

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



GESTÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO  
ACOMPANHAMENTO DE DOENTES COM DOENÇA  
HEPÁTICA CRÓNICA

Maria da Conceição da Cunha e Sousa Ribeiro da Silva

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:  
Professor Doutor Henrique Duarte, Prof. Auxiliar, ISCTE, Departamento de Gestão

Setembro 2009

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



GESTÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO  
ACOMPANHAMENTO DE DOENTES COM DOENÇA  
HEPÁTICA CRÓNICA

Maria da Conceição da Cunha e Sousa Ribeiro da Silva

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:  
Professor Doutor Henrique Duarte, Prof. Auxiliar, ISCTE, Departamento de Gestão

Setembro 2009

## AGRADECIMENTOS

Ao meu *marido* e à minha *filha*, pelo tempo que deixei de lhes dispensar e pelo incentivo que me deram.

Ao meu *orientador*, Prof. Doutor Henrique Duarte, por ter acreditado em mim, pela incansável disponibilidade, orientação, apoio e incentivo nesta caminhada.

À *Rita* e à *Vanessa*, colegas de desafio, pela partilha, ajuda, colaboração e sobretudo pela amizade.

Ao *Professor Dr. Rui Marinho*, pela motivação e ajuda.

Ao *Professor Dr. Velosa*, pela autorização do estudo.

Ao *Professor Dr. Fernando Ramalho*, pela colaboração e motivação.

Aos meus *Colegas*, pela colaboração e encorajamento.

Aos *participantes do estudo*, que tornaram possível a sua realização.

O Meu Bem-Haja

## **RESUMO**

Avalia-se que 10% da população mundial sofra de doença hepática. A World Health Organization, qualifica a cirrose hepática como a décima causa de morte em Portugal. É, no entanto, a quarta causa de morte precoce, antes dos sessenta e cinco anos. É uma doença que conduz à destruição do fígado.

A finalidade deste estudo é analisar de que forma as características individuais, a envolvente social influenciam o prognóstico da doença e a motivação para a mudança de comportamentos dos doentes hepáticos crónicos e investigar qual a importância e relação que estes doentes têm com a instituição hospitalar. Trata-se de um estudo correlacional.

Concluimos que a etiologia predominante da doença hepática crónica é o álcool. Um maior número de internamentos está relacionado com pior prognóstico. A doença afecta com maior agressividade os indivíduos do sexo masculino e em idade produtiva. O álcool tem grande impacto na doença, quer como causa da doença, como influência o cursar da doença. A motivação para o cumprimento do processo terapêutico tem impacto nesta doença, assim como na sua progressão. Os factores sociais estão relacionados com a maior necessidade de ajuda para controlar a doença. Os doentes que utilizam mais os serviços hospitalares e os que apresentam maior motivação para cumprir o processo terapêutico, criam com os enfermeiros e outros profissionais de saúde uma relação de aproximação, distanciando-se da equipa médica. Os doentes com pior prognóstico são menos expectativos com os serviços prestados. Os que têm maior motivação são mais exigentes com os serviços hospitalares.

**Palavras-chaves:** Doença hepática crónica; álcool; modelo transteórico; gestão hospitalar.

**JEL classification System:** I 10; I 12.

## **ABSTRACT**

Is evaluated that 10% of the mundial population suffers from liver disease. The World Health Organization qualifies the liver cirrhoses as the 10th cause of death in Portugal. Thus, it is the 4th cause of early death, before sixty five years old. It is a disease that leads to liver destruction.

The main purpose of this study is to analyze the way that individual characteristics and social environment influence the disease prognosis and the chronic liver patient's motivation to change their behavior and also to investigate the importance of the patient's relationship with the hospital facilities. This is a correlational study.

We conclude that the predominant etiology of chronic liver disease is the alcohol. A greater number of hospital admissions are related with a worst prognosis. This disease affects more aggressively the male individuals of working age. The alcohol has a great impact in the disease as the main cause and as the influence it has during the actual disease. The motivation for the therapeutic process maintenance has impact in the disease an in its progression. The social factors are related with a great need of help to control the disease. Patients who use more the hospital facilities and who are more motivated to accomplish the therapeutic process create with nurses and other health professionals a closer relationship, taking some distance from the medical team. Patients with a worst prognosis have less expectatives of the medical services. Those who are more motivated have a more critical view of the hospital services.

