

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003730016>

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA QUALIDADE DE VIDA DE RECEPTORES DE TRANSPLANTE HEPÁTICO¹

Maria Isis Freire de Aguiar², Naiana Pacífico Alves³, Violante Augusta Batista Braga⁴, Ângela Maria Alves e Souza⁵, Michell Ângelo Marques Araújo⁶, Paulo César de Almeida⁷

¹ Artigo extraído da tese - Qualidade de vida pós-transplante de fígado em um centro de referência no nordeste do Brasil, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2014.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: naianapacifico@outlook.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: violantebraiga@superig.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: amasplus@yahoo.com.br

⁶ Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem. UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: micenf@yahoo.com.br

⁷ Doutor em Saúde Pública. Professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: pc2015almeida@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a dimensão psicossocial da qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante hepático.

Método: estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com 150 pacientes submetidos ao transplante de fígado em seguimento a partir do sexto mês, no ambulatório de um centro de referência em transplante hepático. A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um instrumento com dados sociodemográficos/clínicos e do questionário *Liver Disease Quality of Life*. Foi utilizada análise estatística descritiva, teste t de Student para comparação das médias dos domínios e Games-Howell para comparações múltiplas.

Resultados: houve melhoria nos níveis de qualidade de vida pós-transplante nos quatro domínios avaliados (<0,0001), com maior elevação de escores para os domínios: preocupação (55,5 vs 87,9) e estigma da doença hepática (58,6 vs 93,7).

Conclusão: o estudo demonstrou que os pacientes submetidos ao transplante hepático obtiveram uma melhoria significativa da percepção da qualidade de vida no que diz respeito à dimensão psicossocial, sendo mais perceptiva nos domínios preocupação e estigma da doença hepática.

DESCRITORES: Transplante de fígado. Qualidade de vida. Avaliação em saúde. Insuficiência hepática. Impacto psicossocial. Enfermagem.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF QUALITY OF LIFE OF HEPATIC TRANSPLANT RECEIVERS

ABSTRACT

Objective: to assess the psychosocial dimension of patients' quality of life before and after a hepatic transplantation.

Method: descriptive, cross-sectional study of quantitative approach, with 150 patients submitted to a liver transplantation being monitored from the sixth month, in the outpatient clinic of a reference center in hepatic transplantation. The data collection was carried out through an instrument with sociodemographic/clinical data and the *Liver Disease Quality of Life* questionnaire. The descriptive statistical analysis, Student's t-test for comparison of domain means, and Games-Howell for multiple comparisons have been used.

Results: there was improvement in the post-transplant quality of life in the four domains evaluated (<0.0001), with higher scores for the domains: health distress (55.5 vs 87.9) and stigma of hepatic disease (58.6 vs 93.7).

Conclusion: the study has demonstrated that patients submitted to a liver transplantation had a significant improvement in the perception of quality of life regarding the psychosocial dimension, being more perceptive in the areas of health distress and stigma of hepatic disease.

DESCRIPTORS: Liver transplantation. Quality of life. Health assessment. Hepatic insufficiency. Psychosocial impact. Nursing.

ASPECTOS PSICOSOCIAIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

RESUMEN

Objetivo: evaluar la dimensión psicosocial de la calidad de vida de los pacientes antes y después del trasplante hepático.

Método: estudio descriptivo, transversal y con un abordaje cuantitativo con 150 pacientes sometidos al trasplante de hígado y en seguimiento a partir del sexto mes, en el ambulatorio de un centro de referencia en trasplante hepático. La obtención de datos se realizó a partir de la aplicación de un instrumento con datos sociodemográficos/clínicos y del cuestionario *Liver Disease Quality of Life*. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo, la prueba t de Student para la comparación de los promedios de los dominios y Games-Howell para las comparaciones múltiples.

Resultados: hubo mejoras en los niveles de calidad de vida post-trasplante en los cuatro dominios evaluados ($<0,0001$), con una elevación mayor de resultados para los dominios preocupación (55,5 vs 87,9) y estigma de la enfermedad hepática (58,6 vs 93,7).

Conclusión: el estudio demostró que los pacientes sometidos al trasplante hepático consiguieron una significativa mejora de la percepción de la calidad de vida en relación a la dimensión psicosocial, siendo más perceptivo en los dominios de preocupación y estigma de la enfermedad hepática.

DESCRIPTORES: Trasplante de hígado. Calidad de vida. Evaluación en salud. Insuficiencia hepática. Impacto psicosocial. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A doença hepática irreversível está associada à alta morbidade e mortalidade, com declínio progressivo em sua qualidade de vida, relacionada aos sintomas físicos e implicações psicológicas e sociais, levando a indicação de transplante de fígado como única alternativa de sobrevivência.¹

As transformações e limitações impostas pela condição crônica e pela necessidade de realização do transplante trazem para os pacientes a necessidade de adaptação a uma nova realidade, tendo que se ajustarem às mudanças nos vários campos da sua vida, sendo fundamental o apoio da equipe multiprofissional, especialmente, do enfermeiro, que lida diretamente com esta clientela, em todas as etapas do processo de transplante hepático.

O Brasil tem se destacado na área de transplantes em nível internacional, estando em segundo lugar em número absoluto de transplantes de rim e fígado no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram realizados 1.880 transplantes de fígado em 2016.²

Diante dessa realidade, o transplante de fígado atualmente representa uma modalidade terapêutica substitutiva que traz a possibilidade de sobrevivência e melhoria na qualidade de vida para os pacientes que estão na fila de espera.

