósticos.¹⁰

Na edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - IV-TR¹⁵, encontra-se ansiedade como sendo transtornos divididos em Ataques de Pânico; Agorafobia; Fobia Social; Fobia Específica; Transtorno Obsessivo – Compulsivo; Transtorno de Estresse Pós – Traumático; Transtorno de Estresse Agudo; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Medica Geral; Transtorno de Ansiedade

Induzido por Substância; Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação; Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia.

A ansiedade pode ser manifestada a partir de três momentos, o primeiro neuroendócrino, relacionada às substâncias secretadas pelo cérebro como os neuro-hormônios e glândulas, o segundo, visceral o qual o sistema nervoso autônomo reage excitando o organismo em situações de alarme ou relaxando-o na recuperação, e em terceiro, a consciência que manifesta as sensações fisiológicas como sudorese, taquicardia, irritabilidade, etc e manifesta a percepção de estar nervoso e com medo. ¹¹

Segundo a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial da Saúde - CID – 10 ¹⁶, é necessário observar que o indivíduo deve ter sintomas primários de ansiedade na maioria dos dias por pelo menos várias semanas e usualmente por vários meses, sendo esses sintomas envolvendo elementos como apreensão (preocupações sobre desgraças futuras); tensão motora que se manifesta por tremores, incapacidade para relaxar e fadiga; hiperatividade autonômica apresentando-se como dificuldade para respirar profundamente, tontura, ondas de frio e calor.

Para Beck e Freeman ¹⁷, há dois tipos de ansiedade, sendo a primeira do tipo Ansiedade-Estado, está associada a sentimentos desagradáveis conscientemente percebidos e atenuada devido à apresentação ou retirada de algum evento externo. A segunda é a chamada Ansiedade-Traço, comportamentos que permanecem latentes, porém, ativados por determinadas situações, tendo o indivíduo uma propensão a sentir maior ou menor grau de ansiedade diante dessas situações normalmente ambientais.

De uma maneira geral pode-se considerar que a ansiedade é um estado emocional que não se apresenta na mesma intensidade em todos os indivíduos, podendo ser classificada em mínimo, leve, moderada e grave. Pode ser conceituada como um estado emocional transitório, porém, em indivíduos com doenças crônicas foi possível observar que esse estado não é transitório,

principalmente em casos de doenças em que a única forma de tratamento é a cirurgia.¹⁸

As dificuldades com relação aos eventos da vida serão julgadas a partir da noção que o indivíduo tem de seus recursos, defesas, mecanismos de enfrentamento e competência para superá-los, tendo maior propensão à ansiedade aquele que tiver uma auto-estima baixa.¹¹

1.3 Doenças Hepáticas

Em casos específicos de hepatopatias crônicas, a ansiedade pode ser ainda maior, devido à necessidade de se submeter a um transplante. Para um paciente ser indicado para este procedimento, é necessário que se enquadre em pelo menos uma das categorias a seguir.

As hepatopatias crônicas avançadas que incluem hepatites virais B e C, apresentando cirrose hepática; insuficiência hepática fulminante, distúrbios metabólicos genéticos que constituem importante causa de transplante principalmente em crianças; carcinoma hepatocelular (CHC) que é indicado para transplante apenas quando a doença está restrita ao fígado e hepatopatias alcoólicas que podem levar a cirrose hepática e também envolvem algumas questões polêmicas, como a possibilidade de recidiva do alcoolismo após a cirurgia.³

O Comitê de Ética para Transplante de Órgãos do Massachusetts General Hospital desenvolveu em 1994, critérios de inclusão para candidatos ao transplante de fígado com história de alcoolismo. Entre eles, história confirmada de adesão a tratamentos prévios, presença de um apoio social adequado que possa garantir a abstinência continuada; ausência de demência ou miocardiopatia alcoólica; participação ativa em grupos de aconselhamento para alcoolistas e de tratamento para aqueles que se mantêm sob risco de recaída ou que estão há menos de um ano sem fazer uso de bebidas alcoólicas e são excluídos todos aqueles que se mantêm usando drogas ou álcool.¹⁹

No momento da avaliação para o transplante os pacientes com insuficiência hepática normalmente se apresentam com comprometimento clínico bastante intenso devido à desnutrição grave, ao risco de sangramento esofágico por varizes e aos quadros encefalopáticos recorrentes.¹⁹

1.4 Transplante de Fígado e as Representações Sociais

Para os sujeitos com falência de algum órgão, o período de tratamento é representado por grande comprometimento físico e fragilidade emocional quanto à necessidade de se submeter a um transplante.¹⁹ Essa fragilidade emocional envolve dimensões complexas que os indivíduos não estão adaptados e não são preparados socialmente para vivenciar.

É esperado muitas vezes o aparecimento de problemas psiquiátricos e psicológicos, como reações de ajustamento com sintomas depressivos e ansiosos, distorções da imagem corporal, atrasos de desenvolvimento e disfunção sexual.¹⁹

O paciente ao entrar na lista de espera para o transplante é acompanhado de reflexões sucessivas sobre a decisão tomada, sobre a chegada do órgão doado que se receia que não venha a tempo, deixando-o constantemente ansioso com a possível idéia de morte.²⁰

Segundo Tavares²⁰, essa espera gera uma constante sensação de estar doente, e não há outra maneira de se manter o mínimo saudável, sem ter de ir a freqüentes consultas médicas. A autora ressalta ainda que, a mudança na rotina diária como a incapacidade para o trabalho, a alteração da auto-estima e a mudança do seu papel no seio familiar pode colaborar para alterações emocionais significativas, regredindo a estágios anteriores do seu desenvolvimento passando a ter uma relação de dependência com o meio.

Ao entrar na lista de espera para o transplante, o paciente pode ser chamado a qualquer momento devido à imprevisibilidade da disponibilidade dos órgãos.²⁰

Sendo o ambiente hospitalar um universo de ameaças internas e externas, a ansiedade apresentada pelo paciente na unidade de internação, não é considerada patológica e sim uma resposta esperada e necessária à adaptação e ao enfrentamento da exposição de sua intimidade a estranhos, da separação de seus familiares, pertences e hábitos e da convivência com o ambiente da doença, dor e morte.¹⁰

Para o paciente, a hospitalização é uma invasão de privacidade, rompendo com sua rotina diária e o afastamento de seus familiares. O medo de sofrer, da dor, da degeneração, da incerteza quanto à evolução de sua doença, faz com que ele desenvolva ansiedade que se caracteriza pela excessiva intensidade e prolongada duração diante da situação precipitante.²¹

A hospitalização causa sentimentos de ruptura da rotina do indivíduo com a perda de autonomia, propiciando inclusive o processo de despersonalização causada pela mudança na forma como é tratado, sendo em função de seu quadro clínico e não pela sua singularidade.²¹

As vivências anteriores desses indivíduos com outros procedimentos cirúrgicos também podem comprometer seu estado emocional em um novo procedimento, principalmente devido ao uso e tempo de anestesia geral. Para o sujeito, a anestesia geral representa a mobilização de seus mecanismos de proteção, ficando completamente dependente do outro, perdendo assim o controle do seu corpo, dos parâmetros espaciais, favorecendo o desencadeamento de reações como inquietação, ansiedade, fuga ou luta.²²

Muitas vezes o nível da ansiedade nestes pacientes dependerá de sua relação com a equipe. Sendo assim, é importante que haja uma investigação e observação por parte dessa equipe em relação aos sentimentos que este paciente vem sofrendo ao longo do tratamento, como o medo da morte, mutilação e castração. É necessário que se faça um clima de confiança e suporte, deixando – o perceber seus temores, dúvidas e abrindo espaço para esclarecimento de seus problemas.²³

Os pacientes candidatos ao transplante hepático enfrentam a partir do momento que recebem o diagnóstico, uma luta contra o tempo, a espera pelo órgão, a possibilidade de rejeição, a dúvida sobre a cura e a angústia de morte, além das perdas, do reajuste pessoal e familiar necessários para a adesão ao tratamento.²⁴

Para Abrunheiro, Perdigoto, Sendas²⁵ e Santos²⁶ a possibilidade do agravamento progressivo ou súbito do estado clínico no período pré-operatório, colaboram com o desencadeamento da ansiedade e pensamentos de morte.

A doença hepática crônica em sua fase mais avançada produz sintomas desconfortáveis como a fadiga, hemorragias, ascite, crises de encefalopatia hepática e recorrentes internações, havendo limitações para exercer atividades físicas e sociais, necessidade do uso prolongado de medicações, restrições alimentares e em muitos casos, apresentam *déficit* cognitivo, gerando um grande impacto psicológico na vida do paciente. Sendo assim, o principal objetivo das equipes de transplante de fígado é recuperar a qualidade de vida que o paciente perde com a evolução de sua doença.^{27,28}

Para Martins, et. al²⁸, as habilidades apresentadas pelos pacientes de discriminar as vantagens e desvantagens do transplante, suas expectativas, habilidade de reagir ao estresse e as frustrações, mostram bons resultados no pós-operatório. Para alguns candidatos o transplante pode significar a esperança de uma vida melhor permitindo-lhe a reorganização mental e social e para outros pode significar desesperança, não havendo qualquer possibilidade de cura devido à evolução da doença.

É de suma importância o acompanhamento psicológico na fase pré-transplante, pois durante esse período a maioria dos pacientes não aceita o seu estado, não acredita na necessidade de fazer o transplante dificultando a tomada de consciência dos seus receios e emoções, trazendo como consequência uma má adesão ao tratamento e possível rejeição do órgão.²⁵

Em função da bibliografia encontrada e do cotidiano do Ambulatório de Transplante de Fígado observou-se a necessidade de se estudar e diagnosticar a ansiedade do paciente que espera por um transplante de fígado.

