

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

NADER RADUAN JORGE RACY

***QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS AO
TRANSPLANTE HEPÁTICO***

São José do Rio Preto

2021

NADER RADUAN JORGE RACY

**Qualidade de vida em pacientes submetidos ao
transplante hepático**

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
e Saúde, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. LEDA MARIA BRANCO

São José do Rio Preto, SP
2021

Racy, Nader Raduan Jorge

Qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante hepático.

São José do Rio Preto, 2021.

Quantidade de páginas: 43p.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –
FAMERP.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco

NADER RADUAN JORGE RACY

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE

HEPÁTICO

BANCA EXAMINADORA

DEFESA MESTRADO

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinador: Profa. Dra. Sílvia Aparecida Fornazari

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

2º Examinador: Profa. Dra. Carla Rodrigues Zanin

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 04 de Março de 2021.

SUMÁRIO

Agradecimentos	v
Dedicatória	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Apêndices.....	ix
Lista de Anexos.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
Introdução	01
Método.....	08
Análise de dados.....	09
Aspectos Éticos.....	10
Resultados e Discussão.....	10
Conclusão.....	30
Referências.....	32
Apêndices.....	36
Anexos.....	38

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de ter feito parte do programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP.

Agradeço a minha orientadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco pela paciência e pela atenção fornecida.

Agradeço a banca examinadora pela disponibilidade e pela contribuição.

DEDICATÓRIA

Dedico aos participantes dessa pesquisa, isto é, aos pacientes da equipe do transplante de fígado que manifestaram interesse e dedicação em responder os instrumentos avaliativos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra a partir da ficha de identificação.....	11
Tabela 2: Diagnóstico dos pacientes antes do Transplante a partir da ficha de identificação...	12
Tabela 3: Tempo de transplante (em anos) dos pacientes a partir da ficha de identificação.	14
Tabela 4: Frequência (%) das respostas em relação à primeira e à segunda questão do instrumento Whoqol-bref a partir da amostra do estudo (n=30).....	14
Tabela 5: Escore de cada participante da amostra (n=30) em relação aos quatro domínios avaliados e ao de qualidade de vida total (QV) a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.....	15
Tabela 6: Escore médio obtido em cada domínio pelos participantes (n=30) a partir da aplicação do instrumento Whoqol-bref.....	18
Tabela 7: Estatística descritiva em relação aos escores médios obtidos pelos participantes (n=30) de cada questão avaliativa do instrumento Whoqol-bref.....	19
Tabela 8: Estatística descritiva em relação aos escores médios obtidos em cada domínio pelos respondentes (n=30) a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.....	21
Tabela 9: Caracterização da amostra, tempo de transplante e escore total de qualidade de vida a partir da aplicação da ficha de identificação e do instrumento whoqol-bref.....	22
Tabela 10. Comparação dos Escores da pesquisa atual (2020) com os escores de uma pesquisa realizada com 30 pacientes cirróticos (2017).....	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Escore médio (%) obtido pelos participantes (n=30) em relação as facetas avaliadas a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.	17
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Questionário de Identificação	36
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	37

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento Whoqol Bref- Versão Reduzida traduzida para o Português.....	38
Anexo 2: Parecer emitido pelo CEP da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.....	43

Racy, N. R. J. (2021). *Qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante hepático*.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

Introdução: O fígado, maior órgão metabólico do corpo humano, é responsável por inúmeras funções. Problemas no seu funcionamento podem ocasionar doenças que comprometem a qualidade de vida ou até dificultam a continuidade da mesma. A partir de critérios médicos, os pacientes com diagnóstico em estágio terminal podem ser considerados candidatos ao transplante de fígado visando obter qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante hepático. **Materiais e Método:** Estudo do tipo transversal, com 30 pacientes em acompanhamento há pelo menos 3 meses com a equipe do Transplante de Fígado do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Identificação adaptada do protocolo de avaliação psicológica para transplante de fígado e o Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o Whoqol-Bref. **Resultados:** As médias dos resultados obtidos em cada domínio de qualidade de vida avaliado com os participantes (n=30) foram: domínio físico: 60,12%, domínio psicológico: 68,19%, domínio relação social: 78,89%, domínio ambiente: 74,48% e escore total de qualidade de vida: 70,48%. Assim, os pacientes transplantados puderam retornar as suas atividades instrumentais de vida diária. **Conclusão:** Avaliar a qualidade de vida em pacientes transplantados traz benefícios à saúde pública no sentido de constatar problemas e aprimorar o planejamento e tomadas de decisões. Vê-se que um paciente pode mudar de uma condição com baixa expectativa de vida e evoluir para uma condição de vida com qualidade.

Palavras Chave: Qualidade de Vida, Doença Crônica, Psicologia em Saúde.

Racy, N. R. J. (2021). *Quality of life in patients undergoing liver transplantation*. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

Introduction: The liver, the largest metabolic organ in the human body, is responsible for numerous functions. Problems in its functioning can cause diseases that compromise the quality of life or even hinder its continuity. Based on medical criteria, patients diagnosed with terminal stage can be considered candidates for liver transplantation in order to obtain quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of life of patients undergoing liver transplantation. **Patients and Methods:** A cross-sectional study with 30 patients who were followed for at least 3 months with the Liver Transplantation team at the São José do Rio Preto Base Hospital. The following instruments were used: identification form adapted from the psychological evaluation protocol for liver transplantation and the World Health Organization Quality of Life Inventory, the Whoqol-Bref. **Results:** Mean results for each domain evaluated with the participants (n = 30) were: physical domain: 60,12%, psychological domain: 68,19%, domain social relation: 78,89%, domain environment: 74,48% and total quality of life score: 70,48%. Thus, transplanted patients were able to return to their instrumental activities of daily living. **Final Considerations:** Assessing the quality of life in transplant patients brings public health benefits in the sense of finding problems and increasing the effectiveness of their planning and decision making. It is seen that a patient can change from a condition with low life expectancy and evolve to a quality condition of life.

Keywords: Quality of life, Chronic Disease, Health Psychology

INTRODUÇÃO

QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida é amplo, permeado por vários fatores, não existindo uma concordância universal a respeito de sua definição. De uma maneira geral, esse termo está ligado à percepção do próprio paciente sobre o seu estado de saúde (Alves, et al., 2012).

Segundo a OMS (1995, p. 1405), a definição de qualidade de vida está ligada a “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações“. É um conceito que abarca a relação entre meio ambiente e aspectos físicos, emocionais, de liberdade, de relações sociais e crenças do paciente (Fleck et al., 2000).

Os conceitos objetivos de qualidade de vida estão voltados à análise de sistemas quantificáveis e concretos que podem ser modificados através da ação humana. Entre esses sistemas, destacam-se: alimentação, condições de moradia e acesso à saúde, índice de emprego/desemprego, saneamento básico, educação, transporte, e outros que estão relacionados à promoção da sobrevivência na sociedade atual (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

De acordo com Gonçalves (como citado em Almeida, Gutierrez & Marques, 2012), a definição subjetiva de qualidade de vida está relacionada ao estilo de vida do indivíduo, isto é, os hábitos aprendidos e praticados ao longo da vida, vinculados à família, ao ambiente e à sociedade. São hábitos que ocorrem a partir das atitudes, dos valores e das oportunidades na vida do ser humano, em que deve ser considerado os seguintes fatores: bem estar biopsicossocial, controle e manejo do estresse, alimentação saudável, prática de atividade física, comportamentos de prevenção de doenças e a prática de um bom relacionamento interpessoal.

É importante mencionar que não é possível separar os fatores quantitativos e subjetivos ao longo do processo de análise da qualidade de vida. Segundo Fleck (2008, p. 26), o conceito de qualidade de vida está relacionado aos fatores básicos do ser humano que é o de “viver bem e de sentir-se bem”.

Além disso, vê-se a necessidade de não considerar apenas abordagens extremistas na avaliação de qualidade de vida, pois assim como uma visão pragmatista exacerbada, as abordagens extremamente psicométricas e a falta de critérios científicos não auxiliam na ilustração do conceito e de seus modos de avaliação. Portanto, ao considerar o construto qualidade de vida como algo importante para a sociedade, seus conceitos e as suas maneiras de avaliação devem ser discutidos e considerados levando em conta o avanço histórico e as carências individuais da gestão pública de saúde (Pereira, Teixeira & Dos Santos, 2012).