As mudanças na qualidade e estilo de vida, provocadas pela hepatopatia crônica e necessidade de inclusão numa lista de espera para o transplante, favorecem o aparecimento de dificuldades subjetivas, como desesperança, ansiedade, diminuição da autoestima, entre outras, que exigem uma reorganização da dinâmica pessoal, familiar e social, necessitando de compreensão e apoio daqueles que lidam diretamente com esse paciente, incluindo-

se a família, os amigos e os profissionais da saúde que o assistem.

O papel do enfermeiro no acompanhamento dos pacientes em processo de transplante hepático é de fundamental importância para o auxílio do enfrentamento de mudanças, prestando-lhes cuidados individualizados e oferecendo suporte, por meio dos quais as necessidades da família e do paciente possam ser atendidas. Considera-se de fundamental importância a atuação do enfermeiro na educação em saúde desses pacientes, dando suporte para o autocuidado e informações suficientes e adequadas para que a família possa colaborar com a sua recuperação e reintegrá-lo à sociedade.

Conhecer os fatores que influenciam na qualidade de vida dessas pessoas e de que forma vivenciam essa experiência é passo essencial na busca por uma assistência que vise atender as necessidades dos seres humanos numa abordagem holística e oferecer uma melhor qualidade do cuidado.

Qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.³ O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, envolvendo aspectos históricos, culturais e sociais, que determinam o padrão de conforto e bem-estar por uma sociedade.

Para este estudo foi escolhido o *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL), por ser um instrumento traduzido e validado para a população brasileira, que permite aplicação em portadores de hepatopatia crônica de qualquer etiologia, em diferentes graus de gravidade da doença e que foram submetidos ao transplante, visando mensurar vários aspectos da qualidade de vida de pacientes.⁴

Estudos que avaliaram a qualidade de vida em receptores de transplante de fígado demonstraram impacto positivo do transplante de fígado na qualidade de vida.⁵⁻⁶ No entanto, apesar das repercussões esperadas pela doença hepática e em decorrência dos tratamentos para esses pacientes, ainda percebe-se escassez de estudos para avaliação da qualidade de vida entre pacientes submetidos ao transplante hepático no Brasil, sendo pertinente a realização de mais estudos para melhor compreensão do impacto sofrido e dos efeitos do tratamento cirúrgico em diferentes dimensões, incluindo os aspectos psicossociais.

Dessa forma, justifica-se a utilização de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida, funcionando como parâmetro para analisar o impacto da doença e do tratamento no cotidiano das pessoas, considerando o funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, a repercussão de sintomas e a percepção individual de bem-estar servindo, ainda, como critério na avaliação da efetividade do transplante. Acredita-se na hipótese de que o transplante de fígado proporciona melhoria dos aspectos psicossociais da qualidade de vida dos receptores. Assim, o objetivo foi avaliar a dimensão psicossocial da qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante hepático.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Transplante de Fígado do Ceará/Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), referência nacional em transplante de fígado.

O tamanho da população considerou o número de pacientes submetidos ao transplante hepático no período de dez anos de funcionamento da unidade, que permaneceram vivos, excetuando-se os menores de 18 anos, totalizando 425 pacientes. Foi realizado o cálculo para a amostra finita, com o coeficiente de confiança de 95% e um erro amostral de 4%, resultando em 138 pacientes. Foram utilizados os critérios de inclusão: pacientes submetidos ao transplante hepático há no mínimo seis meses, com idade a partir de 18 anos e em acompanhamento regular no serviço de transplante. No total, 150 pacientes participaram da pesquisa, superando a amostra necessária.

Foram excluídos receptores transferidos para outros Estados, pacientes submetidos aos transplantes de fígado por hepatite fulminante ou duplo fígado-

do-rim, com deficiência auditiva e distúrbio mental que dificultasse a compreensão do instrumento.

A coleta de dados foi realizada de julho de 2012 a janeiro de 2013, com aplicação de um instrumento produzido pelos pesquisadores, contendo aspectos sociodemográficos (sexo, idade, raça, estado civil, nível de instrução, ocupação e renda), clínicos (etiologia, *Model for End-stage Liver Disease - MELD*, *Child-Turcotte-Pugh - CTP*, comorbidades, complicações, tempo em lista e de transplante) e o questionário *Liver Disease Quality of Life (LDQOL)*, um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida nas doenças hepáticas, traduzido e validado para população brasileira,⁷ no qual as questões são respondidas avaliando a frequência, intensidade ou concordância de afirmações em uma escala tipo Likert, com escores que variam de 0 a 6 pontos, que foram convertidos em escala de 0 a 100 para cálculo das médias, na qual valores mais elevados representam maior qualidade de vida. O questionário completo contempla 12 domínios que avaliam diferentes aspectos, contudo, para atender aos objetivos desta pesquisa foram utilizados os domínios Qualidade da interação social, Preocupação com a doença, Isolamento e Estigma da doença hepática.

O LDQOL poderia ser autoaplicado, no entanto, por preferência dos pacientes, foi aplicado pelos pesquisadores, após o sexto mês de transplante, no momento em que compareciam às consultas de seguimento do pós-operatório, no ambulatório de transplante hepático, e foi aplicado duas vezes para cada paciente: a primeira, considerando o período pré-transplante vivenciado pelo paciente e, em seguida, a avaliação da qualidade de vida atual (após o transplante).

Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 13.0. Para análise de dados sociodemográficos e clínicos, utilizou-se estatística descritiva, por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%). A comparação das médias antes e depois do transplante foi realizada pelo teste t de Student. A análise de variância (Anova) foi utilizada para comparação das médias entre os grupos de variáveis clínicas, sendo complementada com o teste de comparações múltiplas de Games-Howell. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

Este estudo foi desenvolvido de acordo com os preceitos éticos nacionais e internacionais envolvendo seres humanos, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC, sob protocolo nº 041.06.12.