Assim procurou-se identificar o nível de ansiedade que os candidatos a transplante de fígado apresentam, para que assim possa ser feito um trabalho de orientação psicológica preventiva tanto com o paciente quanto com sua família, auxiliando no processo de espera e enfrentamento do problema em questão.

1.5 Objetivo

Avaliar o nível de ansiedade observado nos pacientes candidatos a transplante de fígado e verificar se há correlação entre ansiedade e diagnóstico etiológico de doença hepática.

2. MÉTODO

2.1 Método

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado prospectivamente um estudo de campo através da avaliação psicométrica dos pacientes indicados, em lista para o transplante de fígado pela Unidade de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e na Unidade de Transplante Hepático do Hospital de Base de São José do Rio Preto no período de março de 2007 a janeiro de 2009.

2.1.1 População do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados no Serviço de Psicologia do Ambulatório de Transplante Hepático – Gastrocentro e Enfermaria de Gastrocirurgia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e no Ambulatório e Enfermaria da Unidade de Transplante Hepático do Hospital de Base de São José do Rio Preto, São Paulo.

Participaram da pesquisa 215 pacientes de ambos os sexos, independente do tipo sanguíneo. Os sujeitos residiam em Campinas – SP, São José do Rio Preto – SP ou em outras regiões próximas a estas cidades.

2.1.2 Critério de inclusão

- Foram incluídos os pacientes em lista de transplante de fígado que compareceram aos Ambulatórios de Transplante Hepático do Gastrocentro – Unicamp e Unidade de Transplante Hepático do Hospital de Base em São José do Rio Preto, SP;

- E pacientes em lista de transplante de fígado que tenham que tenham sido internados nas enfermarias do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e na Unidade de Transplante Hepático do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP.

2.1.3 Critérios de exclusão

- Os pacientes sem indicação para cirurgia de transplante hepático;
- Aqueles com idade menor que 18 anos e acima de 75 anos;
- Os que apresentam encefalopatia hepática pelo menos uma semana antes da avaliação psicométrica.

2.2 Coleta de Dados

2.2.1 Variáveis estudadas

As variáveis obtidas dos pacientes registradas em ficha própria foram:

- Por idade e distribuição em faixa etária de 18 a 75 anos;
- Sexo – feminino e masculino;
- Estado civil – solteiro/viúvo, casado/amasiado, separado ou divorciado;
- Ocupação profissional – aposentado por tempo de trabalho, aposentado por invalidez, afastado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), trabalhando ou desempregado;
- Escolaridade – ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto;
- Diagnóstico etiológico da doença hepática: cirrose hepática de origem viral e alcoólica, hepatite auto-imune, portadores de carcinoma hepatocelular (CHC), doença de Wilson, cirrose biliar primaria ou

secundária, Síndrome de Budd- Chiari e cirrose criptogênica;

- Classificação do escore MELD (Model for End-stage Liver Disease): $\{0,957 \times \log e [\text{creatinina (mg/dL)}] + 0,378 \times \log e [\text{bilirrubina (mg/dL)}] + 1,120 \times \log e (\text{INR}) + 0,643\} \times 10$, para determinar o nível de comprometimento da função hepática. Usou – se as faixas de MELD puro com até 10, de 11 a 18, de 19 a 25 e maior que 25, respeitando a periodicidade de reavaliação de quadros clínicos. (Freeman, 2004)²⁹
- O MELD utilizado foi o corrigido para as situações especiais de acordo com a listagem do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo.

2.3 Avaliação Psicométrica

A entrevista foi realizada pelo mesmo pesquisador a partir do momento em que foram inscritos na lista de transplante, esses pacientes passaram a fazer consultas médicas neste mesmo ambulatório quinzenal ou mensalmente conforme a gravidade de sua doença. Nos dias de suas consultas foram abordados na sala de espera e convidados a participar desta pesquisa.

Os pacientes com indicação para o transplante hepático foram avaliados pelo Serviço de Psicologia do Ambulatório de Transplante, juntamente com sua família. Foi verificada a disponibilidade do mesmo em acompanhar o tratamento, esclarecimento dos riscos, vantagens e mudanças necessárias em sua rotina diária no período pré e pós-transplante.

Foi realizada avaliação psicométrica desses pacientes através do Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001)³⁰ como observado no anexo 1; as terças-feiras no período da tarde e sextas-feiras no período da manhã após as consultas médicas ambulatoriais ou na enfermaria da Unicamp;

As segundas e quintas-feiras no período da manhã no Ambulatório e Unidade de Internação de Transplante Hepático do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Após lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os sujeitos responderam ao Inventário de Beck em período de tempo de aproximadamente 15 minutos.

2.3.1 Instrumento de avaliação

Foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001)³⁰, constituído por 21 itens, que são “Afirmções Descritivas de Sintomas de Ansiedade” e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de pontuação de zero a três que refletem a gravidade crescente de cada sintoma:

- 0 - Absolutamente não;
- 1 - Levemente: não me incomodou muito;
- 2 - Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar;
- 3 - Gravemente: dificilmente pude suportar.

Os sintomas incluídos por Beck e Steer (Cunha, 2001)³⁰ são os seguintes:

1. Dormência ou Formigamento;
2. Sensação de calor;
3. Tremores nas pernas;
4. Incapaz de relaxar;
5. Medo que aconteça o pior;
6. Atordoado ou tonto;
7. Palpitação ou aceleração do coração;
8. Sem equilíbrio;
9. Aterrorizado;
10. Nervoso;
11. Sensação de sufocação;
12. Tremores nas mãos;
13. Trêmulo;

14. Medo de perder o controle;
15. Dificuldade de respirar;
16. Medo de morrer;
17. Assustado;
18. Indigestão ou desconforto no abdômen;
19. Sensação de desmaio;
20. Rosto afogueado;
21. Suor (não devido ao calor).

Adiciona-se quatro pontos ao total da soma de escores obtidos quando o sujeito é mulher. A presença de ansiedade foi definida como:

- Se a variação foi de oito a 63 pontos = SIM (presença de ansiedade);
- Se a variação foi de zero a sete = NÃO (ausência de ansiedade)

O escore total é o resultado da soma das pontuações dos itens individuais. O Inventário BAI permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade.

Os níveis de ansiedade observados são:

- Mínimo - de zero a sete;
- Leve - de oito a 15;
- Moderado - de 16 a 25;
- Grave - de 26 a 63.

2.4 Análise Estatística

Foi utilizada estatística descritiva para as variáveis contínuas (idade e MELD) e tabelas de frequências para as variáveis categóricas (sexo, estado civil, ocupação profissional, escolaridade, diagnóstico etiológico da doença hepática e sintomas de ansiedade).

Para verificar se existiu associação entre os níveis de ansiedade com relação as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui – quadrado. Quando os valores eram menores que 5, utilizou – se o teste exato de Fisher.

Para compararmos os níveis de ansiedade com relação as variáveis: idade e MELD utilizamos o teste não paramétrico de Mann – Whitney (para comparação de dois níveis) e o teste de Kruskal –Wallis (para comparação de quatro níveis). O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p\text{-valor} \leq 0.05$.(Fleiss, 1981) ³¹

O programa computacional utilizado foi, The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.1.3. Os dados foram analisados pelo Serviço de Estatística da Câmara de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

2.5 Comitê de Ética em Pesquisa

Este estudo teve foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 23 de janeiro de 2007. No. 793/2006 CAAE: 0642.0.146.000-06.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 215 pacientes, sendo 165 (76,74%) do sexo masculino e 50 (23,26%) do sexo feminino.

A idade média dos pacientes estudados foi de 49,49 anos $\pm$ 10,89 de idade (Gráfico 1) e o valor médio do escore MELD foi de 16,78 $\pm$ 4,28. (Gráfico 2).

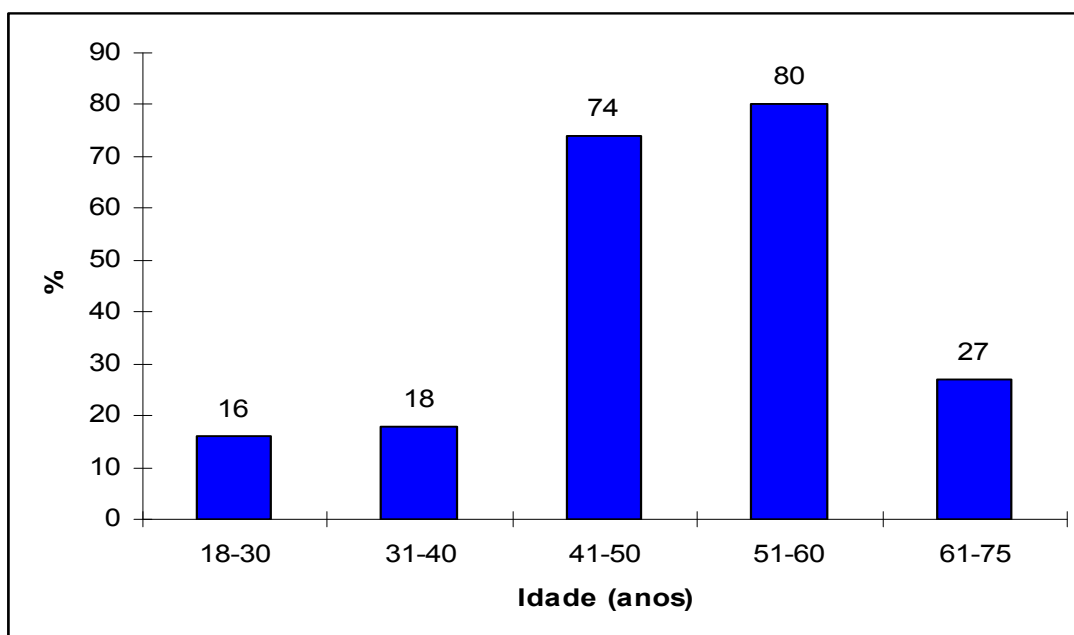


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes estudados por faixa etária.