FÍGADO E DOENÇAS HEPÁTICAS

O fígado corresponde à interface entre o sistema digestivo e o sangue. A localização desse órgão no sistema circulatório é favorável para captar, transformar e acumular metabólitos e neutralizar e eliminar substâncias tóxicas. A eliminação se dá através da bile, uma secreção exócrina do fígado, que atua na digestão de lipídios. Tal órgão também tem uma função importante na produção de proteínas plasmáticas, tais como a albumina e outras proteínas carreadoras (Carneiro & Junqueira, 2004).

Vale mencionar que problemas no funcionamento do fígado podem ocasionar doenças que comprometem a qualidade de vida ou até dificultam a continuidade da mesma. Entre elas destacam-se a hepatite e a cirrose. A primeira corresponde a uma infecção na corrente sanguínea, cujas vias de transmissão podem ser sangue infectado com o vírus, ingestão de alimentos ou de água contaminada, relações sexuais, entre outros. O fígado infectado

aumenta de volume, e seu funcionamento prejudicado pode levar a quadros clínicos, como por exemplo, a icterícia (geralmente caracterizada pela pele amarelada) (Rubim et al., 2019).

Já a cirrose corresponde a uma inflamação progressiva do fígado, crônica e difusa (Yamamoto et al., 2014). Tal doença é caracterizada por fibrose (aumento do tecido conjuntivo hepático) e nódulos com estruturas anormais (Rubim et al., 2019).

Quanto à causa da cirrose, existem vários fatores. Entre esses, destacam-se as hepatites virais, cujos principais agentes etiológicos são os tipos B (HBV), C (HCV) e Hepatite Alcoólica. Além desses fatores, outros possíveis a serem considerados como etiológicos da Cirrose são: desnutrição, infecções, cirrose criptogênia (etiologia desconhecida), entre outros. A diferenciação das causas da Cirrose é importante para o prognóstico e para o tratamento específico, assim como o tempo de abstinência alcoólica (Silveira, Iser & Bianchini, 2016).

A insuficiência hepática é avaliada de acordo com as seguintes características: icterícia, ascite, encefalopatia, hemorragia digestiva, edema de membros inferiores, insuficiência renal, níveis séricos baixos de albumina e deficiência de protombina, não corrigida por vitamina K. A evolução da doença é determinada por observações clínicas, bioquímicas e histológicas seriadas, que podem categorizar o quadro como progressivo, estável ou regressivo (Mendes, Fabbris & Galvão, 2016).

Vale observar que nos fígados com doenças crônicas, podem ocorrer lesões que variam de benignas a malignas. Quanto ao Carcinoma Hepatocelular, a probabilidade da sua ocorrência em associação com a cirrose é de 80 % a 90 %. Tal tumor corresponde a um dos mais agressivos e malignos tumores do fígado, assumindo rápido envolvimento por todo o órgão (Silva & Santo, 2001).

O tratamento do paciente cirrótico tem o objetivo de promover a manutenção de uma alimentação balanceada, abstinência alcóolica, descoberta da insuficiência hepatocelular,

combate à retenção de líquido, encefalopatia e a prevenção da hemorragia. Não há tratamento medicamentoso curativo para a doença, portanto o objetivo consiste em reduzir a progressão da mesma e prevenir o desenvolvimento de possíveis complicações (Andrade et al., 2014).

TRANSPLANTE HEPÁTICO E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

O paciente, quando é portador de uma hepatopatia progressiva e irreversível (como por exemplo: cirrose, hepatite e carcinoma hepatocelular), e não existe nenhum outro tratamento aceitável, há a possibilidade de um transplante, que também tem por objetivo oferecer qualidade de vida. Nesse caso, o paciente e seus familiares necessitam compreender os riscos associados ao transplante e estar preparados para enfrentar as dificuldades do pós-cirúrgico inicial e o uso de imunossupressores pelo resto da vida (De Almeida Elaine et al., 2016).

No que diz respeito à avaliação psicológica de pacientes candidatos ao transplante de fígado, pode-se dizer que a mesma abarca questões sócio demográficas do paciente, estilo de vida, auto manejo da doença e de suas restrições, nível de interação social, familiar e suas expectativas em relação ao transplante (Aguilar & Bragal, 2011).

Para investigar questões relevantes à avaliação, como ansiedade, depressão, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas, são utilizados instrumentos específicos. Intervenções no sentido de seguir orientações da equipe da saúde, técnicas de respiração e relaxamento, manejo do estresse também podem ser feitas no processo de avaliação quando for o caso (Racy, 2017).

Vê-se que essa avaliação é permeada por uma análise da qualidade de vida. Assim, é investigada a percepção que os indivíduos têm de si mesmos e de sua própria vida, levando em conta questões como prazer, angústia, tristeza, autoestima e participação social (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Cabe aludir que não existe um padrão entre os centros de

transplante no que diz respeito a adoção de critérios de comportamentos e seleção dos candidatos ao transplante, assim como não há um consenso para encaminhar tal cirurgia para pacientes que possuem diagnósticos psiquiátricos (Arruda, 2016).

Também é realizada uma avaliação com o cuidador ou com a família do paciente em protocolo de transplante hepático por parte do serviço de psicologia. Aí é questionado se o cuidador e/ou familiar se sente preparado, bem informado e disponível para assumir os cuidados após o transplante. Isso por que o paciente terá que estar sempre em acompanhamento com a equipe médica junto com o uso de medicamentos e realização de exames pertinentes (Racy, 2017).

INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

É importante destacar que para avaliar a qualidade de vida de um paciente cirrótico (Racy, 2017) ou de um paciente transplantado (como realizado na pesquisa atual) podem ser utilizados instrumentos específicos, como o Whoqol-bref (*World Health Organization Quality of life - Grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde -*). Seu desenvolvimento esteve em concordância com os princípios assumidos pela organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, como o indivíduo encara o seu estilo de vida, uma vez que o mesmo é inserido em um contexto biopsicossocial.

O instrumento é composto por 26 questões, sendo uma versão reduzida do Whoqol-100. Avalia os seguintes domínios relacionados à qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O domínio físico abarca as seguintes facetas avaliativas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. Quanto ao domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e

aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças pessoais (Fleck et al., 2000).

Quanto ao domínio social, são investigados os seguintes aspectos: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Em relação ao domínio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico, isto é: poluição, trânsito, ruído, clima; e transporte (Fleck et al., 2000).

Vale observar que o Whoqol- Bref foi avaliado no Brasil e associa um desempenho satisfatório psicométrico e de aplicação, sendo assim, um instrumento adequado para avaliar a qualidade de vida em território brasileiro. A pontuação do mesmo corresponde à escala de Likert, ou seja, resultados obtidos entre 1 até 2,9 expressam a “necessidade de melhorar”; 3,0 a 3,9 indicam “regular”; 4,0 a 4,9 correspondem “boa” e 5,0 “muito boa” (Fleck et al., 2000).

ESTUDOS REALIZADOS

Vários estudos têm sido realizados sobre a avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante de órgãos como fígado, rim e coração. Em estudo realizado por Aguiar et al. (2011), vê-se a avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante cardíaco por meio da aplicação da escala Whoqol- Bref. O resultado indicou que o transplante cardíaco exerceu grande influência na qualidade de vida dos pacientes transplantados, uma vez que os resultados estatísticos mostraram-se significantes no pós-operatório.

Parolin et al. (2001) avaliaram o índice de retorno ao trabalho de pacientes adultos submetidos ao transplante de fígado. O resultado dessa pesquisa indicou que o transplante

hepático, sendo bem sucedido, colabora para que um número significativo de pacientes retorne as suas atividades rotineiras, o que lhes permite reassumir suas funções sociais.

Outro exemplo é um estudo, do tipo transversal, que avaliou a qualidade de vida em pacientes com doença hepática crônica com a utilização de três instrumentos: questionário sócio-demográfico, Chronic Liver Disease Questionnaire e índice MELD (Model End- Stage Liver Disease). A conclusão obtida é que há degradação da qualidade de vida em pacientes hepáticos em função dos sinais e sintomas da doença e fatores socioeconômicos (Garbin et al., 2014).

Desse modo, o objetivo do presente estudo é avaliar a percepção do paciente transplantado sobre seu estado de saúde. Isso exerce importância para: uma melhor compreensão sobre as reais necessidades dos participantes; descrever a situação de saúde dos mesmos; estudo da qualidade de vida de transplantados a partir de hepatopatias crônicas. Além disso, é possível verificar os benefícios de um procedimento caro a saúde pública e de alta complexidade para os pacientes, uma vez que ao serem candidatos ao transplante, os mesmos se encontram com baixa qualidade de vida ou expectativa de vida inferior a um ano.