**KEY-WORDS:** Chronic liver disease; alcohol; Transtheoretical Model; hospital management

**JEL classification System:** I 10; I 12.

## ÍNDICE GERAL

<b>1. <u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	<b>1</b>
<b>2. <u>DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA</u></b> .....	<b>7</b>
2.1 <b>DEFINIÇÃO</b> .....	7
2.2 <b>ETIOLOGIA</b> .....	8
2.3 <b>PROGNÓSTICO DA DOENÇA</b> .....	10
2.4 <b>DESCOMPENSAÇÃO DA DOENÇA</b> .....	12
<b>3. <u>COMPORTAMENTOS ADITIVOS</u></b> .....	<b>15</b>
<b>4. <u>DIMENSÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA</u></b> .....	<b>23</b>
<b>5. <u>TRATAMENTO E MOTIVAÇÃO</u></b> .....	<b>27</b>
5.1 <b>TRATAMENTO</b> .....	27
5.2 <b>MOTIVAÇÃO</b> .....	33
5.3 <b>MODELO TRANSTEÓRICO</b> .....	35
<b>6. <u>A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</u></b> .....	<b>43</b>
<b>7. <u>METODOLOGIA</u></b> .....	<b>51</b>
7.1 <b>ESTUDO PRELIMINAR</b> .....	51
7.2 <b>ESTUDO PRINCIPAL</b> .....	52
7.2.1 <b><u>Tipo De Estudo</u></b> .....	52
7.2.2 <b><u>Recolha De Dados</u></b> .....	53
7.2.3 <b><u>Amostra</u></b> .....	53
7.2.4 <b><u>Variáveis</u></b> .....	54
7.2.4.1 <b>Variáveis sócio-demográficas</b> .....	54
7.2.4.2 <b>Variáveis que caracterizam a doença</b> .....	56
7.2.4.3 <b>Variáveis que caracterizam o consumo de álcool</b> .....	57
7.2.4.4 <b>Variáveis de avaliação do grau de prognóstico</b> .....	59
7.2.4.5 <b>Variáveis – factores de motivação individual</b> .....	59
7.2.4.6 <b>Variável de opinião sobre a necessidade de ajuda</b> .....	62
7.2.4.7 <b>Variável de opinião sobre os serviços hospitalares</b> .....	62
7.2.5 <b><u>Tratamento De Dados</u></b> .....	63
<b>8 <u>RESULTADOS</u></b> .....	<b>65</b>

<b>9</b>	<b><u>DISCUSSÃO, CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES</u></b> .....	<b>79</b>
<b>9.1</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>79</b>
<b>9.2</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>84</b>
<b>9.3</b>	<b>LIMITAÇÕES</b> .....	<b>86</b>
<b>9.4</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>87</b>
<b>10</b>	<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>91</b>

**ANEXOS**

<b>ANEXO I</b>	<b>AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</b> .....	<b>102</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO</b> .....	<b>107</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>ENTREVISTA</b> .....	<b>109</b>
<b>ANEXO IV</b>	<b>QUESTIONÁRIO</b> .....	<b>114</b>
<b>ANEXO V</b>	<b>FICHA DE RECOLHA DE DADOS CLÍNICOS</b> .....	<b>127</b>
<b>ANEXO VI</b>	<b>QUESTIONÁRIO: AUDIT</b> .....	<b>130</b>
<b>ANEXO VII</b>	<b>ESCALA: URICA</b> .....	<b>133</b>
<b>ANEXO VIII</b>	<b>QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO</b> .....	<b>137</b>
<b>ANEXO IX</b>	<b>ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA</b> .....	<b>140</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Classificação de Child-Pugh.....</b>	<b>11</b>
<b>Tabela 2 - Pontuação Child-Pugh.....</b>	<b>11</b>
<b>Tabela 3 - Modelo Transteórico: Etapas / Características.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 4 - Análise de regressões 1.....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 5 - Análise de regressões 2.....</b>	<b>73</b>
<b>Tabela 6 - Análise de regressões 3.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 7 - Análise factorial exploratória .....</b>	<b>141</b>

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Etapas de Mudança de Comportamento no Controlo da Doença Hepática Crónica, segundo o Modelo Transteórico.....</b>	<b>41</b>
---	-----------

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>APEF</b>	<b>- Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado</b>
<b>AUDIT</b>	<b>- The Alcohol Use Disorders Identification Test</b>
<b>CHC</b>	<b>- Carcinoma Hepatocelular</b>
<b>DGS</b>	<b>- Direcção Geral de Saúde</b>
<b>DHC</b>	<b>- Doença Hepática Crónica</b>
<b>EPS</b>	<b>- Encefalopatia Porto Sistémica</b>
<b>KMO</b>	<b>- Kaiser – Meyer – Olkim</b>
<b>MELD</b>	<b>- Model for End Stage Liver Disease</b>
<b>NASH</b>	<b>- Non Alcoholic Steatohepatitis</b>
<b>OMS</b>	<b>- Organização Mundial de Saúde</b>
<b>PBE</b>	<b>- Peritonite Bacteriana Espontânea</b>
<b>SPSS</b>	<b>- Statistical Package for the Social Scienses</b>
<b>VHB</b>	<b>- Virus Hepatite B</b>
<b>VHC</b>	<b>- Vírus Hepatite C</b>
<b>VIH</b>	<b>- Vírus da Imuddeficiência Humana</b>
<b>WHO</b>	<b>- World Health Organization</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Avalia-se que 10% da população mundial sofra de doença hepática. Em Portugal, em 2001, morreram aproximadamente 2 300 portugueses em consequência de doença hepática crónica, incluindo o carcinoma hepatocelular. Assim a doença hepática crónica é responsável por 2 a 3 % das mortes em Portugal, tornando-se num importante problema de saúde pública. (Marinho, R., 2006). A World Health Organization, qualifica a cirrose hepática como a décima causa de morte em Portugal. A cirrose hepática é, no entanto, a quarta causa de morte precoce, antes dos sessenta e cinco anos. (Marinho, R., 2009).

A cirrose hepática é uma doença que conduz à destruição do fígado. É considerada como doença hepática crónica e caracteriza-se pela morte das células do fígado (necrose), aparecimento de cicatrizes (fibrose) e alteração da sua estrutura (regeneração nodular). (Cortada e Teixidor, 1997). A cirrose caracteriza a evolução histológica final de uma variedade de doenças hepáticas crónicas. (Pedroto, I., 2004).