RESULTADOS

No que se refere aos aspectos sociodemográficos, entre os pacientes submetidos ao transplante de fígado, observou-se a predominância do sexo masculino (n=120; 80%) e da faixa etária entre 40 a 59 anos com 47,3% (n=71) dos participantes, seguida de 60 a 76 (n=51; 34%), com média de 52,4 anos. Em relação à raça, constatou-se maior proporção de cor parda (n=90; 60%) e branca (n=45; 30%); quanto ao estado civil, 68% (n=102) dos participantes relataram viver com o companheiro, dentre estes, 64% casados e 4% em união consensual.

Os dados referentes ao grau educacional dos participantes revelaram que a maioria (n=56; 37,3%) completou entre dez e 12 anos de estudo, seguida de um a nove (n=48; 32%) e 13 a 18 (n=34; 22,7%), sinalizando um nível de instrução intermediário, considerando que a média foi de 9,8 anos.

Em relação à ocupação, observou-se que 38,7% (n=58) encontravam-se ativos profissionalmente e 61,3% (n=92) eram inativos, dos quais 35,3% eram aposentados seja pela idade ou pela condição física, 16% eram pensionistas ou estavam afastados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e 10% não exercia nenhum tipo de atividade fora do domicílio.

A maioria dos participantes referiu renda de até dois salários mínimos (SM) com 43,3% (n=65), seguida de três a quatro SM (n=38; 25,3%) e cinco a dez SM (n=20; 13,3%).

Em relação às variáveis clínicas, identificou-se como etiologia predominante da doença hepática o uso de álcool (38,7%), seguido por hepatite C (28%) e cirrose criptogênica (14,7%).

A maioria apresentou a última medida de MELD antes da cirurgia igual ou maior que 15 (77,3%), porém o valor de MELD não interferiu sig-

nificativamente nos resultados de qualidade de vida pós-transplante. Na escala CTP, houve predomínio de nível C (37,3%) e B (50,7%), além de A (6%) e sem registro (6%). Pacientes com CTP C obtiveram menores médias do que os pacientes com A e B, indicando diferença significativa com base na comparação multivariada entre os grupos CTP C e A para os domínios: interação social (62,9 vs 80,5; p=0,023) e estigma da doença (49,2 vs 77,4; p=0,043) e entre os grupos CTP C e B para: interação social (62,9 vs 70,9; p=0,038) e estigma (49,2 vs 62,5; p=0,050).

Foi verificado que 53,3% dos participantes do estudo apresentavam algum tipo de comorbidade, com alta prevalência para diabetes mellitus (30,7%) e hipertensão arterial sistêmica (22%), além de outras doenças somando 16,7%, sendo encontradas diferenças significativas entre os grupos com e sem hipertensão nos domínios preocupação (82,4 vs 89,4; p=0,021) e isolamento (90,7 vs 97,4; p=0,006).

As complicações pós-operatórias foram observadas em 51,3%, com maior incidência para infecções (18,7%), complicações vasculares (14%), rejeição (11,3%) e complicações biliares (7,3%). A rejeição foi associada com a redução das médias dos pacientes nos domínios qualidade da interação social (78,1 vs 84,5; p=0,023) e preocupação (77,0 vs 89,2); p=0,002).

O tempo de transplante variou de 6 a 117 meses, com média de 36,9 meses e o tempo de espera na lista de transplante variou de um dia a 67 meses, com média de 8,7 meses e ambos não demonstraram influência na qualidade de vida (QV) dos indivíduos submetidos ao transplante de fígado.

Os dados referentes aos aspectos de cada domínio de qualidade de vida avaliados neste estudo pelo instrumento *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL), antes e depois do transplante, estão apresentados nas tabelas 1 a 4.

Tabela 1 - Distribuição da frequência do domínio Qualidade da interação social referente à qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante de fígado. Fortaleza, CE, Brasil, 2013. (n=150)

Aspectos do domínio Qualidade da interação social	%				
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raríssimas vezes	Nunca
Antes					
Isolou-se das pessoas.	2,0	10,7	17,3	0,7	69,3
Foi carinhoso com as pessoas.	14,7	34,7	30,0	17,3	3,3
Irritou-se com as pessoas.	2,7	28,7	30,7	20,0	18,0
Pediu coisas não razoáveis a seus amigos ou membros da família.	-	4,7	14,0	4,0	77,3
Foi uma pessoa muito comunicativa.	35,3	34,0	16,0	13,3	1,3
Depois					
Isolou-se das pessoas.	-	0,7	2,0	2,0	95,3
Foi carinhoso com as pessoas.	26,0	46,7	24,0	2,0	1,3

Aspectos do domínio Qualidade da interação social	%				Nunca
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raríssimas vezes	
Irritou-se com as pessoas.	-	2,0	26,7	39,3	32,0
Pediu coisas não razoáveis a seus amigos ou membros da família.	-	0,7	0,7	0,7	98,0
Foi uma pessoa muito comunicativa.	48,7	40,7	5,3	4,0	1,3

Os dados referentes ao domínio Qualidade da interação social demonstraram que houve aumento de respostas positivas entre os participantes antes e após o transplante hepático, com maior destaque

para: nunca se isolaram das pessoas (69,3% vs 95,3%) e nunca pediram coisas não razoáveis (77,3% vs 98%), além da queda na frequência da irritação.