Na medida do possível, foi realizada uma comparação da presente pesquisa com um estudo anterior em que houve avaliação da qualidade de vida em pacientes cirróticos (Racy, 2017). A coleta de dados desses dois estudos se deu na mesma instituição, isto é o Hospital de Base de São José do Rio Preto. Uma observação importante é que o serviço de transplante hepático desse hospital [HB] (2019) funciona desde 1998 através do Sistema Único de Saúde e, até o momento, já realizou mais de 650 transplantes. O mesmo corresponde ao segundo maior hospital escola do país, onde também são realizados outros serviços de transplante, como: rim, coração, pulmão, medula e córnea. Isso faz desse local um grande centro de transplante do Brasil (HB, 2019).

OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de pacientes que foram submetidos á cirurgia de transplante hepático.

MÉTODO

DELINEAMENTO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, pois fornece informações sobre distribuição e características investigadas nos participantes.

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 30 pacientes transplantados que estão em acompanhamento com a equipe do serviço de Transplante Hepático do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes adultos (de ambos os sexos, maiores de dezoito anos) e que estejam em tratamento com a equipe médica há pelo menos três meses.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que estivessem com alguma complicação de saúde; e aqueles que não estivessem em condições cognitivas adequadas (de abstração, por exemplo) para responder os instrumentos.

SELEÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de uma amostra de conveniência, ou seja, aquela que está ao alcance do pesquisador. É importante destacar que todos os pacientes abordados para participar da pesquisa estavam aguardando a consulta ambulatorial.

MATERIAIS

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

Ficha de identificação: adaptada para o estudo através da redução da ficha de identificação utilizada para o protocolo de transplante de fígado do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto (apêndice 1).

Inventário WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of life* - Grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde) - anexo 1.

PROCEDIMENTO

Os pacientes, que estavam em espera da consulta ambulatorial, foram convidados a participar e receberam esclarecimentos sobre a pesquisa. Desse modo, foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido para a assinatura, uma vez que, a pesquisa já estava aprovada pelo comitê de ética.

Após a aceitação e a assinatura do paciente, foram aplicados os seguintes instrumentos de forma individual: a ficha de identificação e o WHOQOL Bref. O pesquisador aplicou os instrumentos de maneira verbal, ou seja, em forma de entrevista. Cada participante foi avaliado uma única vez, de modo que o tempo médio de avaliação foi de trinta minutos.

ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, foi realizada análise quantitativa dos mesmos, por meio do programa Excell, com análise descritiva dos dados. Foi feita uma estatística descritiva não paramétrica (nível de significância de 0,05) da pontuação obtida em cada faceta, em cada domínio e do escore “total”.

As médias dos escores das facetas e dos domínios foram sobrepostas em uma escala de 0 a 100. Vale observar que os escores mais próximos de 100 são indicativos de melhor qualidade de vida. Segundo Azevedo, Lopes e Borgatto (2014), resultados obtidos entre 0 a 25 indicam a qualidade de vida como “regular”; 26 a 50: “bom”; 51 a 75: “muito bom” e 76 a 100: “excelente”.

Cabe aludir que para obter esses valores (de 0 a 100) e para chegar aos valores da escala Likert, os autores do grupo Whoqol seguem equações específicas, assim como é mostrado por Fleck et al. (2000), Pedroso, Pilatti, Gutierrez e Picinin (2010) e The Whoqol Group (1998). Tais autores afirmam que os resultados encontrados são os mesmos daqueles obtidos pelo software estatístico SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para aprovação no comitê de Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP, de acordo com a Resolução CNS 466/12. O número de aprovação do projeto é 3627157. É importante observar que os participantes dessa pesquisa foram informados sobre o caráter sigilosos dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os pacientes abordados, somente um recusou-se a fazer parte da amostra, sendo que o motivo pela recusa não foi informado. Todos os demais estavam em condições físicas e cognitivas adequadas para participar do presente estudo.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As características dos respondentes, como sexo, idade e profissão estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra a partir da ficha de identificação.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	20	66
Feminino	10	34
Total	30	100
Idade		
	N	%
<30	1	3
30 -40	2	7
40 -50	4	13
50 -60	6	20
60 -70	15	50
70 -80	2	7
Total	30	100
Ocupação		
Aposentado	18	60
Afastado	1	3,33
Trabalhador Atuante	6	20
Não atuante	1	3,33
Do Lar	3	10
Estudante Graduação	1	3,33
Total	30	100

N: Número de participantes

Vê-se que a maior parte da amostra é composta pelo sexo masculino, com 66%, já o sexo feminino corresponde a 34% da amostra. É observado que a maior parte da amostra (50%) possui idade de 60 até 70 anos.

Dentre as ocupações, o que predominou foram os aposentados (60%). No entanto, alguns desses relataram que querem voltar a trabalhar com serviços mais leves, ou seja, respeitando os seus limites físicos. Quanto as participantes que se denominaram “do lar”, uma mencionou ser muito ativa, uma vez que dança, passeia, pratica atividades físicas e, segundo o seu relato, tais prazeres não eram possíveis de ter antes da cirurgia.

Outro dado importante é que 20% dos participantes voltaram a trabalhar após a cirurgia e um paciente retornou as aulas de ensino superior. De acordo com o relato desses, tais atividades instrumentais de vida diária não eram possíveis de ser realizadas antes do transplante.

DIAGNÓSTICO ANTES DO TRANSPLANTE E TEMPO DE CIRURGIA

O diagnóstico dos participantes antes do transplante está relacionado à cirrose, cujas etiologias estão citadas na Tabela 2. É importante constatar que após a cirurgia do transplante, o fígado desse paciente deixa de ser cirrótico.

Tabela 2. Diagnóstico dos pacientes antes do Transplante a partir da ficha de identificação.

Etiologia da Cirrose Hepática	N	%
Vírus C	8	27
Álcool	7	20
Medicamentosa	4	13
Auto-Imune	4	13
Vírus B	2	7
Hemocromatose	1	4
Colangite Esclerosante Primária	1	4

Budd-Chiari	1	4
Hepatocarcinoma Fibrolamelar	1	4
Origem não especificada	1	4
Total	30	100

N: Número de participantes

Nota-se que a maior parte da amostra (27%) possuía o diagnóstico de Cirrose Hepática por Vírus C. Outra parte considerável da amostra (20%) possuía o diagnóstico de Cirrose Hepática por Álcool. Vale observar que para realizar a cirurgia do transplante, o paciente deve ter um tempo mínimo de abstinência alcoólica de seis meses.

Desse modo, quando necessário, é feito um trabalho com esse paciente (em período pré ou após o transplante) por parte da equipe multiprofissional (psicologia, por exemplo) em que é ressaltada a importância do mesmo não fazer uso de bebida alcoólica, uma vez que isso pode ser porta de entrada para uma recaída. De acordo com Rocha (2017), a hepatite alcoólica é a segunda maior entre as várias indicações para o transplante hepático no Brasil, o que é corroborado pelos dados da pesquisa atual. Essa autora menciona que a recaída é um episódio ocasionado por vários fatores e está relacionado à singularidade de cada paciente.

Na pesquisa atual, foi observado que os pacientes transplantados mudaram seu estilo de vida, já que, dentre outros fatores, houve manutenção da abstinência. Tal fato também contribui para a melhora da qualidade de vida.

A Tabela 3 mostra o número de participantes em relação ao tempo da cirurgia do transplante hepático.

Tabela 3. Tempo de transplante (em anos) dos pacientes a partir da ficha de identificação.

Tempo de Transplante (anos)	N	%
<1	6	20
1 -4	12	40
4 -7	4	13,3
7 -10	1	3,2
10 -13	0	0
13 -16	1	3,2
16 -19	4	13,3
19 -22	2	7
Total	30	100

N: Número de participantes

Vê-se que a maior parte da amostra (40%) apresenta de 1 até 4 anos de cirurgia.

A Tabela 4 mostra as porcentagens das respostas referentes as questões 1 e 2 dos 30 participantes em relação ao instrumento Whoqol-Bref.

Tabela 4. Frequência (%) das respostas em relação à primeira e à segunda questão do instrumento Whoqol-bref a partir da amostra do estudo (n=30).