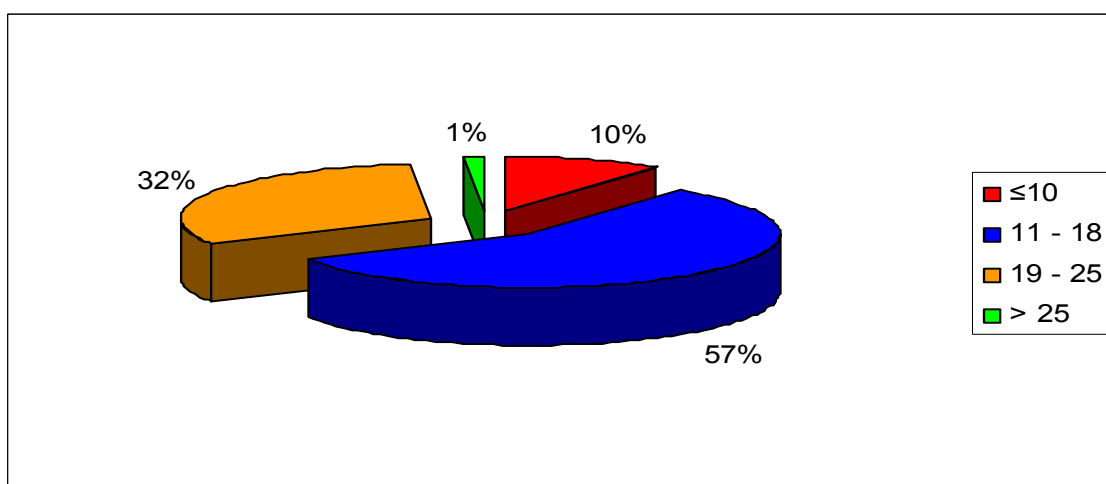


Gráfico 2. Distribuição de frequência do escore MELD* em faixa dos pacientes estudados. *MELD = Model for End-stage liver disease

Cento e cinquenta e oito (73,49%) eram casados ou amasiados, 37 (17,21%) eram solteiros ou viúvos e apenas 20 (9,30%) eram separados.

Dos pacientes estudados, 109 (50,70%) tinham ensino fundamental incompleto ou completo; 66 (30,70%) tinham ensino médio incompleto ou completo e 40 (18,60%) tinham ensino superior incompleto ou completo.

Quanto ao tipo sangüíneo, 97 (45,12%) tinham tipo sangüíneo A, o tipo O apareceu em seguida com 96 (44,65%), tipo B com 17 (7,91%) e apenas cinco (2,33%) dos pacientes eram do tipo AB.

A distribuição da etiologia da doença hepática se encontra no gráfico 3, sendo que a hepatite “C” apresentou a maior freqüência com 37%.

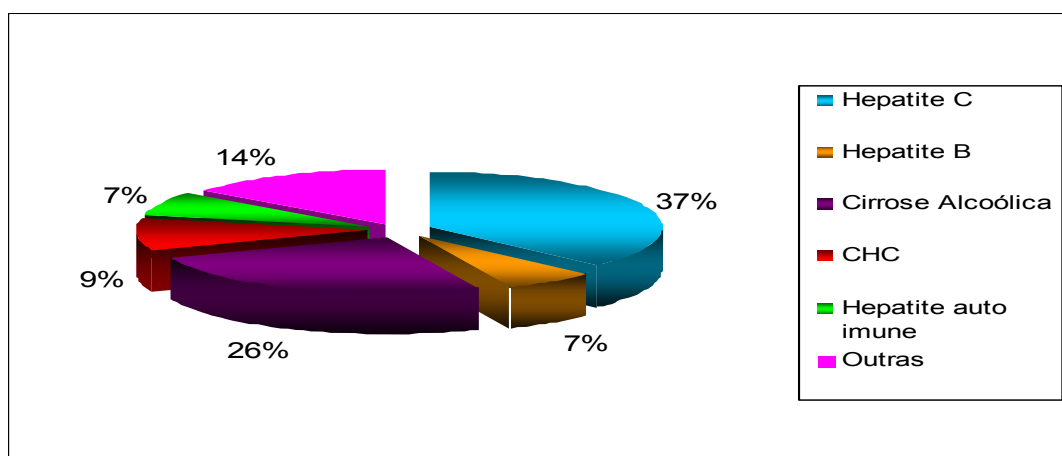


Gráfico 3. Distribuição da freqüência da etiologia hepática observada nos pacientes estudados. *CHC = Carcinoma Hepatocelular

Observou – se que 88 (40,93%) pacientes estavam afastados pelo INSS e 27 (12,56%) continuavam trabalhando. Estes dados referentes à ocupação profissional constam na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência da ocupação profissional observada

Ocupação	Frequência	Percentual
Aposentado por tempo	28	13,02%
Aposentado por invalidez	44	20,47%
Afastado pelo INSS*	88	40,93%
Trabalhando	27	12,56%
Desempregado	28	13,02%

*INSS = Instituto Nacional do Seguro Social

A escolaridade observada no estudo encontra –se distribuída na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da frequência referente a escolaridade completa/incompleta observada

Escolaridade	Frequência	Percentual
Ensino Fundamental	109	50,70%
Ensino Médio	66	30,70%
Ensino Superior	40	18,60%

Observou-se na tabela 3, que a pontuação “absolutamente não”, foi a mais encontrada dentre as afirmações descritas dos sintomas de ansiedade pelos pacientes.

Na tabela 4 estão descritas as relações entre MELD e sintomas de ansiedade e observou-se que os sintomas “Dormência ou formigamento” e “Medo de perder o controle” tiveram diferença estatística significativa em relação ao nível de ansiedade.

Dos sujeitos que apresentaram sintoma “Dormência ou formigamento”, 48,78% tinham MELD entre 11-18 e 34,15% tinham MELD entre 19-25, ambos com presença de ansiedade. E os sujeitos que apresentaram sintoma “Medo de perder o controle”, 47,30% tinham MELD entre 11-18 e 33,78% tinham MELD entre 19-25, também com presença de ansiedade.

A tabela 5 descreve a relação entre os sintomas mais freqüentes e o nível de ansiedade apresentado pelos sujeitos.

Tabela 3. Distribuição da frequência da pontuação obtida referente a cada sintoma observado

Sintoma	Absolutamente não	Levemente	Moderadamente	Gravemente
Dormência ou formigamento	61,86%	18,60%	19,07%	0,47%
Sensação de calor	74,88%	11,16%	11,63%	2,33%
Tremores nas pernas	83,72%	8,37%	5,12%	2,79%
Incapaz de relaxar	58,14%	9,30%	26,98%	5,58%
Medo que aconteça o pior	58,14%	9,77%	27,44%	4,65%
Atordoado ou tonto	76,74%	8,84%	11,16%	3,26%
Palpitação ou aceleração do coração	79,07%	5,58%	12,56%	2,79%
Sem equilíbrio	67,91%	18,60%	11,16%	2,33%
Aterrorizado	87,44%	1,40%	8,84%	2,33%
Nervoso	50,23%	13,02%	27,44%	9,30%
Sensação de sufocação	89,77%	0,93%	7,91%	1,40%
Tremores nas mãos	82,79%	6,98%	6,98%	3,26%
Trêmulo	94,42%	1,40%	2,33%	1,86%
Medo de perder o controle	65,58%	9,77%	20,93%	3,72%
Dificuldade de respirar	83,72%	4,19%	8,84%	3,26%
Medo de morrer	66,98%	13,02%	17,21%	2,79%
Assustado	71,63%	8,84%	17,21%	2,33%
Indigestão ou desconforto no abdômen	67,91%	9,77%	17,67%	4,65%
Sensação de desmaio	89,77%	4,19%	5,58%	0,47%
Rosto afogueado	81,40%	5,12%	11,63%	1,86%
Suor (não devido ao calor)	93,02%	3,72%	3,26%	0,00%

Tabela 4. Distribuição da relação entre MELD, sintomas mais freqüentes observados e presença ou não de ansiedade

Sintomas	Presença de Ansiedade	MELD				Total	p-valor
		≤ 10	11 – 18	19 – 25	> 25		
Dormência ou formigamento	Sim	14 (17,07%)	40 (48,78%)	28 (34,15%)	0 (0%)	82	0,0205*
	Não	8 (6,02%)	82 (61,65%)	40 (30,08%)	3 (2,26%)	133	
Incapaz de relaxar	Sim	13 (14,44%)	47 (52,22%)	30 (33,33%)	0 (0%)	90	0,1480
	Não	9 (7,90%)	75 (60,00%)	38 (30,40%)	3 (2,40%)	125	
Medo que aconteça o pior	Sim	12 (13,33%)	47(52,22%)	30 (33,33%)	1(1,11%)	90	0,5142
	Não	10 (8%)	75 (60%)	38 (30,40%)	2 (1,60%)	125	
Nervoso	Sim	10 (9,35%)	61(57,01%)	33 (30,84%)	3 (2,80%)	107	0,4520
	Não	12 (11,11%)	61(56,48%)	35 (32,41%)	0(0%)	108	
Medo de perder o controle	Sim	13 (17,57%)	35 (47,30%)	25 (33,78%)	1(1,35%)	74	0,0390*
	Não	9 (6,38%)	87(61,70%)	43 (30,50%)	2(1,42%)	141	
Medo de morrer	Sim	8 (11,27%)	44 (61,97%)	19 (26,76%)	0 (0%)	71	0,4892
	Não	14(9,72%)	78 (54,17%)	49 (34,03%)	3 (2,08%)	144	
Assustado	Sim	9 (14,75%)	31(50,82%)	19 (31,15%)	2 (3,28%)	61	0,1872
	Não	13 (8,44%)	91(59,09%)	49 (31,82%)	1(0,65%)	154	
Indigestão	Sim	9 (13,04%)	42 (60,87%)	17(24,64%)	1(1,45%)	69	0,3827
	Não	13 (8,90%)	80 (54,79%)	51 (34,93%)	2 (1,37%)	146	