A doença hepática crónica é uma doença com características individuais e sociais. Doença com impacto social pelo consumo de álcool, (consumo este que tem vindo a ser aceite pela sociedade no decorrer dos tempos), por outros comportamentos aditivos, mas também, pela morbidade e mortalidade que produz. (Peixe, P., 2006). Os serviços de saúde precisam de compreender e de responder eficazmente às necessidades destes doentes, atendendo às especificidades individuais e sociais da doença. Os hospitais de dia, quando existem, dão uma resposta pouco eficaz, na generalidade, e os doentes recorrem às urgências hospitalares como recurso. A morbidade, (o agravamento, o não controlo da doença, a manutenção de comportamentos aditivos), leva ao aumento dos internamentos, originando uma inevitável relação entre estes doentes e os serviços hospitalares. Por outro lado a morbidade e mortalidade desta doença vão produzir impacto na sociedade não só pela abstenção ao trabalho, pela fraca produtividade e pelo que a sociedade consome com a doença. (Peixe, P., 2004).

A finalidade deste estudo é analisar de que forma as características individuais, a envolvente social influenciam o prognóstico da doença e a motivação para a mudança

de comportamentos dos doentes hepáticos crónicos e investigar qual a importância e relação que estes doentes têm com a instituição hospitalar.

O estudo vai decorrer numa Unidade de Internamento de Hepatologia e na consulta de Hepatologia de um Centro Hospitalar da região de Lisboa.

O prognóstico, sobrevivência dos doentes hepáticos crónicos pode fazer-se a partir da avaliação do grau de gravidade da cirrose. Utilizam-se para a avaliação do prognóstico, entre outros, índices como a Classificação de Child-Pugh e o Model for End-stage Liver Disease (MELD). A avaliação da reserva hepática e do prognóstico, sobrevivência, é baseada na Classificação de Child-Pugh. A Classificação de Child-Pugh implica a caracterização da encefalopatia, ascite, valores de bilirrubina, tempo de protrombina e albumina. Esta classificação permite ordenar os doentes em três classes prognósticas: A, B e C, reflecte boa, média e má reserva hepática respectivamente. A sobrevivência estimada é de 85%, 60% e 35% aos dois anos. (Marinho, R., 2006). Recentemente tem sido utilizado o sistema MELD, que é um modelo matemático para prever a sobrevivência de um doente com doença hepática baseado em simples valores laboratoriais. O resultado obtido vai de seis a quarenta pontos, com menor pontuação, melhor prognóstico. É mais objectivo e mais preciso que a Classificação de Child-Pugh. (Marinho, R., 2006).

Alguns doentes com cirrose são completamente assintomáticos, com uma esperança de vida aceitável, outros apresentam um largo espectro de sintomas graves de insuficiência hepática, com conseqüente limitação da sua sobrevivência. Os sinais e sintomas comuns reflectem uma diminuição da função hepatocelular e / ou da hipertensão portal e dependem da etiologia da doença hepática. (Pedroto, I., 2004). Considera-se a existência de duas fases na cirrose: uma fase dita compensada e outra denominada cirrose hepática descompensada. A cirrose hepática compensada pode ser clinicamente latente e assintomática, descoberta casualmente. (Cortada e Teixidor, 1997). Tem melhor prognóstico que a cirrose descompensada. (Marinho, R., 2006). A doença hepática pode descompensar por ascite, peritonite bacteriana espontânea, hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esófago-gástricas, encefalopatia hepática, icterícia ou carcinoma hepatocelular. (Marinho, R., 2006). Os sinais de descompensação vão fazer com que o doente recorra aos Serviços de Saúde, conduzindo-os ao internamento.

Os internamentos na Unidade de Hepatologia, dos doentes hepáticos crónicos, devem-se a sinais de descompensação da doença como a encefalopatia porto-sistémica, a ascite sob tensão, a peritonite bacteriana espontânea e a hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas. O acontecimento de um maior número de episódios de descompensação vai levar a um aumento no número de internamentos. Assim, o primeiro objectivo é analisar se o número de internamentos reflecte a gravidade, prognóstico da doença.

A causa mais frequente da cirrose hepática, é a alcoólica, seguida pela hepatite C e pela hepatite B. Outras causas mais raras são as doenças do fígado associadas à obesidade (NASH – non-alcoholic steatohepatitis), cirrose biliar primária, hepatite auto-imune, doença de Wilson, hemocromatose, défice de alfa1 – antitripsina, atresia das vias biliares, colangite esclerosante primária. (Cortada e Teixidor, 1997). O doente com cirrose hepática de etiologia alcoólica, é um doente não só físico e orgânico, mas também psíquico e social, com consequências graves para si próprio, família, ambiente profissional e em sentido lato a própria sociedade em geral. (Marinho, R., 2006). O segundo objectivo é investigar se a causa, em especial se a causa é o consumo de álcool, vai influenciar o cursar da doença.

Na Unidade de Hepatologia, os doentes com doença hepática crónica são, numa maior percentagem homens, com idades compreendidas entre os 30 e os 70 anos, apresentam degradação física, resultante da doença e do incumprimento de medidas de prevenção de complicações, como o irregular cumprimento da terapêutica, da dieta preconizada, assim como em alguns casos, a manutenção de hábitos aditivos. O terceiro objectivo é analisar se os factores sócio-demográficos, como o sexo, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, apoio financeiro e agregado familiar, do doente hepático crónico terão influência no prognóstico da doença; e se esses factores têm igual impacto.