	Muito Ruim (%)	Ruim (%)	Nem Ruim Nem Boa (%)	Boa (%)	Muito Boa (%)
1) Como você avaliaria sua Q.V.?	0,00	3,33	3,33	40,0	50,33
	Muito insatisfeito (%)	Insatisfeito (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (%)	Satisfeito (%)	Muito satisfeito (%)
2) Quão satisfeito você está com sua saúde?	0,00	3,33	3,33	46,66	46,66

QV: Qualidade de vida

A partir desses dados, vê-se que a maior parte da amostra (50,33%) avaliou sua qualidade de vida como “Muito Boa”. Outra parte considerável da amostra (40%) avaliou sua qualidade de vida como “Boa”.

De acordo com as respostas da segunda questão, 46,66% da amostra avaliaram a sua saúde como “Muito Satisfeito”. Outra parte da amostra, 46,66%, avaliou a sua saúde como “Satisfeito”.

É importante salientar que as questões 1 e 2 desse instrumento referem-se a avaliação geral da qualidade de vida.

A Tabela 5 refere-se ao escore total médio pontuado pelos participantes (n=30) em relação aos respectivos domínios: Físico, Psicológico, Social, Ambiente e ao escore Total médio de qualidade de vida.

Vale ressaltar que em relação aos escores obtidos pelos participantes em cada domínio, quanto maior a porcentagem, melhor a qualidade de vida (Fleck et al., 2000).

Tabela 5. Escore de cada participante da amostra (n=30) em relação aos quatro domínios avaliados e ao de qualidade de vida total (QV) a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.

PARTICIPANTES	DOM.FISICO (%)	DOM.PSICO (%)	DOM.SOCIAL (%)	DOM.AMBIENTE (%)	QV (%)
1	71,4	83,3	100,0	100,0	88,7
2	71,4	75,0	83,3	71,9	75,4
3	85,7	91,7	83,3	93,8	88,6
4	46,4	91,7	91,7	75,0	76,2
5	71,4	75,0	75,0	78,1	74,9
6	50,0	70,8	50,0	68,8	59,9
7	57,1	79,2	75,0	53,1	66,1
8	60,7	83,3	83,3	84,4	77,9
9	28,6	66,7	66,7	56,3	54,5
10	35,7	62,5	75,0	62,5	58,9
11	39,3	66,7	66,7	62,5	58,8
12	85,7	79,2	75,0	84,4	81,1

13	82,1	83,3	75,0	87,5	82,0
14	82,1	75,0	75,0	62,5	73,7
15	42,9	62,5	83,3	78,1	66,7
16	60,7	70,8	75,0	65,6	68,0
17	78,6	87,5	100,0	78,1	86,0
18	85,7	91,7	100,0	78,1	88,9
19	57,1	62,5	50,0	50,0	54,9
20	35,7	66,7	50,0	56,3	52,2
21	92,9	87,5	100,0	96,9	94,3
22	82,1	91,7	91,7	87,5	88,2
23	89,3	79,2	83,3	65,6	79,4
24	25,0	54,2	66,7	68,8	53,6
25	82,1	95,8	100,0	93,8	92,9
26	71,4	87,5	75,0	78,1	78,0
27	50,0	75,0	75,0	84,4	71,1
28	64,3	79,2	75,0	71,9	72,6
29	71,4	83,3	66,7	62,5	71,0
30	32,1	79,2	100,0	78,1	72,4

Dom: Domínio

QV: Escore total de Qualidade de Vida

Psico: Psicológico

Pode-se observar que o maior escore obtido no domínio físico foi de 92,9%. Já o menor escore foi de 25%. Quanto ao domínio psicológico, o maior escore obtido foi de 95,8%. Já o menor escore foi de 54,2%.

Nota-se que o maior escore obtido quanto ao domínio social foi de 100%. Já o menor escore foi de 50%. Já o maior escore obtido quanto ao domínio ambiente foi de 100% o menor foi de 50%.

Quanto ao escore total médio, a maior pontuação obtida foi de 94,3%. Já a menor foi de 52,2%.

A Figura 1 ilustra os escores médios (em porcentagem) obtidos pelos participantes em cada faceta avaliativa. As barras com cor vermelhas correspondem ao domínio físico; as verdes, domínio psicológico; as azuis, domínio social; as laranjas, domínio ambiente e a roxa corresponde a auto-avaliação da qualidade de vida. Vale observar que no questionário Whqol-bref, a auto-avaliação da qualidade de vida é composta por duas questões.

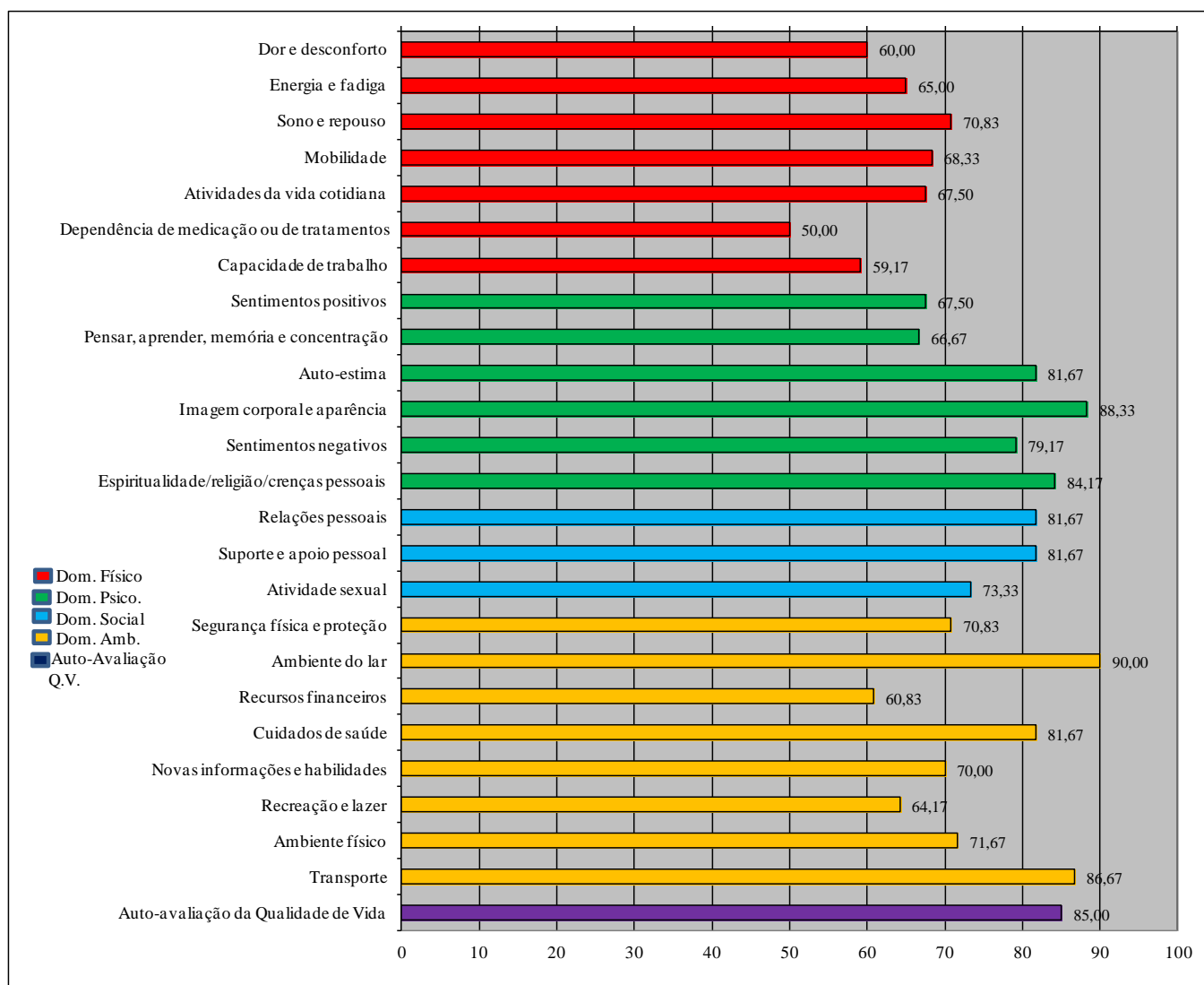


Figura 1. Escore médio (%) obtido pelos participantes (n=30) em relação às facetas avaliadas a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.