Tabela 2 - Distribuição da frequência do domínio Preocupação com a doença referente à qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante de fígado. Fortaleza, CE, Brasil, 2013. (n=150)

Aspectos do domínio Preocupação	%				Nunca
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raríssimas vezes	
Antes					
Sentiu-se desencorajado em virtude de sua doença hepática?	2,7	26,7	22,7	4,7	43,3
Sentiu-se frustrado em virtude de sua doença hepática?	2,7	21,3	19,4	9,3	47,3
Preocupou-se com sua doença hepática?	19,3	36,0	22,7	10,7	11,3
Sentiu-se depreciado em virtude de sua doença hepática?	8,0	24,0	12,7	8,0	47,3
Depois					
Sentiu-se desencorajado em virtude de sua doença hepática?	1,3	-	6,7	3,3	88,7
Sentiu-se frustrado em virtude de sua doença hepática?	1,3	-	4,0	1,3	93,3
Preocupou-se com sua doença hepática?	2,0	10,0	27,3	18	42,7
Sentiu-se depreciado em virtude de sua doença hepática?	-	0,7	3,3	3,3	92,7

Com relação ao domínio Preocupação com a doença, observou-se redução da ocorrência da maioria dos aspectos entre os momentos antes e depois do transplante, no qual os pacientes afirmaram nunca ter apresentado sentimentos de desencorajamento (43,3% vs 88,7%), frustração (47,3% vs 93,3%)

e depreciação em virtude de sua doença hepática (47,3% vs 92,7%), além de mudança no padrão de respostas do aspecto preocupação, em que antes 45,3% afirmaram preocupar-se todo o tempo ou maior parte e depois 42,7% passaram a nunca se preocupar com a doença hepática.

Tabela 3 - Distribuição da frequência do domínio Isolamento referente à qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante de fígado. Fortaleza, CE, Brasil, 2013. (n=150)

Aspectos do domínio Isolamento	%				Nunca
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raríssimas vezes	
Antes					
Não teve companhia?	4,0	2,7	6,7	2,0	84,7
Não teve ninguém com quem contar?	2,0	2,7	5,3	0,7	89,3
Sentiu-se abandonado?	-	6,0	8,0	1,3	84,7
Sentiu isolado dos outros?	0,7	9,3	9,3	2,7	78,0
Conseguiu encontrar companhia quando precisou?	88,0	4,7	4,0	2,7	0,7
Depois					
Não teve companhia?	4,0	2,0	2,0	2,7	89,3
Não teve ninguém com quem contar?	1,3	0,7	2,7	3,3	92,0
Sentiu-se abandonado?	-	1,3	0,7	2,0	96,0
Sentiu isolado dos outros?	-	1,3	1,3	2,0	95,3
Conseguiu encontrar companhia quando precisou?	93,3	4,7	1,3	-	0,7

O domínio Isolamento revelou índices elevados de qualidade de vida com valores similares antes e depois do transplante, havendo acréscimo mais evidentes na frequência no período pós-transplante para nunca sentir-se com sentimento de abandono (84,7% vs 96%) ou isolado dos outros (78% vs 95,3%).

Tabela 4 - Distribuição da frequência do domínio Estigma da doença hepática referente à qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante de fígado. Fortaleza, CE, Brasil, 2013. (n=150)

Aspectos do domínio Estigma da doença hepática	%				
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raríssimas vezes	Nunca
Antes					
Algumas pessoas me evitam por causa da minha doença.	26,7	8,7	0,7	3,3	60,7
Sinto vergonha de minha aparência.	32,7	7,3	-	0,7	59,3
Evito me expor em virtude de minha doença hepática.	31,3	8,0	0,7	4,7	55,3
Algumas pessoas sentem-se incomodadas quando estão comigo por causa de minha doença hepática.	20,0	12,0	3,3	4,7	60,0
Minha doença faz com que eu me sinta deslocado em público.	22,7	11,3	1,3	2,0	62,7
Sinto-me prejudicado e incompleto em virtude de minha doença hepática.	54,7	14,0	0,7	2,0	28,7
Depois					
Algumas pessoas me evitam por causa da minha doença.	0,7	3,3	2,6	0,7	92,7
Sinto vergonha de minha aparência.	0,7	1,3	-	1,3	96,7
Evito me expor em virtude de minha doença hepática.	1,3	2,7	-	3,3	92,7
Algumas pessoas sentem-se incomodadas quando estão comigo por causa de minha doença hepática.	1,3	2,7	1,3	2,0	92,7
Minha doença faz com que eu me sinta deslocado em público.	-	-	-	2,0	98,0
Sinto-me prejudicado e incompleto em virtude de minha doença hepática.	7,3	14,0	-	2,7	76,0

No domínio Estigma da doença hepática, observou-se redução da ocorrência da maioria dos aspectos avaliados entre o período antes e depois do transplante, com maior destaque para nunca sentir vergonha da aparência (59,3% vs 96,7) e nun-

ca evitar se expor em virtude da doença hepática (55,3% vs 92,7%).

As médias dos domínios que envolvem os aspectos psicossociais da qualidade de vida avaliados antes e depois do transplante são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Análise dos domínios de qualidade de vida da escala LDQOL* antes e depois do transplante de fígado. Fortaleza, CE, Brasil, 2013. (n=150)

LDQOL Domínios	Pré-transplante	Pós-transplante	p
	Média ± Desvio padrão		
Interação social	69,0 ± 18,9	83,8 ± 11,0	<0,0001
Preocupação com a doença	55,5 ± 28,8	87,9 ± 15,5	<0,0001
Isolamento	90,1 ± 18,7	95,9 ± 12,5	<0,0001
Estigma da doença hepática	58,6 ± 33,0	93,7 ± 11,4	<0,0001

*LDQOL= Liver Disease Quality of Life

A análise da comparação dos domínios de qualidade de vida dos pacientes no período pré e pós-transplante demonstrou melhoria significativa (p<0,05) nos níveis alcançados em todos os domínios avaliados pelo instrumento LDQOL.