* = p<0,05 – Teste exato de Fisher

Tabela 5. Distribuição da relação entre os sintomas mais freqüentes, nível de ansiedade e presença ou ausência de ansiedade

Sintomas	Presença de Ansiedade	Nível de ansiedade				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Dormência ou formigamento	Sim	23 (28,05%)	31 (37,80%)	17 (20,73%)	11 (13,41%)	82
	Não	94 (70,68%)	27(20,30%)	9 (6,77%)	3 (2,26%)	133
Incapaz de relaxar	Sim	18 (20,00%)	36 (40,00%)	23 (25,56%)	13 (14,44%)	90
	Não	99 (79,20%)	22 (17,60%)	3 (2,40%)	1(0,80%)	125
Medo que aconteça o pior	Sim	26 (28,89%)	36 (40,00%)	16 (17,78%)	12 (13,33%)	90
	Não	91(72,80%)	22 (17,60%)	10 (8,00%)	2 (1,60%)	125
Nervoso	Sim	36 (33,64%)	42 (39,25%)	16 (14,95%)	13 (12,15%)	107
	Não	81(75,00%)	16 (14,81%)	10 (9,26%)	1(0,93%)	108
Medo de perder o controle	Sim	21 (28,38%)	25 (33,78%)	17 (22,97%)	11(14,86%)	74
	Não	96 (68,09%)	33 (23,40%)	9 (6,38%)	3 (2,13%)	141
Medo de morrer	Sim	22 (30,99%)	25 (35,21%)	18 (25,35%)	6 (8,45%)	71
	Não	95 (65,97%)	33 (22,92%)	8 (5,56%)	8 (5,56%)	144
Assustado	Sim	14 (22,95%)	20 (32,79%)	17 (27,87%)	10 (16,39%)	61
	Não	103 (66,88%)	38 (24,68%)	9 (5,84%)	4 (2,60%)	154
Indigestão	Sim	22 (31,88%)	19 (27,54%)	16 (23,19%)	12 (17,39)	69
	Não	95 (65,07%)	39 (26,71%)	10 (6,85%)	2 (1,37%)	146

Em relação ao nível de ansiedade, observou-se que 54% dos pacientes obtiveram nível mínimo, como consta no gráfico 4.

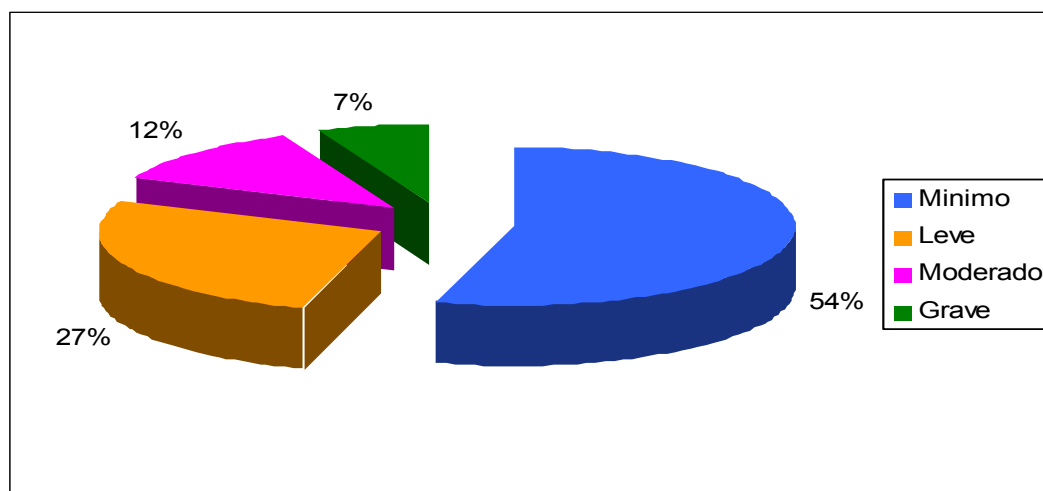


Gráfico 4. Frequência do nível de ansiedade observado nos pacientes estudados

Não houve diferença estatística significativa na correlação entre ansiedade, estado civil e ansiedade e grau de escolaridade. (Gráfico 5 e 6)

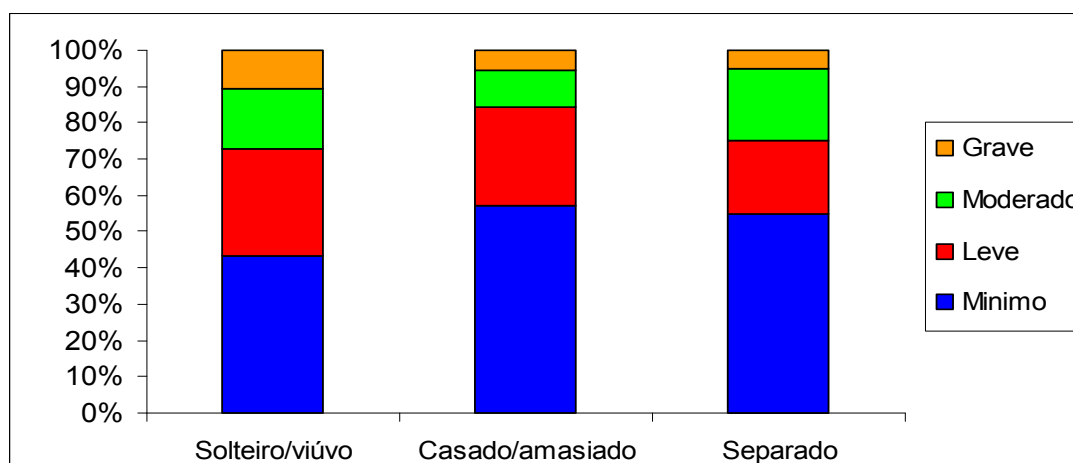


Gráfico 5. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e estado civil. (teste exato de Fisher, p-valor = 0,4881)

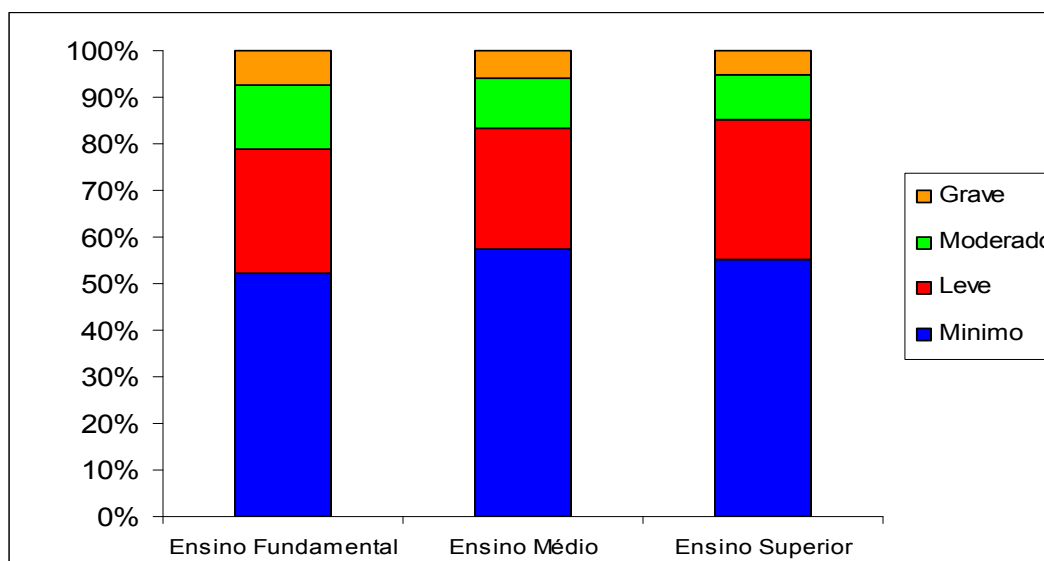


Gráfico 6. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e grau de escolaridade (teste exato de Fisher, p-valor = 0,9876)

Com relação a ocupação, observou-se que 16% dos pacientes afastados pelo INSS apresentaram ansiedade moderada, 21% dos desempregados apresentaram ansiedade grave e 67% dos pacientes que continuaram trabalhando durante o acompanhamento pré-cirúrgico, apresentaram nível de ansiedade mínimo como consta no gráfico 7.