Com a Figura 1, nota-se que a faceta avaliativa com melhor escore obtido pelos participantes foi “Ambiente do lar” (90%). Por outro lado, a faceta com menor escore foi “Dependência de medicação ou de tratamentos” (50%). Vale destacar que o escore médio obtido no que diz respeito a auto-avaliação da qualidade de vida foi de 85%.

Em relação ao domínio físico, a faceta com maior escore médio obtido pelos participantes foi “sono e repouso” (70,83%); quanto ao domínio psicológico: “imagem corporal e aparência” (88,33%); já o domínio social, as facetas com maior escores médios

foram “relações pessoais” (81,67%) e “suporte e apoio pessoal” (81,67%); por fim, quanto ao domínio meio ambiente: “ambiente do lar” (90%).

A Tabela 6 exibe os escores médios obtidos pelos participantes quanto aos domínios. Vale reafirmar que os dados foram tabulados através do sistema Excell (Pedroso et al., 2010).

Tabela 6. Escore médio obtido em cada domínio pelos participantes (n=30) a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.

Domínios (média)	%
Físico	60,12
Psicológico	68,19
Relações Sociais	78,89
Meio Ambiente	74,48
Total (Q.V.)	70,48

QV: Qualidade de vida

Vê-se que o domínio com maior escore médio foi o “Relações Sociais” (78,89%). Por outro lado, o domínio com menor escore médio foi o “Físico” (60,12%). O escore médio total de Qualidade de vida foi de 70,48%.

A Tabela 7 diz respeito à estatística descritiva, por exemplo: média, desvio padrão e coeficiente de variação (Pedroso et al., 2010) dos escores médios obtidos pelos participantes em cada uma das 26 questões avaliativas do instrumento Whoqol-bref (Anexo 1).

A definição de média aritmética está vinculada a medidas de posição, isto é medidas que oferecem uma ideia sobre o comportamento do conjunto estudado. Estatisticamente, média corresponde ao valor que exhibe a concentração de dados a partir de uma distribuição (Gonçalves, 2002).

Para a estatística descritiva, também é importante medir o grau de dispersão dos dados de um conjunto, obtidos por meio de medidas de dispersão, como exemplo: amplitude, desvio-padrão e coeficiente de variação. A definição de amplitude corresponde à diferença

entre o maior e o menor valor de um conjunto de dados. Vê-se que a série menos dispersa ou mais homogênea é a que possui menor amplitude (Gonçalves, 2002).

O desvio padrão tem a importância de mencionar o quanto dos valores que se extraiu a média são próximos ou distantes da própria média. Quanto menor o desvio padrão, mais homogênea é a série de dados. Coeficiente de variação também fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. É uma medida relativa de dispersão utilizada para se comparar, em termos relativos, o grau de concentração em torno da média. Quanto menor o Coeficiente de variação, melhor a representatividade da média (Gonçalves, 2002).

Tabela 7. Estatística descritiva em relação aos escores médios obtidos pelos participantes (n=30) de cada questão avaliativa do instrumento Whoqol-bref.

Questão	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação	Valor Mínimo	Valor Máximo	Amplitude
Q1	4,43	0,73	16,42	2	5	3
Q2	4,37	0,72	16,45	2	5	3
Q3	3,40	1,43	42,02	1	5	4
Q4	3,00	1,02	33,90	1	5	4
Q5	3,70	0,92	24,74	1	5	4
Q6	4,27	0,58	13,67	3	5	2
Q7	3,67	0,71	19,40	2	5	3
Q8	3,83	0,83	21,75	2	5	3
Q9	3,87	0,63	16,26	3	5	2
Q10	3,60	1,04	28,81	1	5	4
Q11	4,53	0,63	13,87	3	5	2
Q12	3,43	0,94	27,24	2	5	3
Q13	3,80	0,92	24,34	2	5	3
Q14	3,57	1,07	30,07	1	5	4
Q15	3,73	1,05	28,08	2	5	3
Q16	3,83	1,05	27,47	1	5	4
Q17	3,70	1,06	28,52	1	5	4
Q18	3,37	1,00	29,69	2	5	3
Q19	4,37	0,72	16,45	2	5	3
Q20	4,27	0,69	16,21	3	5	2
Q21	3,93	0,83	21,04	2	5	3
Q22	4,27	0,78	18,40	2	5	3
Q23	4,60	0,62	13,51	3	5	2
Q24	4,27	0,64	14,99	3	5	2

Q25	4,47	0,57	12,79	3	5	2
Q26	4,17	0,87	20,98	1	5	4

Como já mencionado, a pontuação obtida do instrumento Whoqol-bref corresponde à escala de Likert, ou seja, resultados obtidos entre 1 até 2,9 expressam a “necessidade de melhorar”; 3,0 a 3,9 indicam “regular”; 4,0 a 4,9 correspondem “boa” e 5,0 “muito boa” (Fleck et al., 2000).

A questão 1 refere-se a percepção do participante sobre sua qualidade de vida. Os 30 respondentes dessa pesquisa apresentaram uma média de $4,43 \pm 0,73$. Tal resultado é indício de que eles possuem desde uma “regular” qualidade de vida até “muito boa”, variando entre 3,7 e 5,16.

A questão 2 está relacionada a percepção do participante sobre o seu estado de saúde. Os 30 pesquisados tiveram uma média de $4,37 \pm 0,72$. Isso indica que os mesmos possuem uma “boa” saúde ou até “muito boa”, alterando de 3,65 a 5,09.

A questão 3 (“Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?”) foi a que os respondentes apresentaram maior coeficiente de variação (42,02) e maior desvio padrão (1,43). Eles tiveram uma média de $3,40 \pm 1,43$. Isso mostra que a situação dos participantes nessa questão varia de “necessidade de melhorar” até “boa”.

Vale observar que na questão 18 (“Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?”) os participantes obtiveram a média 3,37 com desvio padrão de 1,0. Isso pressupõe que nessa questão, a situação dos respondentes varia de “necessidade de melhorar” até “boa”, haja vista que o escore médio alterou de 2,37 até 4,37.

A questão 23 (“Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?”) foi a que os respondentes apresentaram a maior média (4,60) com desvio padrão de 0,62. Isso

significa que nessa questão, a situação dos participantes varia entre “boa” e “muito boa”, haja vista que a média alterou de 3,98 a 5,22.

A questão 25 (“Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?”) foi a que apresentou menor desvio padrão e menor coeficiente de variação. A média apresentada pelos participantes foi 4,47, com desvio padrão de 0,57. Isso indica que a situação dos respondentes para essa série é mais homogênea, variando de “boa” até “muito boa”.

A Tabela 8 relaciona-se à estatística descritiva: média, desvio padrão e coeficiente de variação (Pedroso et al., 2010) de cada domínio a partir dos escores médios obtidos pelos respondentes (n=30) através da aplicação do instrumento Whoqol-bref (Anexo 1).

Tabela 8. Estatística descritiva em relação aos escores médios obtidos em cada domínio pelos respondentes (n=30) a partir da aplicação do instrumento Whoqol-Bref.

Domínio	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	13,62	1,97	14,50	10,29	20,00	9,71
Psicológico	14,91	1,66	11,11	11,33	20,00	8,67
Relações Sociais	16,62	2,37	14,25	12,00	20,00	8,00
Meio Ambiente	15,92	2,13	13,38	12,00	20,00	8,00
Auto-avaliação Q.V.	17,60	2,75	15,62	10,00	20,00	10,00
TOTAL	15,28	1,74	11,37	12,62	20,00	7,38

QV: Qualidade de vida

A partir desses dados, observa-se que o domínio com maior escore médio foi o “Relações Sociais”, cujo valor foi 16,62, com desvio padrão de 2,37. Por outro lado, o domínio com menor escore médio foi o físico, sendo 13,62, com desvio padrão de 1,97. O escore total médio de todos os domínios foi de $15,28 \pm 1,74$. O escore médio em relação a auto-avaliação da qualidade de vida foi de $17,60 \pm 2,75$. O domínio psicológico foi o que os respondentes apresentaram menor desvio padrão (1,66) e menor coeficiente de variação (11,11), com escore médio de 14,91.

Vale ressaltar que a amplitude refere-se à diferença entre o maior e o menor valor de um conjunto de dados. Ela exhibe a dispersão dos valores de uma série. De acordo com a Tabela 8, a menor amplitude observada foi quanto ao escore total de qualidade de vida, ou seja, foi 7,38. Nesse sentido, o escore total médio dos participantes foi a série de dados que menos variou em relação aos escores dos outros domínios.