Com base nos dados antes do transplante, os domínios que apresentaram menores escores na escala utilizada foram: preocupação (55,5) e estigma da doença hepática (58,6), indicando maior comprometimento para a qualidade de vida desses

indivíduos. A dimensão com melhor avaliação pelos participantes do estudo no pré-transplante foi isolamento (90,1).

A análise as diferenças entre as médias de respostas do período pré e pós-transplante, mostrou que houve maior elevação, estatisticamente significativa, no pós-transplante para os domínios: preocupação (55,5 vs 87,9) e estigma da doença hepática (58,6 vs 93,7), com variação de escores maior do que 30 pontos. Além disso, outras dimensões atingiram média acima de 90 após o transplante, incluindo isolamento, indicando alta satisfação da QV.

DISCUSSÃO

Qualidade da interação social e do Isolamento

No domínio Qualidade da interação social, os pacientes apresentaram maiores escores médios de QV no período pós-transplante (83,8) do que no período em que aguardavam a cirurgia (69,0).

Os resultados obtidos no pré-transplante foram diferentes dos encontrados em estudo de validação da versão hispânica do LDQOL, aplicado com 200 pacientes aguardando transplante de fígado, no qual foi encontrada média de escore de 84,2.⁴

Ao comparar esses dados com estudos envolvendo a aplicação do instrumento genérico SF-36, o domínio funcionamento social atingiu melhores escores após a cirurgia, com média de 61,62 no pré-transplante e 76,69 no pós-transplante.⁸

Destaca-se ainda que a maioria dos pacientes deste estudo foram classificados em altos níveis de gravidade da doença hepática pelo critério MELD e CTP, e os grupos com estágios mais avançados na escala CTP tiveram impacto negativo na interação social antes do transplante, conforme demonstrado em estudo brasileiro que analisou a influência da gravidade da doença hepática na qualidade de vida dos pacientes.⁹

Os resultados encontrados neste estudo chamam a atenção para as alterações de ordem psicológica e comportamental surgidas na fase da doença, como a irritabilidade e o isolamento, que dificultam a relação com familiares e amigos, afetando a dinâmica familiar e social, o que pode trazer repercussões após o transplante.

Durante a aplicação do LDQOL, alguns pacientes relataram as dificuldades no relacionamento familiar em virtude do período de sofrimento que passaram, no qual vivenciaram uma rotina de limitações físicas, crises de encefalopatia, consultas pe-

riódicas e internamentos, que demandava a presença constante de um familiar próximo, muitas vezes, o companheiro, que além de sentir-se sobrecarregado com demandas de cuidado, vivenciava a angústia da espera e o sofrimento junto ao ente querido.

Por outro lado, no domínio Isolamento, a maioria dos pacientes apresentou altos escores de qualidade de vida desde o período pré-transplante, com variação do escore de 90,1 para 95,9 no pós-transplante.

Esses resultados foram divergentes dos encontrados em estudo com 221 pacientes com indicação para transplante hepático, que encontrou valores menores, com média de 75,84.¹⁰

O envolvimento na vida familiar e social possibilita melhoria na dimensão social da qualidade de vida, destacando o importante papel da família na sua recuperação e no enfrentamento da condição vivenciada.¹¹

Pesquisa qualitativa realizada no Iran com portadores de cirrose hepática em estado crítico mostrou que os pacientes apresentaram baixa qualidade de vida e que não sentiram que receberam suporte da família, afirmando que desejavam criar um melhor relacionamento com os familiares como forma de reduzir as preocupações e melhorar o enfrentamento da doença.¹²

Um estudo realizado em Toscana, região localizada na Itália, com 225 receptores de transplante hepático, observou que somente 5,3% dos participantes revelaram isolamento social e 0,4% falta de suporte psicológico. A pesquisa revelou ainda que somente 4,8% dos pacientes afirmaram ter insuficiente suporte familiar, enquanto que 24% relataram não ter tido nenhuma dificuldade pessoal, social ou familiar. Apesar disso, o estudo constatou que 39,5% apresentaram depressão após o transplante, o que pode agravar ou contribuir para o isolamento social.¹³

Apesar de vários autores relatarem a importância do envolvimento familiar na qualidade de vida dos pacientes com doença hepática, em pesquisa realizada na França com oito pacientes transplantados hepáticos, alguns pacientes relataram que a família os trata como qualquer outra pessoa saudável após o transplante, no entanto, acreditam que os familiares não são capazes de entender todo o processo vivenciado pelo doente, pois não possuem a mesma experiência e, por isso, muitos pacientes não desejam compartilhar com os familiares os assuntos ou atividades relacionadas ao transplante hepático, o que pode influenciar negativamente na qualidade de vida do paciente.¹⁴

Destaca-se ainda que a presença da comorbidade hipertensão resultou em decréscimo dos escores de QV depois do transplante nos domínios Isolamento e Preocupação. Autores relataram que a prevalência de hipertensão, diabetes e hiperlipidemia aumenta continuamente depois do transplante, podendo interferir na sobrevida e qualidade de vida dos indivíduos.¹⁵

Preocupações com a doença

No domínio Preocupações com a doença observou-se índices, significativamente, mais baixos no período pré-transplante, com obtenção de altos níveis de qualidade de vida após o transplante, com média de escore de 55,5 e 87,9, respectivamente.

A avaliação deste domínio envolve a abordagem de sentimentos negativos apresentados pelos pacientes, como desencorajamento, frustração e depreciação, que podem estar relacionados às alterações psicológicas importantes no pré-transplante e impacto sobre sua qualidade de vida.

Muitos são os motivos de preocupações que acompanham a rotina de um paciente que necessita do transplante, desde a descoberta de uma doença crônica e incurável, debilidade física, mudanças na estrutura familiar, tempo de espera por um doador compatível, incerteza do resultado da cirurgia e medo do porvir.¹⁶ Para muitos, ainda soma-se a necessidade de ir em busca de um centro transplantador longe do seu lar.