Os doentes hepáticos crónicos, tendo por base alguns comportamentos aditivos como o consumo de álcool, entre outros, esses comportamentos poderão ser responsáveis pela gravidade da doença. A motivação poderá ser um factor decisivo para a mudança comportamental e consequentemente mudando comportamentos aumenta a aderência ao cumprimento do processo terapêutico, (medicação, dieta), logo evitando algumas complicações e melhorar o prognóstico destes doentes. O facto dos doentes alcoólicos serem considerados, como tendo pouca auto-motivação e

dificuldade em deixarem-se motivar pelos seus terapeutas, sugere que a problemática da motivação possa ter um papel primordial na reabilitação do alcoólico. (Ryan, 1995). A falta de motivação é também uma das razões mais frequentes citadas para a desistência de programas de reabilitação, falta de cumprimento desses programas, recaídas e outros efeitos negativos. (Ryan, 1995). A motivação pode ser considerada como alguma coisa que faz uma pessoa agir, ou o processo de estimular uma pessoa a agir. (Holli e Calabrese, 1991). O quarto objectivo é conhecer qual o impacto dos factores sócio-demográficos nos factores comportamentais e motivacionais destes doentes para o cumprimento do processo terapêutico.

Existem várias teorias sobre a motivação para a mudança de comportamentos. Estas modificações de comportamentos podem ocorrer com ou sem ajuda profissional. A motivação não deve ser pensada como um problema de personalidade, nem como um traço que a pessoa carrega consigo quando procura o terapeuta. A motivação é um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Esse estado pode ser influenciado. Um modelo útil de como ocorre a mudança foi desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClement, em 1982. (Miller, W. e Rollnick, S., 1992). Optou-se por estudar e aplicar o modelo transteórico, por este ser aplicado com níveis de sucesso a mudanças de comportamentos, numa variedade de comportamentos relacionados com a saúde. O modelo transteórico foi construído, originalmente para descrever o processo de mudança relativo ao abandono do comportamento de fumar. (Prochaska, Diclemente e Norcross, 1992). Posteriormente foi aplicado em intervenções clínicas relacionadas com a dependência de drogas e bebidas alcoólicas. Mediante adaptações específicas, para cada área, passou a ser utilizado na mudança de comportamento no controlo de peso; no uso de protector solar; no uso de preservativos; na promoção da actividade física, entre outros. O modelo transteórico está focado na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais ou biológicas no comportamento. Nesse sentido, as pessoas que modificam comportamentos aditivos tendem a se mover através de uma série de etapas, que envolvem emoções, cognições e comportamentos, independentemente de estarem ou não em tratamento (Velicer, Prochaska, Fava, Norman e Redding, 1998). Este modelo é um modelo biopsicosocial, conceptualizado para o processo de mudança de comportamento intencional. O Modelo Transteórico,

(Prochascka, Diclemente e Norcross, 1992), também chamado de teoria de etapas de mudança, descreve a mudança de comportamento como um processo no qual os indivíduos progridem, através de uma série de fases discretas ou etapas de mudança, a “roda da mudança”. O quinto objectivo é averiguar de que forma o grau de motivação para o cumprimento do processo terapêutico, se relaciona com os factores relacionados com a doença e com o prognóstico da doença.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. Mas podem ser prevenidas. Já está comprovado que as intervenções comportamentais sustentadas são eficazes na redução dos factores de risco para a população. (OMS - Facts related to chronic diseases).

A OMS descreve doenças crónicas como todas as doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

A Assembleia da República aprovou as Grandes Opções do Plano para 2005-2009, que podem ser consultadas na Lei n.º 52/2005. DR 167 Série I-A de 2005-08-31. Sendo a Saúde um bem de todos, foi considerada como uma prioridade política de desenvolvimento social, reforçando a coesão social e reduzindo a pobreza e criando mais igualdades de oportunidades. Assim sendo a política de saúde deve ser redefinida para mais e melhor saúde ou melhor para “ ganhos em saúde”. O sistema de saúde deve ser reorganizado a todos os níveis, de forma a colocar a ênfase no cidadão.

Os doentes com doença cirrótica, uma doença crónica, têm a necessidade de recorrer aos serviços de saúde, necessitam de ajuda, seja para controlar a doença, seja para conseguirem a mudança comportamental. Dado o tipo de sintomas e sinais de descompensação não existem estruturas que respondam a estes doentes além dos hospitais. O sexto objectivo é compreender qual o reflexo que as variáveis grau de prognóstico da doença, características da doença, motivação para o cumprimento do processo terapêutico têm sobre a satisfação dos doentes hepáticos crónicos com os serviços hospitalares.

A satisfação dos utentes dos serviços de saúde é a sua resposta (cognitiva e emocional) à avaliação que fazem dos cuidados que são prestados pelos técnicos de

saúde durante uma experiência que tiveram num serviço de saúde na sua qualidade de utentes (Ross, 1987).

O sétimo e último objectivo, é analisar como se relacionaram estes doentes com os serviços hospitalares. De que formam interação com os diferentes hospitalares. Quais os factores que condicionam a necessidade de ajuda.

O estudo fez-se mediante aplicação de questionários na Unidade de Hepatologia do Serviço de Gastrenterologia I e na Consulta de Hepatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, assim como a consulta do respectivo processo clínico, aos doentes com cirrose hepática. O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração, após parecer da respectiva Comissão de Ética.

Foram explicados aos doentes, pessoalmente, os objectivos da investigação e o carácter voluntário da sua participação. Foi utilizado formulário de consentimento informado escrito.

## **2. DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA**

A cirrose caracteriza a evolução histológica final de uma variedade de doenças hepáticas crónicas. (Pedroto, I., 2004).