A Tabela 9 ilustra um cruzamento de dados dos 30 respondentes, tais como: sexo, ocupação, idade, tempo de transplante e escore total de qualidade de vida.

Tabela 9. Caracterização da amostra, tempo de transplante e escore total de qualidade de vida a partir da aplicação da ficha de identificação e do instrumento whoqol-bref.

Participantes	Sexo	Ocupação	Idade (anos)	Tempo de Transplante (em anos ou meses)	Escore Total Q.V. (%)
1	M.	Aposentado	65	2 a.	88,7
2	M.	Aposentado	62	3 a.	75,4
3	M.	Aposentado	64	3 m.	88,6
4	F.	Do lar	62	9 a.	76,2
5	M.	Aposentado	64	3 a.	74,9
6	M.	Aposentado	55	18 a.	59,9
7	M.	Aposentado	65	17 a.	66,1
8	M.	Professor	59	4 m.	77,9
9	M.	Aposentado	51	1 a.	54,5
10	F.	Aposentada	59	2 a.	58,9
11	F.	Aposentada	57	4 a.	58,8
12	M.	Aposentado	61	4 a.	81,1
13	M.	Aposentado	62	3 a.	82
14	F.	Do lar	42	20 a.	73,7
15	M.	Aposentado	63	3 a.	66,7
16	M.	Autônomo	66	8 m.	68
17	F.	Secretária	40	1 a.	86
18	F.	Professora	35	2 a.	88,9
19	M.	Aposentado	62	6 a.	54,9
20	M.	Aposentado	61	6 m.	52,2
21	F.	Professora	38	5 a.	94,3
22	F.	Do lar	64	4 m.	88,2
23	F.	Cozinheira	46	20 a.	79,4

24	F.	Aposentada	75	16 a.	53,6
25	M.	Não atuante	45	2 a.	92,9
26	M.	Aposentado	59	18 a.	78
27	M.	Estudante	22	2 a.	71,1
28	M.	Aposentado	76	5 a.	72,6
29	M.	Aposentado	62	6 m.	71
30	M.	Comerciante	60	15 a.	72,4

QV: Qualidade de vida

M: Masculino

F: Feminino

a: Anos

m: Meses

Vale ressaltar que, de acordo com Azevedo et al. (2014), as porcentagens de 0 a 25 indicam a qualidade de vida como “regular”; 26 a 50: “bom”; 51 a 75: “muito bom” e 76 a 100: “excelente”. Desse modo, pontuações mais próximas de 0 indicam pior qualidade de vida, enquanto que pontuações mais próximas de 100 indicam melhor qualidade de vida.

Dos participantes com até uma ano de transplante (total de 6), um apresentou o escore total de qualidade de vida de 68%. O restante apresentou escore acima de 70%, o que configura a qualidade de vida como “muito boa” até “excelente”.

Quanto aos respondentes que possuem de 1 até quatro anos de transplante (total de 11), dois pacientes obtiveram os escores de 54,5% e 58,9%. O restante apresentou o escore acima de 70%, o que classifica a qualidade de vida desde “muito boa” até “excelente”, já que um dos participantes pontuou 92,9%.

Já os pacientes que possuem de 4 até 7 anos de transplante (total de 5), dois apresentaram escores de 54,9% e 58,8%. O restante pontuou acima de 70%, o que configura a qualidade de vida como “muito boa” até “excelente”, uma vez que um dos participantes apresentou o escore de 94,3%.

Quanto ao paciente que possui de 7 até 10 anos de transplante (somente 1), o mesmo apresentou o escore de qualidade de vida de 76,2%, o que a classifica como “excelente”.

Vale observar que nenhum participante dessa pesquisa possui de 10 até 13 anos de transplante. Um participante possui de 13 até 16 anos de cirurgia e seu escore é de 72,4%, o que configura a sua qualidade de vida como “muito boa”.

Quatro pacientes possuem de 16 até 19 anos de transplante e os seus escores são: 53,6%, 59,9%, 66,1% e 78%. Dois participantes possuem de 19 até 22 anos de cirurgia. Os seus escores foram 73,7% e 79,4%, o que classifica a qualidade de vida como “muito boa” e “excelente”.

Vale observar que praticamente todos os participantes da pesquisa (n=30) afirmaram que o transplante hepático ofereceu qualidade de vida. Isso porque eles puderam ter as suas atividades instrumentais de vida diária (aquelas que lhes permitem viver de modo independente) retomadas.

A Tabela 10 mostra os escores médios de cada domínio da pesquisa atual (Racy, 2020) e os escores médios de uma pesquisa realizada com 30 pacientes cirróticos (Racy, 2017). Nesse estudo também foi aplicada a ficha de Identificação e o questionário Whoqol-bref.

Tabela 10. Comparação dos Escores da pesquisa atual (2020) com os escores de uma pesquisa realizada com 30 pacientes cirróticos (2017).

Domínios (média)	% (2020)	% (2017)
Físico	60,12	52,5
Psicológico	68,19	68,3
Relações Sociais	78,89	67,68
Meio Ambiente	74,48	65
Total (Q.V.)	70,48	62,31

QV: Qualidade de vida

Vale observar que os escores médios obtidos em praticamente todos os domínios do grupo dos pacientes transplantados foram maiores do que aqueles obtidos pelo grupo dos pacientes cirróticos, ressaltando que as amostras dessas duas pesquisas são distintas. O escore médio apresentado pelos pacientes de 2017 em relação ao domínio físico foi de 52,5%, já os pacientes transplantados apresentaram uma melhor pontuação nesse domínio (60,12%), haja vista que os pacientes cirróticos geralmente estão com a qualidade de vida prejudicada.

Outro dado relevante de observar é que o escore médio obtido pelos participantes (Racy, 2020) em relação ao domínio ambiente foi de 74,48%. Em comparação com estudo anterior (Racy, 2017), o escore médio obtido pelos participantes ao domínio ambiente foi de 65%.

O escore total médio da pesquisa do ano de 2020 foi de 70,48%, enquanto que o da pesquisa do ano de 2017 foi de 62,31%. Assim, os resultados indicam que os respondentes da pesquisa atual apresentam, de uma maneira geral, níveis de qualidade de vida superior do que aqueles apresentados pelos pacientes cirróticos.

Por essa via, com o transplante hepático, o paciente pode evoluir de uma condição com baixa qualidade e/ou expectativa de vida para uma condição de vida com qualidade (De Aguiar & Braga, 2012). Vale ressaltar que antes da cirurgia, esse paciente, junto com seus familiares, passam por uma série de avaliações pela equipe interdisciplinar, o que caracteriza o protocolo pré-transplante.

Os profissionais dessa equipe (médicos e psicólogos, por exemplo) devem promover informações sobre o processo do transplante, avaliar com regularidade os sinais dos pacientes quanto as suas respostas emocionais, tais como: depressão, ansiedade, princípios, crenças e valores. A partir daí, é possível elaborar um plano de tratamento respeitando a

individualidade de cada paciente, tendo como finalidade a melhora dos resultados quanto aos aspectos biopsicossociais (De Oliveira et al., 2019).

São critérios não aceitos para um transplante: a suposta incapacidade de aderir ao tratamento (não adesão ao tratamento, comportamentos anti-sociais), a contribuição do paciente para a doença (uso de substâncias ou álcool). Os candidatos ao transplante devem ser pessoas com uma baixa qualidade de vida ou com uma perspectiva de vida inferior a um ano, em função da insuficiência hepática (Mendes et al., 2016). Vê-se aí a importância do tratamento no que diz respeito aos aspectos emocionais dos pacientes, cuja especificidade é atribuída ao profissional da psicologia.

Vale citar o exemplo de um estudo, cujo objetivo foi identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida do paciente submetido ao transplante hepático através de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas fontes eletrônicas Ebscohost e Repositório Científico Aberto de Portugal, entre os anos de 2009 a 2015. Os resultados dessa pesquisa indicam que é possível o planejamento e a intervenção da equipe multidisciplinar com o objetivo da melhora dos resultados, haja vista os fatores que influenciam na qualidade de vida (Mota & Novais, 2016).