Durante o tempo de espera, os pacientes enfrentam diversas mudanças no seu modo de vida, envolvendo limitações da vida social e atividades de lazer, incapacidade de realizar atividades diárias ou profissionais, restrições alimentares, dificuldades financeiras e ansiedade relacionada à cirurgia, que podem comprometer sua saúde mental e desencadear alterações psíquicas, sendo fundamental o apoio psicológico e psiquiátrico nas unidades de transplante.

Os resultados desta pesquisa foram similares a estudo com aplicação da escala LDQOL, que avaliou a qualidade de vida com pacientes que aguardavam o transplante de fígado e encontrou valores médios de 56,1 neste domínio.⁴

Estudo com 70 pacientes em lista de espera identificou sintomas psicopatológicos depressivos relevantes em 47% dos pacientes, com maior frequência para “sentir-se triste” (94%), seguido por “não sentir interesse em coisas” (91%), “sentimento de ser inútil ou não valer nada” (82%), “sentir-se sozinho” (73%) e “sentimento de desespero em

relação ao futuro” (30%). As alterações emocionais relatadas foram associadas significativamente as características desses pacientes, incluindo ausência de parceiro e abuso de álcool. Dentre os pacientes com perfil depressivo, 80% tinham uma percepção de disfunção familiar e 79% considerava o apoio familiar/social não funcional, demonstrando a relevância da participação da família no tratamento.¹⁷

Em estudo desenvolvido em Los Angeles, na Califórnia, com 196 receptores de fígado obtiveram médias proporcionais menores (4,84), na aplicação do instrumento *Post-Liver Transplant Quality of Life* (pLTQ), que utiliza uma escala variando de 1 a 7 escores.¹⁸

Em pesquisa realizada em Taiwan com pacientes submetidos ao transplante de fígado, os autores identificaram que sintomas depressivos expressivos ($p=0,005$) foram experimentados após a cirurgia, estando relacionados às preocupações com o transplante e afetando negativamente as atividades sociais relacionadas ao emprego e ao lazer que, por sua vez, contribuem para o bem-estar psicossocial e melhora na qualidade de vida dos transplantados. Dentre os pacientes, 20,8% apresentaram depressão, sendo 13,2% leve, 6,6% moderada e 1,0% depressão severa.¹⁹

Por outro lado, em estudo com uso do instrumento específico *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ), o grupo pós-transplante demonstrou melhora significativa nos escores em todos os domínios avaliados, envolvendo os aspectos físicos (fadiga, atividade, sintomas abdominais, sintomas sistêmicos), função emocional e preocupação.⁸

Apesar disso, é relevante considerar que pacientes transplantados podem sofrer ansiedade devido a preocupação com os efeitos colaterais do tratamento imunossupressor, dificuldades de adaptação a condições pós-transplante e preocupação com o risco de morte mesmo depois da cirurgia, devido ao medo de rejeição do órgão.¹⁴

A rejeição é uma importante causa de preocupação para os pacientes e um desafio a ser enfrentado pela equipe que assiste aos pacientes transplantados. Pesquisadores da Suécia cruzaram os resultados de um instrumento sobre a ameaça percebida do risco de rejeição do enxerto com um questionário de *coping* e SF-36 entre 229 receptores de rim, fígado, coração e pulmão, encontrando correlação com valores mais baixos de QV no domínio saúde mental e relação com dimensões negativas de *coping*: fatalismo, renúncia, protesto, isolamento social e intrusão.²⁰

Nesse sentido, a avaliação psicológica deve perpassar todo o período perioperatório, buscan-

do identificar precocemente possíveis alterações e oferecer tratamento interdisciplinar adequado às demandas surgidas em cada fase.

Estigma da doença hepática

O domínio Estigma da doença hepática sofreu grande variação, o qual apresentou média considerada muito baixa, com 58,6 no período pré-transplante, subindo para 93,7 no pós-transplante.

Com a evolução da gravidade da doença hepática, as manifestações clínicas trazem diversas mudanças físicas que alteram a imagem corporal dos doentes, que podem implicar na percepção de si mesmo e no relacionamento com os outros. Dentre os sinais mais comuns, pode-se incluir a icterícia, ressecamento da pele, aumento do volume abdominal em decorrência da ascite, perda de massa muscular, edema e surgimento de aranhas vasculares. Nos homens, também pode ocorrer a ginecomastia, o que causa constrangimento por estar associado a características de feminilidade.

Essas manifestações físicas, associadas às limitações sociais são extremamente estigmatizantes para os pacientes, que tendem a se sentir diferentes, discriminados e excluídos. Nas conversas com os participantes do estudo, alguns relataram o afastamento de amigos e parentes, após a descoberta e agravamento da doença, o que causou mágoa e ruptura de laços afetivos. Outros relataram que sentiam os olhares estranhos das outras pessoas, o que os faziam evitar sair de casa e limitar o convívio social.