### **2.1 DEFINIÇÃO**

Muitas das formas de lesão hepática evoluem para a fibrose. A fibrose hepática é a acumulação de componentes (colagénios, glicoproteínas proteoglicanos) na matriz extracelular do fígado, como resposta hepática à cicatrização. A resposta é independente do tipo de lesão: congénita, metabólica, viral, imune, colestática ou induzida por medicamentos. A fibrose é um processo dinâmico resultante do desequilíbrio de dois mecanismos distintos e opostos: a fibrogénese e a fibrólise, ou seja, produção e degradação de componentes da matriz celular. Para a fibrogénese é necessária a proliferação e activação das células produtoras de matriz, aumento da transcrição dos genes dos componentes da matriz, presença de factores solúveis reguladores de síntese, estabilização e diminuição da degradação do colagénio. A fibrólise representa a actividade degradativa da matriz e está dependente das metaloproteases da matriz, como as colagenases intersticiais, as gelatinases ou colagenases do tipo IV. (Santos, R., 2006). Durante o processo de fibrose hepática ocorre um desequilíbrio entre os factores endógenos, que normalmente inibem a síntese de matriz extracelular (retinóides, corticosteróides, interferão  $\gamma$ ) e os factores que promovem a síntese, quer através de um efeito fibrogénico, quer indirectamente, através de um efeito mitogénico ou pró-inflamatório. A fibrose será resultante de uma abundância de factores fibrogénicos. (Santos, R., 2006). O processo fibrótico inicia-se com o agente agressor que vai provocar lesão tecidual, resposta imune, stress oxidativo com estimulação de células sinusóides e activação da célula estrelada, levando a libertação de citocinas, produzindo aumento da inflamação ou aumento da produção e diminuição da degradação da matriz, o que conduz à fibrose. (Santos, R.,

2006). O resultado final da progressão da fibrose é a cirrose. Na sua forma terminal, a cirrose, é uma das principais causas de morte. (Santos, R., 2006).

O conceito de cirrose hepática é fundamentalmente morfológico e define-se como uma alteração difusa da arquitectura do fígado devido à fibrose e aos nódulos de regeneração. Essas modificações provocam alterações vasculares intrahepática e uma redução da massa funcional hepática e como consequência levam ao aparecimento da hipertensão portal e à insuficiência hepática. (Cortada e Teixidor, 1997). A cirrose define-se histologicamente como um processo difuso caracterizado por fibrose, cicatrizes e a conversão da normal arquitectura hepática em nódulos, estruturalmente anómalos. A progressão para a cirrose pode ocorrer em semanas ou anos. (Pedroto, I., 2004). Quando existe cirrose, o fígado forma nódulos delimitados por tecido fibroso. A funcionalidade destes nódulos não é igual à funcionalidade do fígado normal.

## **2.2 ETIOLOGIA**

As principais causas de cirrose hepática são o consumo excessivo de álcool (40%) ou por infecções virais, vírus da hepatite B (10%) e por vírus da hepatite C (40%). Causas menos frequentes são as doenças hereditárias e congénitas: hemocromatose, doença de Wilson; a esteatohepatite não alcoólica e a hepatite autoimune. Causas excepcionais são a obstrução prolongada do conducto biliar: colangite esclerosante; a ausência de proteínas específicas ou enzimas para metabolizar as diferentes substâncias no fígado: deficiência da alfa 1 – antitripsina; a reacção severa a drogas ou medicamentos; a exposição prolongada a agentes tóxicos no meio ambiente e as doenças cardíacas: insuficiência cardíaca. (Cortada e Teixidor, 1997).

O álcool ingerido pelo homem tem de ser obrigatoriamente metabolizado. O órgão que por excelência assegura essa função é o fígado. O consumo mantido de álcool irá condicionar alterações hepáticas num número significativo de indivíduos. (Peixe, P., 2006).

Estima-se que quase 10% da população seja portadora crónica de pelo menos um dos vírus hepatrópicos: 370 a 400 milhões para o vírus da hepatite B (VHB) e 170 milhões para o vírus da hepatite C (VHC). A importância desses portadores crónicos reside em dois factores: probabilidade de evolução para a doença hepática crónica,

cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, além de constituírem um reservatório ambulante de dois vírus oncogénicos, capazes de propagar a infecção. (Alberti *et al*, 2005). Prevê-se que o número de mortes relacionadas com o VHC continue a aumentar nos próximos 25 anos devido às infecções ocorridas nos anos setenta e oitenta. (Deuffic-Burban, S. *et al*, 2007). O consumo continuado e excessivo de álcool aumenta a replicação do VHC e do VHB, acelera a progressão da fibrose na doença hepática associada ao VHB e VHC e reduz também a adesão e a resposta ao tratamento, particularmente na hepatite C. (Marinho, R. *et al*, 2007). O vírus da hepatite C é a causa maior de hepatite crónica e fibrose hepática, progredindo para a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular. A história natural da infecção por este vírus varia entre os indivíduos infectados, mas se não houver estratégia terapêutica eficaz prevê-se que a morbilidade e a mortalidade da doença aumente cerca de três vezes no ano 2015. (Ramalho, F., 2004).

A presença de um factor etiológico, seja o álcool, o vírus da hepatite C ou fenómenos de auto-imunidade não são suficientes para o desenvolvimento de fibrose. Só 20 % dos bebedores excessivos e dos infectados com VHC virão a ter cirrose, identificando-se ritmos de progressão de fibrose muito variados. (Santos, R., 2006).