Visto que a cirurgia do transplante tem por objetivo oferecer qualidade de vida aos seus beneficiários, foi aplicado, na pesquisa atual, o instrumento Whoqol-Bref a fim de avaliar a percepção dos transplantados sobre as suas condições de vida. É importante destacar que a OMS reuniu especialistas de vários territórios do mundo para o trabalho com o conceito de qualidade de vida, tanto na sua definição, como na elaboração de instrumentos de avaliação, como o Whoqol-bref. Tal instrumento permite que a avaliação seja feita quanto ao aspecto subjetivo, uma vez que, o próprio indivíduo avalia o seu estado de saúde (Fleck et al., 2000).

Lopes (2019) afirma que na atualidade, o transplante hepático não deve ser considerado apenas para prolongar a sobrevida do paciente. Tal procedimento deve estar voltado à recuperação total das funções vitais e a reabilitação psicossocial, como por exemplo, o retorno ao trabalho.

Na pesquisa atual, vários participantes relataram que o transplante lhes possibilitou o retorno ao trabalho, aos estudos e as demais atividades de vida diária que lhes permitem a independência. Praticamente 100% dos avaliados afirmaram que o transplante lhes ofereceu qualidade de vida. Isso pode ser visto a seguir, em que são citadas algumas falas relevantes dos participantes durante o processo avaliativo.

O respondente 9 fez alusão aos benefícios do transplante para a sua saúde, embora tenha relatado que *“o físico não é mais como antes...após o transplante a concentração diminuiu um pouco”*.

A paciente 10 também afirmou que o transplante ofereceu qualidade de vida, *“mas não tenho energia como antigamente”*. Ela mencionou também que a sua concentração e a parte sexual *“diminuíram”*. O pesquisador a orientou a procurar atendimento psicológico e orientação médica.

A respondente 11 relatou que o *“seu fígado está bom”*, no entanto apresenta problemas de pulmão mesmo antes do transplante, sentindo *“mal estar, qualquer esforço sinto falta de ar. Se não fosse o pulmão, estaria 100%”*. A paciente também se queixou de problemas sexuais, pois a mesma afirmou *“a questão sexual diminuiu”*. Frente a essa queixa, o pesquisador a orientou a procurar um atendimento psicológico e orientação médica.

O paciente 12, embora seja aposentado, afirmou que irá voltar a trabalhar no ramo de imobiliária *“sentado, com serviços mais leves”*. Já a participante 14 relatou que o transplante ofereceu qualidade de vida, pois antes tinha *“muitos inchaços pelo corpo e a barriga doía”*.

O paciente 20, também aposentado, mencionou que quer voltar a trabalhar com serviço de *“ferramenta leve”*. Antes do transplante, relatou ter ascite (barriga d’água) acentuada.

A paciente 22 relatou ser muito ativa, já que dança e pratica atividades físicas. A participante 24, que possui 16 anos de transplante, afirmou: *“até 14 anos de transplante, eu não sentia nada, de dois anos para cá, a minha qualidade de vida diminuiu”*.

A partir dessas falas, é possível verificar a importância dos estudos que tem por objetivo aprimorar as questões biopsicossociais dos pacientes em períodos pré e após o transplante hepático. Tais estudos devem ser realizados para elevar a funcionalidade dos mesmos ao retorno de suas atividades produtivas (Lopes, 2019).

Em relação aos domínio social avaliado pelo Whoqol-bref, o escore médio obtido pelos participantes da pesquisa atual foi satisfatório (78,89%). Isso é indício de que os pacientes dessa pesquisa apresentam uma boa rede de apoio social, que pode ser entendida como uma estratégia de enfrentamento positiva para situações de alta complexidade como, por exemplo: o período pré-transplante, o durante e o após tal procedimento cirúrgico.

Aguiar et al. (2018) avaliaram o aspecto psicossocial de qualidade de vida em pacientes antes e após o transplante de fígado. Os resultados dessa pesquisa mostram que os pacientes receptores do transplante hepático tiveram uma melhora expressiva da percepção da qualidade de vida quanto aos aspectos psicossociais. Vale observar que tais resultados vão de encontro com os da pesquisa atual.

O presente estudo refere-se a percepção individual dos participantes sobre as suas condições de vida (análise subjetiva). Tal fato mostra a diferença conceitual entre os instrumentos que indicam os fatores objetivos e subjetivos: o primeiro busca elementos vinculados a indicadores quantitativos gerais da população, já o segundo investiga a

percepção da população em relação aos componentes selecionados (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

É importante citar também um estudo descritivo (Leite et al., 2019), do tipo transversal com 258 participantes submetidos ao transplante de órgãos em que foi utilizado o instrumento Whoqol-bref e um questionário socioeconômico. Os resultados mostraram que o paciente transplantado hepático apresentou diferença significativa na autoavaliação em relação a outros transplantados.

Foi discutido (Leite et al., 2019) que o transplante tem como consequência a reabilitação, proporcionando aos pacientes ter prazeres que lhes eram comprometidos por conta da doença e, puderam gradualmente ser retomados. A conclusão desse estudo é que o nível de percepção da qualidade de vida dos participantes foi satisfatório e o transplante hepático foi um fator que influenciou para tal avaliação. Essa conclusão e discussão estão de acordo com os resultados obtidos na pesquisa atual.

Outro exemplo de estudo (Silva, 2017) é o que avaliou a qualidade de vida em pacientes que estavam em lista de espera e após seis meses que foi realizado o transplante de fígado. Como participantes, foram 42 pacientes que estavam em acompanhamento ambulatorial através do serviço de transplante de órgãos do HC-FMUSP. Os resultados indicaram a melhora da qualidade de vida após a realização do transplante. Isso vai de encontro com os resultados da pesquisa atual (Racy, 2020), levando em conta que houve uma comparação do escore de qualidade de vida com outro grupo de pacientes que não haviam realizado o transplante (Racy, 2017).

Os dados obtidos dessas pesquisas, inclusive da atual, concordam com o que Straub (2005) menciona sobre os objetivos da atuação do psicólogo da saúde, isto é: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Isso tem a ver com a análise da qualidade de vida, bem como aos níveis de percepção dos pacientes cirróticos e candidatos ao

transplante de fígado. No caso, esse procedimento cirúrgico tem exercido grande importância, tanto na sobrevivência, quanto na qualidade de vida de pacientes com doenças hepáticas graves (Mendes et al., 2016)

Conclusão

O tratamento do paciente transplantado tem o objetivo de promover: a manutenção de uma alimentação balanceada, a abstinência alcoólica, ao uso de medicamentos na quantidade certa e nos horários adequados, ao retorno nas consultas junto a realização de exames pertinentes, entre outros aspectos relacionados à adesão ao tratamento. Isso pode ser conduzido a partir de uma equipe multiprofissional especializada, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

Avaliar a qualidade de vida em pacientes transplantados traz benefícios à saúde pública no sentido de constatar problemas e aprimorar a eficácia quanto ao seu planejamento e tomadas de decisões. Em um grupo de pacientes com situações parecidas, é possível identificar as suas necessidades e pensar na humanização quanto à rede de assistência junto com promoção de saúde e melhoria dos cuidados.

A atuação do psicólogo da saúde no contexto hospitalar é de extrema importância para os candidatos ao transplante de fígado ou que estejam em acompanhamento após o transplante. Esse profissional pode oferecer um espaço de: escuta, suporte emocional, acolhimento e orientações visando o bem-estar biopsicossocial e espiritual. Isso tem a ver com a compreensão do contexto no qual o sujeito está inserido, bem como os seus aspectos físicos, emocionais, afetivos, sociais e as crenças do mesmo (inclusive a questão espiritual), que podem ser estratégias de enfrentamento para situações difíceis.

Tais formas de intervenção podem ocorrer por meio de: grupos de sala de espera das consultas ambulatoriais: tanto para os pacientes, quanto para os acompanhantes (“cuidar do cuidador”); psicoeducação a respeito de estilos/ hábitos saudáveis de vida, atendimentos em leitos, psicoterapia para pacientes e familiares, avaliação psicológica de candidatos ao transplante de fígado, entre outras. Isso tem a ver com promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação tendo como enfoque a qualidade de vida.

No presente estudo, constatou-se que os índices qualidade de vida dos pacientes transplantados, de uma maneira geral, foram considerados superiores em comparação com os escores do outro grupo de pacientes com o diagnóstico de cirrose. Pode-se concluir que o transplante é um procedimento que ofereceu qualidade de vida, uma vez que uma quantidade considerável da amostra em questão pode retornar as suas atividades instrumentais de vida diária.