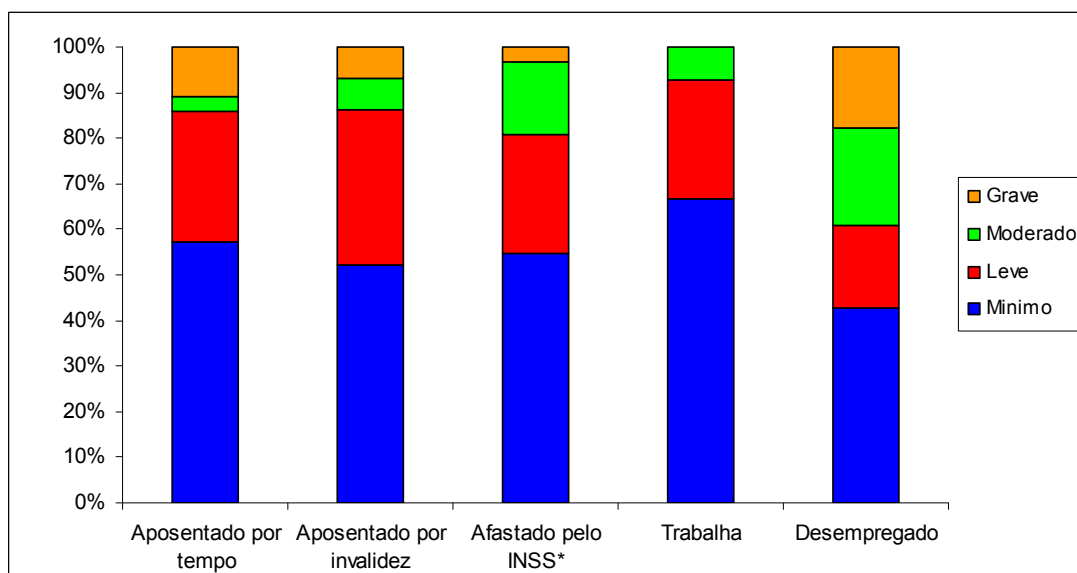


Gráfico 7. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e ocupação profissional (teste exato de Fisher, p-valor= 0,9876)

*INSS = Instituto Nacional do Seguro Social

Na correlação entre a faixa etária e nível de ansiedade, não houve diferença estatística significativa como se observa no gráfico 8.

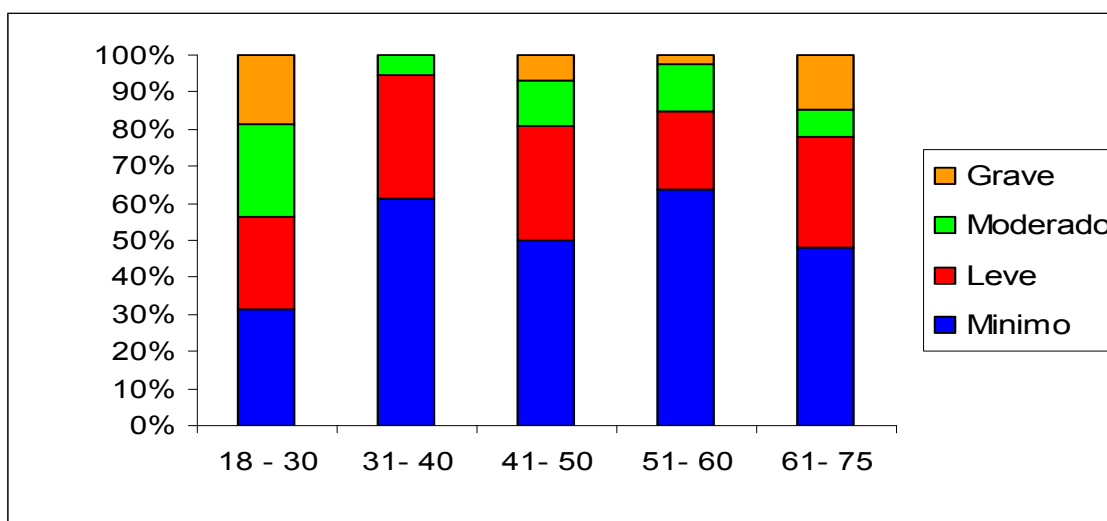


Gráfico 8. Representação gráfica de dupla entrada entre nível de ansiedade e faixa etária dos pacientes estudados. (teste exato de Fisher, p-valor= 0,1073)

Quando se relacionou o escore MELD em faixas com o nível de ansiedade obtidos nos testes, observou-se que as maiores pontuações de ansiedade foram obtidas nos escores MELD mais baixos, embora não houvesse diferença estatística entre eles.

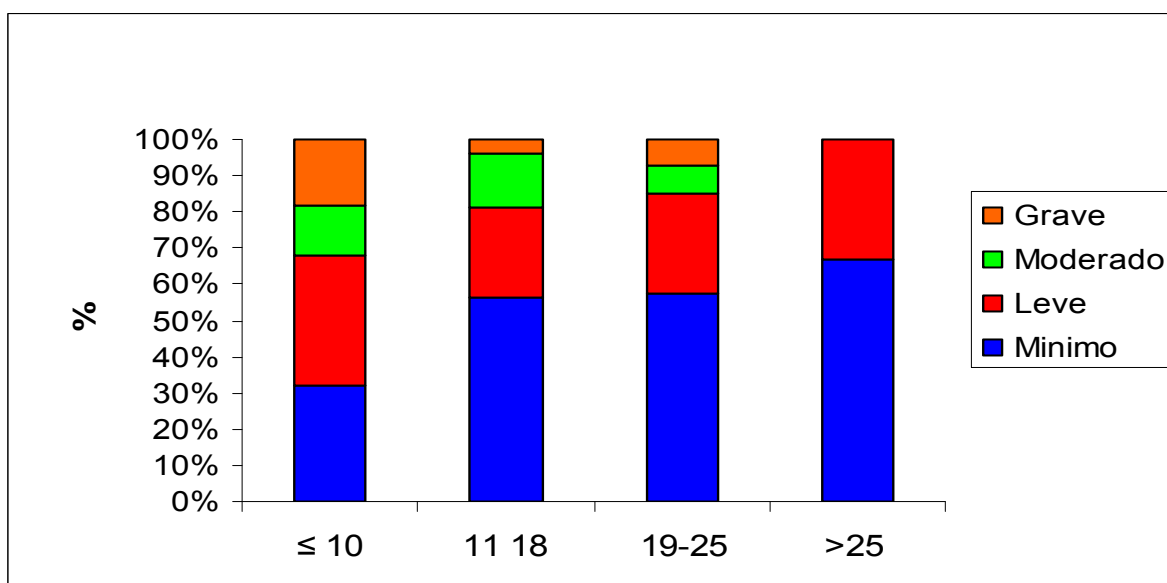


Gráfico 9. Representação gráfica de dupla entrada entre escore MELD e nível de ansiedade (teste exato de Fisher, p-valor= 0,1837)

A correlação entre o escore MELD puro e corrigido (para CHC) e a etiologia apresentada pelos pacientes estudados, está representada no gráfico 10.

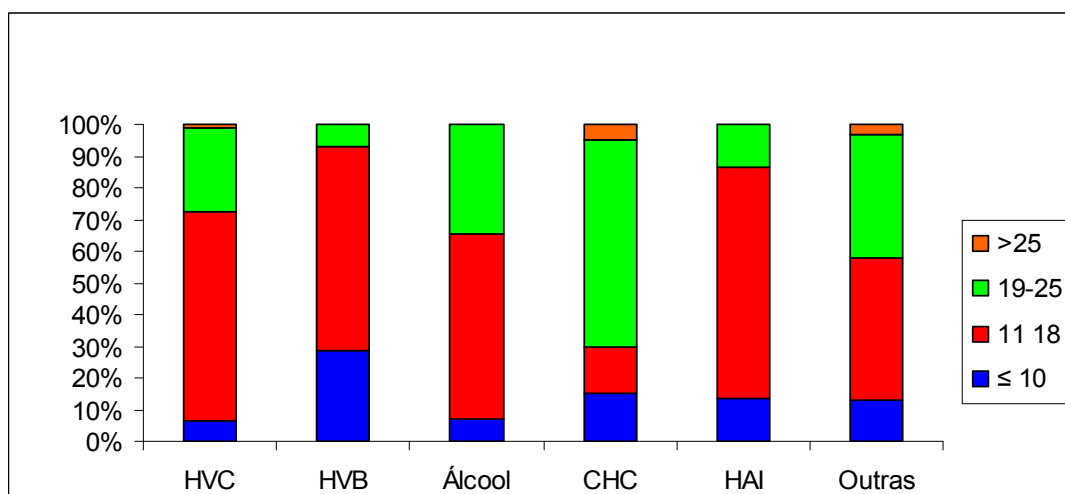


Gráfico 10. Representação gráfica de dupla entrada entre escore MELD e a etiologia estudada (teste exato de Fisher, p-valor= 0,1073)

Não se observou diferença estatística significativa quando se correlacionou nível de ansiedade e diagnóstico etiológico. Os pacientes com hepatite auto-imune apresentaram nível de ansiedade mínimo em menor porcentagem em relação aos pacientes alcoolistas ou portadores de CHC, como está representada no gráfico 11.