Valores similares no pós-transplante foram obtidos em dois estudos que avaliaram a qualidade de vida com mesma escala, um realizado em Portugal, no qual os pacientes atingiram média de 90,5, após seis meses de cirurgia, e em outra pesquisa recente realizada na Espanha, que obteve média de 90,6.⁵⁻⁶

Associadas as alterações físicas, o imaginário social acerca da cirrose hepática na sociedade também reforça o estigma trazido pela doença. Em pesquisa qualitativa sobre as representações sociais de pessoas com cirrose hepática alcoólica, estes expressaram autoconceito negativo, angústia e insatisfação relacionadas às mudanças na sua imagem em decorrência do quadro clínico da doença, além de sentimentos de rejeição e baixa autoestima, associados ainda à questão da conduta moral inadequada pelo uso do álcool.²¹

O estigma da doença hepática é, muitas vezes, devido à concepção errada de que todos os pacientes com cirrose tem um histórico de abuso de álcool. Pesquisa realizada nos Estados Unidos, com 149

pacientes diagnosticados com cirrose alcoólica viral, esteatose hepática, dentre outras, indicou que 89% dos participantes perceberam algum tipo de estigma relacionado à doença hepática, principalmente, relacionado ao uso de álcool (82%) e culpabilidade por contrair a doença (72%), apesar de 12,1% não ter sido diagnosticado com cirrose alcoólica e 52,5% afirmarem que o diagnóstico não estava relacionado ao comportamento.²²

O mesmo estudo constatou que os pacientes que se sentiam mais estigmatizados foram os que tiveram menor suporte social ($p < 0,001$), sofriram mais depressão ($p < 0,001$), pior qualidade de vida ($p < 0,001$) e menor procura por cuidados médicos ($p = 0,001$), tendo 22% dos participantes afirmado que não procuram o serviço por medo de serem julgados devido ao estigma relacionado à doença hepática.²²

Muitas pessoas associam a cirrose do fígado ao uso exagerado de bebidas alcoólicas, colocando o paciente na condição de principal causador das consequências da doença, e sendo considerado menos merecedor de um tratamento complexo como o transplante. Esse fato foi reforçado por um grupo focal formado por 13 pacientes com doença hepática crônica, nos Estados Unidos, os quais relataram que as pessoas geralmente presumem que pacientes com doença hepática são responsáveis pela condição por estar associada ao abuso de álcool e/ou drogas, sentindo-se estigmatizados e envergonhados, portanto, evitando compartilhar com outros o diagnóstico para proteger-se contra a discriminação por parte da população.²³

Por outro lado, existe também o preconceito relativo aos portadores das hepatites, ocasionado pela falta de conhecimento da população e medo da transmissibilidade, o que também contribuiu para o afastamento das pessoas ligadas aos doentes. “O temor às doenças é um fato histórico, assim como o medo de se infectar por algo é condição inerente ao desconhecimento e à geração de estigmas, que compromete as relações sociais, a dinâmica familiar e a percepção de si mesmo”.^{21:674}

A doença hepática não é somente uma doença do fígado e uma das causas da cirrose, mas também patologia psicológica, familiar e social. O estigma do indivíduo infectado interfere negativamente na autoestima e qualidade de vida, afetando o curso da doença e sucesso do tratamento.²⁴

O estigma social das doenças hepáticas reflete em diferentes áreas da vida do indivíduo, interferindo fortemente na autoimagem e relacionamento social. Todavia, com o sucesso do transplante e recuperação cirúrgica, os estigmas físicos da doença he-

pática desaparecem e a pessoa volta a ter uma vida normal. Pesquisa observou uma melhoria acentuada da autoimagem e autoestima de pacientes após um ano de transplante de fígado, representando uma melhoria significativa dos níveis de qualidade de vida neste domínio.¹⁶

A realização da coleta de dados envolvendo o pré e pós-transplante no delineamento transversal foi considerada uma limitação do estudo. No entanto, a média do tempo de transplante foi baixa (três anos) e a vivência no cuidado aos pacientes em processo de transplante e durante a aplicação dos instrumentos demonstrou o quão a experiência da doença e do transplante foram marcantes na vida dos pacientes e passíveis de serem reportadas no período avaliado. Destaca-se ainda como limitação a escassez de estudos envolvendo aplicação do instrumento LDQOL para aprofundar a comparação e discussão das variáveis estudadas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a dimensão psicossocial da qualidade de vida de pacientes antes e depois do transplante hepático, confirmando a hipótese do seu impacto positivo nos aspectos psicossociais da qualidade de vida dos receptores, sendo mais perceptivo nos domínios preocupação e estigma da doença hepática, que foram considerados bastante comprometidos no período pré-transplante.

Os receptores conseguiram vislumbrar diversos benefícios do transplante de fígado, favorecendo melhor envolvimento familiar e social, os aspectos emocionais e supressão do estigma, representando um tratamento efetivo para pessoas com doenças hepáticas avançadas.

A identificação de fatores que interferem na qualidade de vida amplia o conhecimento acerca das dimensões afetadas no período pré-transplante que exigem maior atenção dos profissionais envolvidos no cuidado, contribuindo para o planejamento de uma assistência mais direcionada às necessidades e prevenção de situações que podem interferir nos resultados do transplante.

Aponta-se ainda para a possibilidade de futuras pesquisas de natureza qualitativa para aprofundar o estudo dos fatores que interferem na dimensão psicossocial de receptores de transplante de fígado.