A cirrose é o último estágio de uma série de doenças inflamatórias do fígado, entre as quais se encontra a hepatite B crónica. No decurso da infecção crónica os linfócitos são atraídos para o fígado, reconhecem as células infectadas pelo VHB, atacam e destroem as células que expressam os antígenos víricos. Este processo inflamatório activa a fibrogénese, e o tecido fibroso que se vai formando gradualmente acaba por substituir o espaço remanescente das células hepáticas eliminadas. A progressão desta fibrose, quer entre os lóbulos do fígado quer nos espaços entre os lóbulos (espaços porta) e a veia controlobular, isola conjuntos de hepatócitos rodeados de tecido fibroso, os quais têm a particularidade de serem destituídos da veia controlobular. A consequência deste arranjo estrutural é a distorção e a redução da vascularização venosa do fígado, dificultando a passagem do sangue através do órgão, e a dificuldade nas trocas gasosas e bioquímicas. (Velosa, J., *et al*, 2007).

Cortez Pinto, H. (2004) demonstrou ao avaliar as admissões hospitalares, em Portugal, que no ano 2001, para 12371 admitidos por doença hepática, 63% correspondiam a doença hepática alcoólica. Dados mais recentes indicam que quase 85% dos internamentos em Portugal por cirrose hepática sejam imputáveis a cirroses

alcoólicas. (Marinho, R., 2009). Os doentes hepáticos crónicos recorrem aos serviços hospitalares pela descompensação da doença. A nossa primeira hipótese pretende confirmar os dados encontrados na literatura, isto é, o álcool é a causa da DHC que leva os doentes a recorrer com mais frequência às instituições hospitalares.

***Hipótese 1** – A causa mais frequente da doença hepática crónica, em unidades hospitalares, é o álcool.*

### **2.3 PROGNÓSTICO DA DOENÇA**

Conforme referenciado na introdução, o prognóstico, sobrevivência dos doentes hepáticos crónicos pode fazer-se a partir da avaliação do grau de gravidade da cirrose. Utilizam-se para a avaliação do prognóstico, entre outros, índices como a Classificação de Child-Pugh e o Model for End-stage Liver Disease (MELD). Assim, podemos calcular o prognóstico, sobrevivência do doente cirrótico através da aplicação destes índices, os quais passamos a explicar.

#### ***Classificação de Child-Pugh***

A classificação de Child-Pugh é o sistema mais usado para classificar o grau de disfunção hepática em doentes com doença hepática. Teve a sua origem na escala original de Child-Turcotte, sendo modificada posteriormente, dando origem à escala de Child modificada ou Child-Pugh. Aplica-se somente a doentes com cirrose hepática.

As cinco variáveis e os seus respectivos valores de selecção foram manuseados de modo a definir três grupos distintos de crescente gravidade (A, B e C). A pontuação, correspondente à soma dos pontos individuais, permite categorizar os doentes nos três grupos de Child-Pugh: A (5 a 6 pontos), B (7 a 9 pontos) e C (10 a 15 pontos). As variáveis incluídas nesta classificação são consideradas como reflectindo as funções do fígado.

**Tabela 1 - Classificação de Child-pugh**

<b>Pontuação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Ascite</b>	Ausente	Leve	Moderada
<b>Encefalopatia</b>	Inexistente	Grau 1 a 2	Grau 3 a 4
<b>Albumina (g/l)</b>	> 3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
<b>Bilirrubina mg/dl)</b>	< 2	2 - 3	>3
<b>T.Protrombina % / INR</b>	> 50 < 1,7	30 – 50 1,8 – 2,3	< 30 > 2,3

Esta classificação foi inicialmente proposta para a avaliação de cirurgia em doentes com hipertensão portal, contudo este valor de prognóstico foi demonstrado em outras situações envolvendo a cirrose hepática nos últimos trinta anos. (Durand e Valla, 2005). Referem ainda que a principal aplicação desta classificação é a estratificação ou selecção de doentes para análise de prognóstico.

**Tabela 2 - Pontuação Child-Pugh**

<b>Classe</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Sobrevida a 1 ano</b>	<b>Sobrevida a 2 anos</b>
<b>A</b>	5 – 6	100	85
<b>B</b>	7 – 9	80	60
<b>C</b>	10 – 15	45	35

### ***Cálculo MELD***

O cálculo do MELD (Model for End Stage Liver Disease) é um modelo matemático de estimacão de sobrevivência de uma pessoa com doença hepática. É baseado em valores laboratoriais. É mais objectivo e preciso que a Classificação de Child – Pugh. A pontuação insere-se num intervalo de 6 a 40 pontos, quanto menor for a pontuação melhor o prognóstico. O MELD foi adoptado nos Estados Unidos em

2002, como um sistema de referência para classificar os doentes para transplante hepático. Esta classificação permite prever a sobrevivência de doentes cirróticos descompensados por infecções, hemorragias por varizes esofágicas, bem como doentes com falência hepática fulminante e hepatite alcoólica. O MELD é uma escala métrica, que pode ser usada na severidade da doença hepática com fiabilidade. (Kamath, P. e Kim, R., 2007)

O cálculo é baseado na seguinte fórmula: MELD score =

$$9,57 \times \log_e(\text{creatinina}) + 3,78 \times \log_e(\text{bilirrubina}) + 11,2 \times \log_e(\text{INR}) + 6,43$$

## **2.4 DESCOMPENSAÇÃO DA DOENÇA**

A cirrose hepática é uma doença silenciosa de início, com poucos sintomas específicos. Os sintomas aparecem com a evolução da alteração morfológica do fígado. Sintomas que vão ter grande impacto na vida dos doentes. Alguns doentes com cirrose são completamente assintomáticos, com uma esperança de vida aceitável, outros apresentam um largo espectro de sintomas graves de insuficiência hepática, com consequente limitação da sua sobrevivência. Os sinais e sintomas comuns reflectem uma diminuição da função hepatocelular e / ou da hipertensão portal. Os sinais e sintomas dependem da etiologia da doença hepática (Pedroto, I., 2004).