Dado tal fato, é de grande importância que políticas públicas de saúde continuem investindo em pesquisas e recursos voltados ao transplante hepático. Vale ressaltar que esse é um procedimento de alta complexidade, no entanto, pode favorecer que um paciente mude de uma condição com baixa expectativa de vida e evolua para uma condição de vida com qualidade.

Referências

- Aguiar, M. I. F., Alves, N. P., Braga, V. A. B., Souza, A. M. A., Araújo, M. A. M., & De Almeida, P. C. (2018). Aspectos psicossociais da qualidade de vida de receptores de transplante hepático. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), 01-11.
- Aguiar, M. I. F., & Braga, V. A. B. (2012). O significado do transplante de fígado para o paciente em lista de espera: abordagem fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(4), 485-494.
- Aguiar, M. I. F., & Braga, V. A. B. (2011). Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3), 413-21.
- Aguiar, M. I. F., Farias, D. R., Pinheiro, M. L., Chaves, E. S., Rolim, I. L. T. P., & Almeida, P. C. D. (2011). Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. *Arq Bras Cardiol*, 96(1), 60-67.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). Qualidade de vida: definições e conceitos. In: *Qualidade de vida* (pp. 14-59). São Paulo: Escola de artes, ciências e humanidades – EACH/USP.
- Alves, G. A., Baldessan, M. Z., Pereira G. W., Kuehlkamp V. M., Clarissa Hilzendeger C., & Silva J. (2012). Quality of life of patients with hepatitis C. *Ver. Bra Med Tro.*, 45(5): 553-557.
- Andrade, M. A.; Fontes, M. L.; Almeida, T. F.; Araujo, J. S.; Cartaxo, Carla K. A., & Oliveira, P. G. (2014). Assistência Humanizada ao Paciente Portador de Cirrose Hepática– Relato de Experiência, p. 203. In: *Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde* [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.2]. São Paulo: Blucher.

- Arruda, C. B. (2016). Impulsividade e seu impacto no prognóstico de pacientes submetidos a transplante hepático em um centro de referência de Salvador, Bahia, Brasil. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Azevedo, S. F., Lopes, A. S., Borgatto, A. F., & Guimarães, A. C. A. (2014). Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1): 60.
- Carneiro, J., & Junqueira, C. L. (2004). *Histologia básica*. (10. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- De Almeida Elaine, A. M. N., Ataíde, C., Udo, E. Y., Boin, I. D. F. S. F., Mei, M. D. F. T., & Portugal, T. C. M. (2016). Aspectos emocionais e psicossociais de pacientes submetidos a transplante hepático. *Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC*, (5), 204-204.
- De Oliveira, P. C., Deta, F. P., Paglione, H. B., Mucci, S., Schirmer, J., & Roza, B. A. (2019). Adesão ao tratamento no transplante de fígado: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24: e58326.
- Fleck, M. P. A., Louzada S., Xavier M., Chamovich E., Vieira G., Santos L., & Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 34(2),178-183.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In: *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Garbin, C. A. S., Villar, L. M., Rovida, T. A. S., De Souza, N. P., & Garbin, A. J. I. (2014). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença hepática crônica. *Revista de Odontologia da UNESP*, 43(Especial), 0-0.
- Gonçalves, C. F. F. (2002). *Estatística*. Londrina: UEL.
- Hospital de Base. (2019). Equipes do Transplante Fígado do HB ganham moção de aplausos da Câmera por excelência nos serviços prestados. Recuperado em 28 Setembro, 2020, de

<https://www.hospitaldebase.com.br/noticia/equipes-do-transplante-figado-do-hb-ganha-mocao-de-aplausos-da-camera-por-excelencia-nos-servicos-prestados>.

Leite, A. M. C., De Souza, P. S. A., Costa, J. R., De Melo, R. A., Carvalho, F. O., & De Moura, J. C. (2019). Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes transplantados. *Revista Cuidarte, 10* (2).

Lopes, G. C. (2019). Retorno ao trabalho após o transplante hepático. (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

Mendes, K. D. S., Lopes, N. L. C., Fabbris, M. A., & Galvão, C. M. (2016). Sociodemographic and clinical characteristics of candidates for liver transplantation. *Acta Paulista de Enfermagem, 29*(2), 128-135.

Mota, L., & Novais, S. (2016). Fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa submetida ao transplante de fígado: revisão integrativa. *Revista Evidências, 3*, 19-31.

Parolin, M. B., Coelho, J. C. U., Costa, P. B., Pimentel, S. K., Santos-Neto, L. E., & Vayego, S. A. (2001). Retorno ao trabalho de pacientes adultos submetidos a transplante de fígado. *Arquivos de gastroenterologia, 38*(3), 172-175.

Pedroso, B., Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L., & Picinin, C. T. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida, 2*(1), 31-36.

Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & dos Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte, 26*(2), 241-250.

Racy, N. R. J. (2017). Análise de qualidade de vida em pacientes com o diagnóstico de cirrose. (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Rocha, H. G. (2017). Fatores psicossociais relacionados à manutenção da abstinência

- alcoólica no pós-transplante hepático. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Rubim, A., Chang, C., Haine, M., Ferraz, N., Souza, O., Reis, S., & Nunes, C. P. (2019). Ascite: complicação da cirrose. *Revista caderno de medicina*, 2(1), 148-156.
- Sherlock, S., & Dooley, J. (2004). *Doenças do fígado e do sistema biliar*. (11. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Silva, J. D. (2017). O impacto da doença hepática e do transplante de fígado na qualidade de vida. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, A. O., & Santo, G. C. (2001). Carcinoma hepatocelular: lesões pré-neoplásicas – visão clínica. In: *Doenças do fígado*. (pp. 779- 783). Rio de Janeiro: Revinter.
- Silveira, L. R., Iser, B. P. M., & Bianchini, F. Fatores prognósticos de pacientes internados por cirrose hepática no Sul do Brasil (2016). *GED gastroenterologia endoscopia digestiva*, 35(2), 41-51.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment (1998). *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization (1995). *Soc Sci Med*; 41, 1403-10.
- Yamamoto, L. K., Ochi, P., Suhett, W. G., Cazangi, D., Mendes, L. M. P., & Pereira-junior, O. C. M. (2014). Cirrose Hepática–Revisão Bibliográfica e Relato de Caso. *Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública*, 1(1).

Apêndice 1
Questionário de Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

Diagnóstico (antes Tx): _____

Tempo de tratamento: _____

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa: “Qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante hepático”, sob a responsabilidade do pesquisador Psicólogo Nader Raduan Jorge Racy, a qual pretende avaliar a qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante hepático e que estão em tratamento no Hospital de Base de São José do Rio Preto na equipe do Transplante de Fígado. Sua participação é voluntária e se dará por meio da resposta de dois questionários autoexplicativos: um de identificação e outro referente a como o(a) Sr(a) percebe o seu estado de saúde, chamado de WHOQOL Bref. Esse é um questionário com 26 questões que avalia os seguintes domínios relacionados à qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Se você precisar de ajuda para respondê-los, o pesquisador ajudará no que for necessário. Se o(a) Sr (a) aceitar participar, estará contribuindo para avaliar a real necessidade dos pacientes transplantados, haja vista que os objetivos dos profissionais da saúde em relação aos pacientes são: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Os riscos do(a) Sr(a) participar da pesquisa são mínimos e podem estar relacionados ao constrangimento do(a) Sr(a) ao responder os instrumentos, o que será controlado garantindo-lhe o direito de não participar do estudo. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador Nader Raduan Jorge Racy no endereço: Rua Boa Vista, 637, apartamento 01, CEP: 15025-010- São José do rio Preto- S.P, pelo telefone (17) 997140602 e pelo email: nracy@hotmail.com. Esse termo está feito em duas vias: uma ficará com o(a) Sr(a) e outra ficará com o pesquisador, ambas devidamente assinadas.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Anexo 1

Whoqol Bref- Versão Reduzida traduzida para o Português

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

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

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

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

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

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua	1	2	3	4	5

	qualidade de vida?					
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para	1	2	3	4	5

	seu dia-a-dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2

Parecer emitido pelo CEP da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1325973.pdf	25/09/2019 09:32:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_cep.pdf	25/09/2019 09:30:05	NADER RADUAN JORGE RACY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_cep.pdf	25/09/2019 09:29:18	NADER RADUAN JORGE RACY	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_famerp.pdf	29/07/2019 11:32:08	NADER RADUAN JORGE RACY	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decla.pdf	27/06/2019 21:04:01	NADER RADUAN JORGE RACY	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador(a))