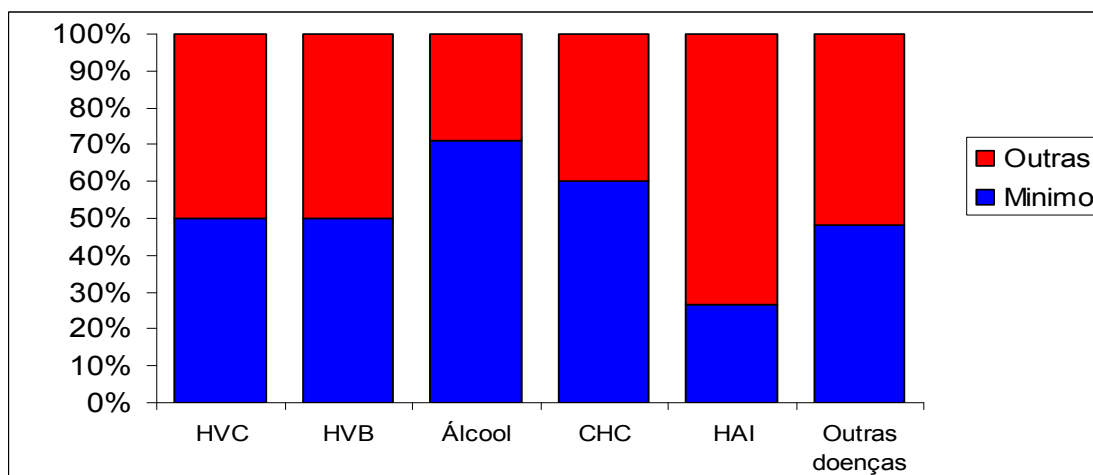


Gráfico 11. Representação gráfica da correlação entre nível de ansiedade e doença etiológica (teste Qui-quadrado p-valor 0,0330)

4. DISCUSSÃO

A cirrose de fígado tem afetado muitos pacientes com diferentes hepatologias, vivenciando uma piora na qualidade de vida, tensão provocada pelo prognóstico clínico da doença, presença de complicações médicas e o uso prolongado de medicamentos.²⁸

Sendo o transplante de fígado o principal tratamento para a cirrose, pois tem por objetivo prolongar e aprimorar a qualidade de vida do indivíduo, também está associado à necessidade do paciente aderir ao programa de reabilitação oferecido, à dependência de doação de órgãos e ao risco pela alta complexidade cirúrgica.³²

Há comprometimento da função hepática no período de espera pela cirurgia e suas principais queixas estão relacionadas a desconfortos causados por edemas, encefalopatia e hemorragias.³³

Estes fatores contribuem para limitar a capacidade funcional do indivíduo, seu espaço nas relações sociais, em alguns casos surgem problemas financeiros, ou seja, um grande impacto emocional em sua vida, provocando dificuldades na reorganização da dinâmica familiar, com estrutura psicológica empobrecida relacionada principalmente com níveis diferentes de ansiedade, fobia, obsessão e depressão.^{28,33}

Neste estudo, os resultados referentes ao perfil sócio demográfico dos candidatos já eram esperados. Sendo o sexo masculino predominante com 76,74% dos casos, a idade média foi de $49,49 \pm 10,98$ e o escore MELD com média de $16,76 \pm 4,28$. A literatura trás o valor médio do escore MELD de $14,4 \pm 7,3$.³⁴

Com relação ao estado civil a maior parte deles (73,49%) eram casados/amasiados. O nível de escolaridade mais encontrado foi ensino fundamental com 50,70% dos casos, 30,70% com ensino médio e 18,60% ensino superior.

Quanto à ocupação profissional, apenas 12,56% continuavam trabalhando, 40,93% estavam afastados pelo INSS recebendo auxílio doença,

20,47% estavam aposentados por invalidez, 13,02% estavam aposentados por tempo de trabalho e 13,02% estavam desempregados.

Estes dados confirmam os achados da literatura, como no trabalho realizado em 2007 pelo Hospital de Clinicas de Botucatu ³⁵, em que foi traçado o perfil desses sujeitos. Em seus resultados constam que 90% tinham idade acima dos 40 anos, com predominância do sexo masculino (84%) e os casados com 75%, apenas com relação a ocupação profissional, foi encontrado um número maior (24,9%) de pacientes que continuavam trabalhando.

No presente estudo não foi possível observar alterações significativas do nível de ansiedade dos candidatos a transplante hepático, contando apenas 7% com nível grave de ansiedade. ²⁴, em suas descrições sobre os transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados entre os hepatopatas, relatou que, o delirium aparece com 13% a 18,6%, transtorno de ajustamento de 8% a 19,8% e os transtornos orgânicos de ansiedade com depressão maior com 5%. Apesar da frequência de ansiedade e depressão terem um baixo percentual em relação aos outros transtornos psiquiátricos, segundo a literatura, o período pré-transplante é caracterizado principalmente pela ansiedade e depressão, culpa que o paciente sente em relação à morte do doador, os distúrbios de adaptação, encefalopatia hepática e os desajustes familiares. ²⁴

É possível verificar também na literatura inúmeros instrumentos utilizados para avaliação da ansiedade e depressão, tais como a Escala de Ansiedade de Hamilton, os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck, BAI - BDI, sendo estes, os mais procurados para avaliação clínica, o Inventário IDATE I e II e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS. ^{36,37}

Em uma avaliação de ansiedade e depressão realizada pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com 79 pacientes no período pré-operatório, resultou em 44,3% casos de ansiedade e 26,6% casos de depressão, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS. ³⁸

No presente estudo optou - se por utilizar apenas o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI por ser uma avaliação psicométrica direcionada a

psicólogos habilitados e seu objetivo é avaliar principalmente aspectos somáticos da ansiedade, o que dificultou, no entanto, a diferenciação dos sintomas da doença de base com os sintomas relacionados ao estado emocional alterado do indivíduo.

Com estes resultados, podemos considerar as limitações do uso psicométrico e também as dificuldades da população brasileira em manifestar alguns comportamentos socialmente indesejáveis, como descontentamento com o serviço de saúde que utiliza e a descrença no futuro, provocando a fantasia de que a avaliação psicológica possa prejudicar o transplante.³⁹

Cabrera et al,¹⁰ apresenta três formas dos pacientes relatarem seus sintomas, a primeira de forma evasiva, pouco precisa, a segunda forma é descrevendo-o com grande detalhamento e terceira, que expressam suas angustias em termos corporais como dor, espasmos, problemas digestivos, confundindo os sintomas da doença hepática com os sintomas de ansiedade. Neste estudo, também foi possível observar esta forma do sujeito relatar seus sintomas, contudo, a entrevista para avaliação foi direcionada para que o mesmo identificasse com maior precisão estes sintomas.

Não houve diferença estatística significativa entre ansiedade e escolaridade, apresentando em média 55% de nível mínimo de ansiedade, confirmando avaliação da medida do nível de ansiedade e depressão em período pré-operatório realizada por Marcolino, et. al.³⁸

Não houve também diferença estatística significativa entre o estado civil e o nível de ansiedade, porém, foi possível observar que os pacientes separados foram os que mais apresentaram nível grave de ansiedade, com 20%. Muito provavelmente pela falta de um cuidador específico no pós-operatório. Na literatura também não foi possível observar diferença estatística significativa com relação ao nível de ansiedade.

Em estudo recente sobre a necessidade de acolhimento dos candidatos a transplante hepático realizado pela Universidade de Zurich utilizando alguns instrumentos para avaliar saúde mental, satisfação de vida geral entre outros,

constatou que a maior parte dos sujeitos que não moram com parceiros relataram maior necessidade de acolhimento por parte da equipe, do que aqueles que moram com um parceiro.⁴⁰

Na maioria dos estudos realizados em outros serviços não foram encontradas avaliações do nível de ansiedade em candidatos a transplante hepático isoladamente da depressão, o que dificultou a possibilidade de comparação mais precisa deste estudo com a literatura.

Martins³⁸ em sua dissertação de mestrado mostrou uma diferença a respeito da depressão e nível de escolaridade pontuando que, quanto maior o nível de instrução, menor a incidência de depressão entre os indivíduos avaliados na lista de espera para o transplante hepático, neste caso, a ansiedade não foi avaliada.

A infecção pelo vírus da hepatite C mostra ser a etiologia com maior indicação para o transplante⁴¹ e principal causa de cirrose no mundo com uma representação de 3% da população mundial e no Brasil de 2,5% a 10% da população é infectada pelo vírus.⁴² No presente estudo, esta informação foi confirmada em seus resultados, com uma freqüência de 37% dos casos, seguida da doença hepática alcoólica com 26%.

Os resultados referentes à correlação entre nível de ansiedade e diagnóstico etiológico não apresentaram diferença estatística significativa, entretanto foi possível observar que os pacientes com diagnóstico de hepatite auto-imune apresentaram nível grave de ansiedade (27%), enquanto os pacientes alcoolistas e portadores de CHC apresentaram 71% e 60% de nível mínimo de ansiedade respectivamente. Contrariando pesquisa realizada em Portugal por Telles - Correia et al⁴³, que encontrou com grande freqüência, sintomas de ansiedade nos doentes com CHC e depressão com prevalência em alcoolistas, doentes do sexo feminino e em indivíduos com hepatite viral C.

Para Sousa, et. al⁴² em uma análise qualitativa sobre o individuo portador do vírus C, o convívio com a doença provoca uma gama de sofrimento,

impotência, tanto pela patologia de base como pelas suas implicações terapêuticas.

Muitos ao receberem o diagnóstico da hepatite C, iniciam o tratamento com interferon peguilado e ribavirina que apresentam uma série de efeitos colaterais avassaladores como febre, dores musculares, cefaléia, cansaço, náuseas, perda de peso, alterações no paladar, depressão, perturbações de sono, perturbações psicológicas, oculares, pele seca, acne, disfunções da tireóide entre outros, provocando em muitos, o abandono do tratamento.⁴⁴

Pensando nestes sujeitos, podemos considerar o fato de já conviverem com a doença por um período relativamente longo e com isto apresentarem a mais tempo sintomas de ansiedade e depressão importante.

Neste estudo os portadores de hepatite C não apresentaram nível grave de ansiedade significativa (8%), sendo que a maioria desses sujeitos (50%) apresentou nível mínimo de ansiedade.