Na cirrose hepática compensada pode-se observar manifestações clínicas cutâneas (aranhas vasculares, circulação colateral abdominal), alterações circulatórias (aumento do débito cardíaco, pele quente, hipotensão arterial), alterações hemorrágicas (epistaxis, gengivorragias, hematomas) e alterações endócrinas (ginecomastia, impotência, amenorreia, diabetes). (Cortada e Teixidor, 1997). As complicações mais importantes da cirrose são: a ascite, a peritonite bacteriana espontânea, a encefalopatia porto-sistémica e a hemorragia por rotura de varizes esofágicas, alterando o prognóstico da doença. (Cortada e Teixidor, 1997).

A ascite é uma acumulação de líquido dentro da cavidade peritoneal, por transudado fundamentalmente a nível hepático no caso da cirrose. É a complicação mais habitual da cirrose hepática, aumentando a gravidade da doença. (Horta e Vale,

A., 2006). Para o diagnóstico da presença de líquido ascítico, além da clássica tríade clínica (ventre em batráquio, macicez móvel para zonas de declive e sinal de onda ascítica), é importante avaliar de forma semiquantitativa o grau de ascite, classificando-a como ascite de pequeno, médio e grande volume. (Horta e Vale, A., 2006). A ascite é uma complicação da hipertensão portal.

A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma infecção bacteriana do líquido ascítico, na ausência de um foco séptico intra abdominal contíguo. Ocorre quase exclusivamente na ascite associada à cirrose hepática, sendo uma complicação grave desta última. (Horta e Vale, A., 2006).

A encefalopatia porto-sistémica (EPS) é um transtorno neurológico de carácter funcional. O principal mecanismo fisiopatológico é constituído por substâncias nitrogenadas provenientes do intestino que chegam ao cérebro sem serem depuradas pelo fígado devido a conexões porto-sistémicas. A mudança de consciência pode ser ligeira – simples confusão ou profunda – coma. Nos cirróticos, a encefalopatia é precipitada por condições que sobrecarreguem a função hepática (libação alcoólica, consumo excessivo de proteínas, hemorragias digestivas, obstipação), que diminuam a sua eficácia (carência de zinco), que deprimam o sistema nervoso central (sedativos) ou que alterem o equilíbrio hidro-electrolítico (diuréticos, infecções). (Tomé, L., 2006). O fígado é um órgão metabólico por excelência. O seu colapso dá origem à acumulação de produtos tóxicos, como por exemplo a amónia, que tem um efeito nocivo para as funções cerebrais. Quando o doente cirrótico é exposto a um sobrecarga de proteínas, pode entrar em encefalopatia. Os sinais de encefalopatia vão desde confusão, sonolência, desorientação, tremores e hálito adocicado característico, designado de fector hepático. (Velosa, J., *et al*, 2007).

A hemorragia por varizes esofágicas é a principal complicação da hipertensão portal e uma das principais causas de morte na cirrose hepática. A inflamação e a fibrose progressivas acabam por alterar profundamente a estrutura do fígado, dificultando a passagem do sangue proveniente os intestinos que chega ao fígado pela veia porta. A barragem ao fluxo sanguíneo tem como consequência a dilatação das veias a montante e a congestão do baço. Formam-se varizes no esófago e com menos frequência no cólon. (Velosa, J., *et al*, 2007).

O aparecimento do carcinoma hepatocelular (CHC) é frequente na evolução dos doentes com cirrose hepática de qualquer etiologia. Cerca de 5% dos doentes com

cirrose compensada apresentam CHC, chegando a 15% em doentes com hemorragia digestiva, por varizes esofágicas ou com ascite. A probabilidade de um doente cirrótico desenvolver um CHC aos cinco anos de seguimento é de 20%. (Tudó, J. e Saumell, C., 1997).

Os sinais de descompensação da doença levam o doente a recorrer aos serviços de saúde. Pelo que se descreveu sobre esses sinais e sintomas, eles são de um enorme significado e impacto na vida do doente, além de alguns terem um grau elevado de gravidade. Os doentes recorrem aos serviços hospitalares, à urgência hospitalar, muitas das vezes com necessidade de internamento. A evolução da doença leva a um aumento dos sinais de descompensação. O aumento dos episódios de descompensação vai implicar um maior número de internamentos, pelo que formulamos a hipótese 2.

***Hipótese 2 – Quanto maior for o número de internamentos maior a gravidade da doença.***

Pelo que foi exposto, a etiologia da doença hepática crónica está associada a determinados comportamentos, como o consumo de álcool, pelo que consideramos pertinente aprofundar os comportamentos aditivos e a sua relação com a doença hepática crónica.

### **3. COMPORTAMENTOS ADITIVOS**

A remoção do estímulo é a forma mais eficaz de prevenir a progressão da doença. Sendo, o consumo do álcool e outros comportamentos de risco, as causas mais frequentes de doença hepática crónica, iremos abordar um pouco a faceta dos comportamentos aditivos e como a doença se comporta perante eles.

O consumo mantido de álcool irá condicionar alterações hepáticas num número significativo de indivíduos. (Peixe, P., 2006).

Estima-se que quase 10% da população mundial seja portadora crónica de pelo menos um dos vírus hepatotrópicos (370 a 400 milhões para vírus da hepatite B, VHB, e 170 milhões para o vírus da hepatite C, VHC.) A importância destes portadores crónicos reside na probabilidade de evolução para doença hepática crónica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. (Alberti, A et al, 2005). O modo de transmissão do VHB e VHC são semelhantes, são associados a comportamentos de risco. O VHB transmite-se, no mundo ocidental, predominantemente por via sexual. O VHC está fortemente associado à toxicod dependência intravenosa. (Vallet-Pichard, A. *et al*, 2004).