REFERÊNCIAS

1. Baumann AJ, Wheeler DS, James M, Turner R, Siegel A, Navarro, VJ. Benefit of early palliative care intervention in end-stage liver disease patients awaiting liver transplantation. *JPSM* [Internet]. 2015 Dec [cited 2015 May 14]; 50(6):882-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.014>
2. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2009 - 2016). *RBT* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 5]; XXII(4):3-10. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>
3. The Whoqol Group. The World Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 Nov; [cited 2013 Jan 10] 41(10):1403-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>
4. Casanovas T, Jané L, Herdman M, Casado A, Garcia B, Prat B, et al. Assessing Outcomes in Liver Disease Patients: Reliability and Validity of the Spanish Version of the Liver Disease Quality of Life Questionnaire (LDQOL 1.0). *Value Health* [Internet]. 2010 Jan-Jul [cited 2014 Feb 20]; 13(4):455-62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301510600812>
5. Matos MMPC. Impacto da doença e do transplante hepático na qualidade de vida de doentes com cirrose: estudo exploratório. *Cad Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 16]; 4(1):7-36. Available from: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12486/1/CSaude_4-1%20%281%29.pdf
6. Casanovas T, Herdman M, Chandía A, Peña MC, Fabregat J, Vilallonga JS. Identifying improved and non-improved aspects of health-related quality of life after liver transplantation based on the assessment of the specific questionnaire liver disease quality of life. *Transplant Proc* [Internet]. 2016 Jan-Feb [cited 2017 Apr 5]; 48(1):132-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.11.009>
7. Teixeira MCD, Ribeiro MFGS, Strauss E. A new insight into differences among non-cirrhotic and cirrhotic patients using the Liver Disease Quality of Life Instrument (LDQOL). *Ann Hepatol* [Internet]. 2005 Oct-Dec [cited 2013 Jan 10]; 4(4):264-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16432492>
8. Sirivatanauksorn Y, Dumronggittigule W, Limsrichamrern S, Iramaneerat C, Kolladarungkri T, Kositamongkol P, et al. Quality of life among liver transplantation patients. *Transplant Proc* [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Sep 24]; 44(2):532-8. Available from: [http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345\(11\)01718-0/fulltext](http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345(11)01718-0/fulltext)
9. Aguiar MIF, Braga VAB, Almeida PC, Garcia JHP, Lima CA. Severity of liver disease and quality of life in liver transplantation. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Apr 07]; 29(1):107-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600015>

10. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Rosen HR, Keefe EB, Artinian L, et al. Development and evaluation of the Liver Disease Quality of Life instrument in persons with advanced, chronic liver disease--the LDQOL 1.0. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2000 Dec [cited 2014 Oct 24]; 95(12):3552-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.03375.x>
11. Lasker JN, Sogolow ED, Short LM, Sass DA. The impact of biopsychosocial factors on quality of life: women with primary biliary cirrhosis on waiting list and post liver transplantation. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2011 Sept [cited 2013 Mar 20]; 16(3):502-527. Available from: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910710X527964/full
12. Abdi F, Daryani NE, Khorvash F, Yousefi Z. Experiences of individuals with liver cirrhosis: A qualitative study. *Gastroenterol Nurs* [Internet]. 2015 Jul-Aug [cited 2016 Feb 16]; 38(4):252-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26226019>
13. Stiavetti E, Ghinolfi D, Pasetti P, Bocchi F, Filipponi F. Analysis of patients' needs after liver transplantation in Tuscany: a prevalence study. *Transplant Proc* [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Feb 16]; 45(3):1276-8. Available from: [http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345\(13\)00172-3/fulltext](http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345(13)00172-3/fulltext)
14. Bardet JD, Charpiat B, Bedouch P, Rebillon M, Ducerf C, Gauchet A, Tourette-Turgis C, Allenet B. Illness representation and treatment beliefs in liver transplantation: An exploratory qualitative study. *Ann Pharm Fr* [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 Feb 10]; 72(5):375-87. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/923806/alertePM>
15. Parekh J, Corley DA, Feng S. Diabetes, hypertension and hyperlipidemia: prevalence over time and impact on long-term survival after liver transplantation. *Am J Transplant* [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Apr 07]; 12(8):2181-7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2012.04077.x/epdf>
16. Knihns NS, Sartori DL, Zink V, Roza BA, Schirmer J. The experience of patients who need renal transplantation while waiting for a compatible organ. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Oct 04]; 22(4):1160-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400035>
17. López-Navas A, Ríos A, Riquelme A, Martínez-Alarcón L, Pons JA, Miras M, et al. Psychological characteristics of patients on the liver transplantation waiting list with depressive symptoms. *Transplant Proc* [Internet]. 2011 Jan-Feb [cited 2014 Oct 24]; 43(1):158-60. Available from: [http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345\(10\)01712-4/fulltext](http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345(10)01712-4/fulltext)
18. Saab S, Ng V, Landaverde C, Lee SJ, Comulada WS, Arevalo J, et al. Development of a disease-specific questionnaire to measure health-related quality of life in liver transplant recipients. *Liver Transpl* [Internet]. 2011 May [cited 2012 Jan 29]; 17(5):567-79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21506245>
19. Weng LC, Huang HL, Wang YW, Lee WC, Chen KH, Yang TY. The effect of self-efficacy, depression and symptom distress on employment status and leisure activities of liver transplant recipients. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Jan 18]; 70(7):1573-83. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12315/full>
20. Nilsson M, Forsberg A, Lennerling A, Persson LO. Coping in relation to perceived threat of the risk of graft rejection and Health-Related Quality of Life of organ transplant recipients. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Apr 06]; 27(4):935-44. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12007/pdf>
21. Rocha EG, Pereira MLD. Representações sociais sobre cirrose hepática alcoólica elaboradas por seus portadores. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Nov 15]; 11(4):670-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400018&lng=en&nrn=iso
22. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Mar 15]; 59(3):681-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3944010/>
23. Burnham B, Wallington S, Jillson IA, Trandafilis H, Shetty K, Wang J, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs of patients with chronic liver disease. *Am J Health Behav* [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 Apr 20]; 38(5):737-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504206/>
24. Marinho RT, Barreira DP. Hepatitis C, stigma and cure. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 Jun 26]; 19(40):6703-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812468/>

Correspondência: Maria Isis Freire de Aguiar
Endereço: Rua: Alexandre Baraúna, 1115,
60.430-160 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br

Recebido: 04 de outubro de 2016
Aprovado: 22 de maio de 2017
This is an Open Access article distributed under the terms of
the Creative Commons (CC BY).