Com relação à hepatite auto-imune, é considerada hepatite crônica que acomete pacientes que perderam a tolerância imunológica a antígenos do próprio fígado.⁴⁵ Relacionada com o nível de ansiedade, podemos hipotetizar que este agravamento se deu pelo fato da doença acometer principalmente mulheres em idade fértil, o que confirma dados encontrados na literatura sobre as diferenças do nível de ansiedade entre os gêneros⁴⁶, e por ser uma doença de característica assintomática com alterações laboratoriais, quadro clínico semelhante a hepatite aguda viral e como nos casos encontrados neste estudo, a manifestação extrema de insuficiência hepática.^{45, 47}

As mulheres são acometidas mais facilmente pela ansiedade, por questões sócio-culturais, como mostra uma pesquisa⁴⁶, utilizando o instrumento IDATE I e II, em que as mulheres apresentaram escores significativamente mais altos que os homens, esclarecendo que este fato se deve pelas expectativas éticas envolvendo o comportamento feminino. Outro aspecto que envolve este resultado é o ingresso da mulher ao mercado de trabalho, havendo maior necessidade de afirmação pessoal, busca de independência financeira, além do

desejo de constituir uma família, ou seja, jornada exaustiva de trabalho, atuação de mãe e esposa, produzindo muita tensão.

Em relação aos pacientes com cirrose por abuso de álcool e a ansiedade, neste estudo não apresentou nível elevado, o que podemos considerar que a maioria desses sujeitos não experimentaram grandes preocupações referentes a sua saúde física, não relacionando o abuso de substâncias como principal causa de sua enfermidade.

Algumas pesquisas têm mostrado pessimismo com os resultados de transplantes em alcoolistas devido as taxas de recaída na ingesta, não cumprindo o período mínimo de 6 meses de abstinência no pré-operatório e conseqüentemente a perda ou disfunção do enxerto no pós-transplante.^{43,48,49}

Isto sugere um alto índice de mortalidade entre os mesmos, como mostra os dados de Fontes, et al⁴⁸ com 15% (n=34/114) dos pacientes alcoolistas com doenças gastrointestinais. Embora este estudo não tenha levado em consideração pacientes em lista de espera para o transplante, este grupo teve menos problemas emocionais, apresentando baixo índice de respostas à mudança de hábito com relação ao uso do álcool.

Embora se apresentem muito comprometidos do ponto de vista físico e psicossocial, os alcoolistas crônicos em geral, negam que o álcool seja um problema em suas vidas, que abusam do álcool, que não conseguem parar de beber, que são dependentes e que perderam o controle sobre o seu padrão de ingesta, mesmo quando apresentam alterações físicas como a cirrose, por exemplo.⁵⁰ Esses dados nos oferecem uma reflexão referente à necessidade de criação de novas propostas de prevenção de recaída.

Com relação ao escore MELD, optou-se por utilizá-lo como uma das formas de seleção dos pacientes para este trabalho, por apresentar recursos mais objetivos que outros escores como é o caso do Child-Pugh, e por ser também, o critério mais utilizado pela equipe transplantadora deste serviço, como dado determinante para inserção dos pacientes na lista de espera.

Observou-se a correlação entre o MELD e sintomas de ansiedade com relação a presença ou ausência de ansiedade. Dentre os sintomas apresentados pelo inventário, apenas “dormência ou formigamento” e “medo de perder o controle”, tiveram diferença estatística significativa com relação a presença ou ausência da mesma.

Sendo importante enfatizar que, para melhor definir a presença ou ausência de ansiedade, optou-se por classificá-la a partir da pontuação de zero a sete como ausência e de oito a 63 como presença, porém o inventário classifica esta ausência como nível mínimo de ansiedade, pois se leva em consideração que nenhum indivíduo está livre de senti-la em algum momento da vida, quando este se encontra diante de situações alarmantes e que geram expectativas.¹¹

O medo de perder o controle está presente em alguns trabalhos com avaliação do estado da qualidade de vida de pacientes cirúrgicos, por vezes em função da idéia de entrega do corpo ao outro, aos efeitos da anestesia e ausência de conhecimento do que acontecerá no pós-operatório.^{21, 25, 39,43}

Observou-se que 33,78% dos pacientes com MELD elevado (19-25), apresentaram “medo de perder o controle”, o que podemos considerar que estes sujeitos já estão perdendo o “controle” de sua doença, mesmo seguindo a dieta e aderindo corretamente ao tratamento recomendado pela equipe, aproximando-se efetivamente do transplante ou pela associação de piora do estado clínico e óbito.

Ficou claro que, para avaliação psicológica de pacientes hospitalizados, são encontrados na literatura vários métodos de avaliação, que na maioria das vezes servem para se estimar o estado emocional destes pacientes, porém, o cuidado deve se concentrar na interpretação dos resultados.

A diferença apresentada nos resultados de alguns testes nos leva a pensar qual desses seria o mais adequando para o ambiente hospitalar, nunca se esquecendo de levar em consideração a historia de vida do sujeito antes e depois da doença, aspectos de sua personalidade e sua dinâmica familiar.

5. CONCLUSÃO

O nível de ansiedade observado em pacientes candidatos a transplante hepático foi mínimo e não houve diferença estatística significativa na correlação entre o nível de ansiedade e o diagnóstico etiológico da doença hepática, embora se tenha observado nos indivíduos com hepatite auto-imune uma tendência a apresentar nível grave de ansiedade.

6. REFERÊNCIAS

1. Bittencourt ZZLC. Qualidade de Vida e Representações Sociais em Portadores de Patologias Crônicas: Estudo de Um Grupo de Renais Crônicos Transplantados. [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
2. Pereira WA. História dos Transplantes. In: Pereira WA (org). Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro. 2º ed. Medsi; 2000: 1-6.
3. Pereira WA, Galizzi Filho J, Andrade MAC. Transplante de Fígado. In: Pereira WA.(org). Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos. Rido de Janeiro. 2º. ed. Medsi, 2000: 203-237.
4. Mies S. Artigo de Revisão: Transplante de Fígado. Revista Ass. Méd. Brasil. 1998, 4 (2):127 – 34.
5. Bacchella T, Machado MCC. The First Clinical Liver Transplantation of Brazil Revisited. Transplantation Proceedings. 2004, 36(4): 929-930.
6. Braile DM, Godoy MF. História da Cirurgia Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol.1996, 66(1): 329-337.
7. Brasil. Sistema Nacional de Transplante – SNT. Decreto no. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial. Imprensa Nacional. DOU.1997, seção 1. p. 13739. Brasília-DF.
8. Garcia VD. A Política de Transplantes no Brasil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. 2006 Out-dez; 50(4), pp.313-320.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação sobre Sistema Nacional de Transplante. Portaria nº. 1160 de 29 de maio de 2006. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. [online]. [Acesso em 7 de janeiro de 2010]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1160.htm>.
10. Cabrera CCE, Sponholz AJ. Ansiedade e Insônia. In: Botega NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral. Artmed, Porto Alegre. 2001: 283-303.
11. Balone GJ, Ortolani IV, Pereira Neto E. Da emoção à Lesão: um guia de medicina psicossomática. 2ª ed. São Paulo: Manole. 2007. 315p.
12. Freud S. Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago: 1969 v. XX. 158p.
13. Saliba AMPM. A angústia e sua tarefa de ligação. Reverso, Belo Horizonte. 2006 Set; n.53, pp.73-78.
14. Kaplan HI. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª.ed. Porto Alegre, Artmed. 2007.1584p.
15. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM – IV. Porto Alegre: Artmed, 2000. 845p.
16. <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php> Organização Mundial da Saúde. Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.
17. Beck A, Freeman A. Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 300p.

18. Juárez GMR, Gois CFL, Sawada NO. Ansiedade e Medo: Avaliação Crítica dos Artigos na Área da Saúde. In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002. [Acessado em 11 de agosto de 2009]. Disponível em:
[URL:http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200008&lng=en&nrm=van](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200008&lng=en&nrm=van)
19. Garcia Jr C, Zimmermann PR. Falência e Transplante de Órgãos. In: Botega NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral. Porto Alegre. 2o.Ed. Artmed; 2006: 355-371.
20. Tavares E. A vida depois da vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. Análise Psicológica. 2004; 4 (XXII): 765-77.
21. FIGHERA J, VIERO EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Rev. SBPH, Rio de Janeiro. 2005 dez., vol.8 (2): p.51-63.
22. Giuntini PB. Avaliação do estado de ansiedade em pacientes submetidas a cirurgias eletivas sob regime ambulatorial ou sob regime de internação. [Tese-Doutorado]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
23. Barroso FL. O paciente e seu cirurgião. In: Mello Filho J. (col.) Psicossomática Hoje. Artes Médicas. Porto Alegre. 1992: 259-263.
24. Cerezetti CRN. O Paciente de Transplante Hepático: Um estudo psicológico sobre a força do resiliente do hepatopata grave. [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP). Universidade de São Paulo; 2002.

25. Abrunheiro LMM, Perdigoto R, Sendas S. Avaliação e Acompanhamento Psicológico Pré e Pós – Transplante Hepático. Coimbra, Portugal Psicologia, Saúde e Doença. 2005; 6 (2):139 – 43.
26. Santos Z. Transplantes: Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos. Clínica Psiquiatria. 1996; 17(3): 239-245.
27. Rodrigues RV. Correlação entre ansiedade e dor, pressão arterial e a frequência cardíaca durante o atendimento odontológico de urgência. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp; 2003.
28. Martins PD, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R. Psychological Distress in Patients Listed for Liver Transplantation. Acta Cirúrgica Brasileira. 2006; vol. 21 (Suplemento 1): 41-43.
29. Freeman RB. Mathematical models and behavior: assessing delta MELD for liver allocation. Am J Transplant. 2004; (4):1735-1736.
30. Cunha JA. Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 171p.
31. Fleiss JL. Statistical Methods for Rates and Proportions. New York. John Wiley & Sons. 2^o.ed.1981. 321p.
32. Domingos NAM, Lipp MEN. Stress em Pacientes Candidatos a Transplante de Fígado. In: Miyazaki MCOS (Org), Domingos NAM (Org), Valério NI (Org). Psicologia da Saúde – Pesquisa e Prática. São José do Rio Preto. THS Arantes. 2006; (1): 297-314.

33. Santos Jr R, Miyazaki MCOS, Silva RCMA, Pagotto KF, Colombo MR. Avaliação Psicológica de Candidatos e Pacientes Submetidos a Transplante de Fígado. In: Miyazaki MCOS (Org), Domingos NAM (Org), Valério NI (Org). Psicologia da Saúde – Pesquisa e Prática. São José do Rio Preto. THS Arantes. 2006; (1): 253-269.
34. Fernandes JH, Millan LS, Massarollo PCB, Mies S. Efeitos da Escala MELD na Mortalidade após Transplante de Fígado. Ver. Med (São Paulo). 2002 Jan-dez; 81(1/4): 15-21.
35. Winckler CC, Biagioni DS, Paula RCC, Gomes MRB, Almeida RAMB, Lianos JC, Polônio RJ, Silva GF, Bakonyi Neto A. Demographic Profile in Liver Transplant Candidates on Waiting List. JBT J Brás Transpl. 2007; (10): 660-661.
36. MARCOLINO, J. A. M; SUZUKI, F. M; ALLI, L.A.C; GOZZANI, J.L; MATHIAS, L.A.S. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. Rev Bras Anesthesiol. 2007; 57(1): 52-62.
37. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. Rev. Psiq. Clin. Edição especial. 1998; 25 (6): 285-290.
38. Marcolino JAM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LAS. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré – Operatório. Estudo Comparativo. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2007 Março-abril; 57 (2): 157-166.
39. Martins PD. Avaliação da Percepção da Qualidade de Vida e do Estado Psicológico de Pacientes Candidatos a Transplante de Fígado. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Universidade de São Paulo; 2008.
40. Goetzman L, Wagner-Huber R, Klaghofer R, Muellhaupt B, Clavien PA, Budderberg C, Scheuer E. Waiting for a Liver Transplant: Psychosocial

Well-Being, Spirituality and Need for Counselling. Transplantation Proceedings. 2006; (38): 2931-2936.

41. Boin IFSF, Leonardi MI, Udo EY, Seva-Pereira T, Stucchi RSB, Leonardi LS. Aplicação do Escore MELD em Pacientes Submetidos a Transplante de Fígado: análise retrospectiva da sobrevida dos fatores preditivos a curto e longo prazo. Arq. Gastroenterol. 2008 Out-dez; 5 (4): 275-283.
42. Sousa VV, Cruvinel KPS. Ser Portador de Hepatite C: Sentimentos e Expectativas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008 Out-Dez; 17(4): 689-695.
43. Telles-Correia D, Barbosa A, Barroso E, Monteiro E. Abordagem Psiquiátrica no Transplante Hepático. Artigo de revisão. Acta Med. Port. 2006; (19): 165 – 180.
44. Maia M. A Identidade do Doente com Hepatite C Crônica. Arquivos de Medicina. 2006; 20(3): 71-74.
45. Ferreira AR, Roquete ML, Penna FJ, Toppa NH. Hepatite Auto-imune em Crianças e Adolescentes: estudo clínico, diagnóstico e resposta terapêutica. J Pediátrico (Rio J). 2002; 78:309-314.
46. La Rosa, J. Ansiedade, sexo, nível sócio econômico e ordem de nascimento. Psicologia: Reflexão e Crítica. Rio de Janeiro. 1998 Jan; 11(1): 59-70
47. Porta G. Hepatite Auto – imune. Jornal de Pediatria. 2000; 76, (supl. 2): 181-186.
48. Fontes A, Figlie NB, Laranjeira R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. Ver. Psiqu. Clin. 2006; 33 (6): 304-312.

49. Vieira A, Rolim EG, De Cápuia Jr A, Szutan LA, Recidiva da Ingesta Alcoólica em Pacientes Candidatos a Transplante Hepático. Analise de Fatores de Risco. Arq. Gastroenterol. 2007 Jul-set; 44 (3): 205-209.
50. Dalgalarrrondo P. Síndromes relacionadas a substancias psicoativas: abuso e dependência. In: Dalgalarrrondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Artmed, Porto Alegre, 2000: 212-215.

APÊNDICE

APÊNDICE 1
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nível de Ansiedade e Etiologia da Doença Hepática em Candidatos a Transplante de Fígado

Você tem um tipo de doença denominada cirrose; por conta disto aguarda um possível transplante de fígado. Enquanto o transplante não ocorre e sua doença avança, são necessários alguns cuidados especiais. Pensando nisso, você está sendo convidado a participar deste estudo que tem como objetivo recolher informações que vão possibilitar ajuda na adequação de seu estado psicossocial, esperando-se deste modo, que você sinta-se melhor. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Caso você aceite participar de tal estudo, será necessário passar por uma consulta com a psicóloga responsável pelo mesmo que está aplicando o termo, no ambulatório de transplante de fígado, responder um questionário sobre suas atitudes frente a ansiedade.

As informações colhidas serão mantidas em sigilo absoluto e serão usadas apenas para estudo, não evidenciando o seu nome ou outra informação revelada. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, porém você poderá Ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento no ambulatório. Pela sua participação no presente estudo, você não receberá e/ou pagará qualquer valor em dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Eu, _____
_____, li o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e como posso participar do mesmo. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que não afetará meu tratamento. Sei que

meu nome não será divulgado, que não terei prejuízos e não receberei dinheiro nem pagarei por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Assinatura do voluntário: _____

RG: _____

Psicóloga responsável pelo estudo: **Glauce Rejane dos Santos**

Qualquer informação poderá ser obtida com Glauce Rejane dos Santos no Ambulatório de Transplante Hepático – Gastrocentro – Unicamp ou pelo telefone: **3521-8579** ou ainda para o **Comitê de Ética em Pesquisa 3521-8936**.

ANEXOS |

ANEXO 1

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO 2

Comprovante de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
	www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
CEP, 03/03/07. (Grupo III)	
PARECER PROJETO: Nº 793/2006 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto) CAAE: 0642.0.146.000-06	
I-IDENTIFICAÇÃO:	
PROJETO: "NÍVEL DE ANSIEDADE EM CANDIDATOS À TRANSPLANTE HEPÁTICO" PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Glauce Rejane dos Santos INSTITUIÇÃO: Gastrocentro/UNICAMP APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/12/2007 APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/01/08 (O formulário encontra-se no site acima)	
II - OBJETIVOS	
Avaliar o grau de ansiedade nos pacientes candidatos a transplante hepático.	
III - SUMÁRIO	
Serão selecionados 50 pacientes, procedentes do Ambulatório de Transplante Hepático do Gastrocentro - HC/Unicamp, de cada tipo sanguíneo (A, B, AB e O) com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos. O nível de ansiedade será mensurado através do inventário de ansiedade de Beck, aplicado individualmente.	
IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES	
O projeto é relevante considerando-se que a ansiedade do paciente que aguarda o transplante hepático pode atingir níveis que comprometam sua integridade física e psicológica. As pendências foram respondidas adequadamente.	
V - PARECER DO CEP	
O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada. O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.	
Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 Caixa Postal 6111 13084-971 - Campinas - SP	FONE (019) 3521-8936 FAX (019) 3521-7187 cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

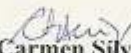
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de janeiro de 2007.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 3

Solicitação de Estágio FAMERP (Faculdade de Medicina de Rio Preto)

São José do Rio Preto, 17 de dezembro de 2008.

REF:- SOLICITAÇÃO DE OFICIALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Prezada Senhora,

Solicito de Vossa Senhoria autorização para a Oficialização do Estágio Mestrado, intitulado Nível de Ansiedade em Candidatos a Transplante Hepático, da Aluna Glauce Rejane dos Santos, regularmente matriculado no curso de Pós – Graduação na área de Cirurgia na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Saliento que o referido Estágio terá a Carga horária de 288 horas e será durante o Período de Novembro/2008 até Janeiro/2009 na FAMERP.

O estágio será realizado na equipe multidisciplinar de transplante de fígado e constará das seguintes atividades:

- Acompanhar atendimento do paciente em fila de espera do transplante de fígado, no ambulatório e enfermaria, juntamente com as equipes de psicologia e unidade de transplante de fígado.

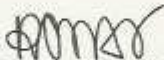
- Participar do protocolo empregado pela psicologia para avaliação desses pacientes para inclusão em lista de espera.

- Oportunamente incluirá esses pacientes em seu projeto de Mestrado conforme apresentado em anexo.

Informo adicionalmente que o CEP da FAMERP tem ciência do projeto de estudo previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Parecer: No.793/2006).

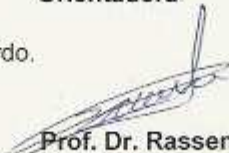
Sem mais para o momento subscrevo-me

Atenciosamente,



Profa. Dra. Rita de Cássia M. A. da Silva
Orientadora

Ciente e de Acordo.



Prof. Dr. Rassen Saidah
Chefe do Departamento de Medicina II

ILMA. SRA.PROFA. DRA. ENY MARIA GOLONI BERTOLLO D.D. DIRETORA
ADJUNTA DE PESQUISA FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do
Rio Preto.