O consumo de bebidas alcoólicas, desde há dezenas de milhares de anos, acompanha a humanidade, assim como os efeitos da sua ingestão aguda. A associação entre o consumo de álcool e a doença hepática remonta a 1793 (Baillie). O reconhecimento do alcoolismo como doença crónica aparece no século XIX, culminando coma publicação de um tratado sobre alcoolismo crónico, pelo sueco Magnus Huss em 1851. (Mello, M., 2001). Há inúmeras doenças associadas ao alcoolismo. Classicamente são referenciadas 61 doenças e condições entre as quais se incluem a cirrose hepática, acidentes de viação, suicídios, homicídios, impotência, síndrome alcoólico-fetal, depressão, violência familiar, dificuldade de aprendizagem. O álcool é considerado pela OMS como um agente carcinogénico. (Marinho, R., 2006). O consumo de álcool aumentou nos finais dos anos sessenta, tendo mantido pequenas variações até 1981, mas desde essa altura vem a registar um lento decréscimo, que se situa em 9,49 litros per capita anual de álcool puro em adultos, no último ano de registo, 2003. (Peixe, P., 2006). A variação crescente dos finais dos anos 1981 está associada a um período de instabilidade política e social, quer a nível mundial (com o

movimento Hippy nos países anglo-saxónico, o “Maio de 68” em França e a Guerra do Vietnam), que modificaram o comportamento no sentido de uma postura permissiva e sem limites, quer a nível nacional, com os últimos anos de Guerra Colonial e a Revolução de 25 de Abril de 1974 e o período que subsequentemente se viveu. (Peixe, P., 2006).

Portugal é um dos países do Mundo onde se consome apreciável quantidade de álcool, dado que Portugal é o sétimo consumidor de álcool puro e o quarto consumidor de vinho. (Marinho, R., 2009). Pensa-se que em Portugal exista cerca de um milhão de alcoólicos ou bebedores excessivos, sendo o álcool a toxicodependência mais aceite. O que mostra que a sociedade tem uma permissividade excessiva para o seu consumo, apesar da demonstração efectiva de uma relação explícita entre o álcool e a delinquência, os acidentes de trabalho, o absentismo, problemas conjugais e familiares, doença e internamento hospitalar, além de envelhecimento e morte prematura. (Marinho, R., 2006). No âmbito psicossocial o consumo excessivo dificulta a adaptação familiar e sócio-laboral devido ao facto de que o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental se deteriora em proporção directa com o grau de intoxicação. Aparecem as primeiras dificuldades na família e nas relações interpessoais. Existe o risco de separação e divórcio, perda do emprego e um risco aumentado de sofrer acidentes, sejam de trânsito, laborais ou domésticos. O consumo excessivo de álcool constitui uma ameaça à saúde pública mundial, segundo a OMS. É uma das principais causas que contribuem para uma morte precoce, isto é, antes dos sessenta e cinco anos. (Marinho, R., 2009). A doença hepática alcoólica origina morbidade e mortalidade significativas, provocando sofrimento no doente e agregado familiar, originando ausência frequente do posto de trabalho e baixo desempenho profissional. (Peixe, P., 2006).

O consumo inadequado de álcool representa um problema grave, quer para Portugal como para a Europa. Actualmente os jovens apresentam características graves do tipo de consumo: o início precoce (em média perto dos treze anos de idade); a feminização do alcoolismo (as raparigas bebem a mesma quantidade de bebidas destiladas que os rapazes) e o chamado fenómeno do binge drinking (embriaguez de fim de semana, 50% dos jovens com quinze anos já se embebedaram). (Anderson and Baumberg, 2006). O início prematuro do consumo de álcool e de forma inadequada tornam-se preocupantes. O risco de dependência futura parece ser tanto mais elevado

quanto mais precoce for o seu consumo. (Hingson *et al*, 2006). O início do consumo habitual do álcool antes dos 18 anos é prejudicial do ponto de vista médico. Por cada ano antes dos 18 anos do início da ingestão habitual, o risco de dependência é aproximadamente 10 a 15 %. Ou seja, metade daqueles que iniciaram os consumos excessivos pelos 12, 13 anos vão-se tornar dependentes do álcool. (Hingson *et al*, 2006).

Estão a verificar-se as consequências do consumo iniciado há algumas décadas, para aqueles que vieram a desenvolver cirrose hepática alcoólica no presente: idade média inferior aos sessenta anos, internamentos prolongados e de elevada letalidade, o triplo da letalidade média dos internamentos dos portugueses. (Marinho, R., 2009). Em 1974, Sherlock, ao efectuar um trabalho sobre a história natural da doença hepática, mostrou que a sobrevivência aos cinco anos é significativamente diferente entre os doentes que mantêm hábitos e os que se tornaram abstémios. (Peixe, P., 2006). A sobrevivência de um doente com cirrose hepática alcoólica é muito variável, depende da presença de descompensação e de manutenção do consumo alcoólico. A probabilidade de descompensação situa-se nos 58% aos dez anos de evolução e a mortalidade associada à doença é de cerca de 75%. (Peixe, P., 2006).

A OMS classificou os problemas ligados ao álcool como: consumo de risco, nocivo e dependência. Consumo de risco é definido como um padrão de consumo que pode vir a implicar lesões físicas ou mentais se o consumo persistir. Apesar da ausência de alguma perturbação evidente no utilizador, é um padrão de consumo de grande importância. (Babor *et al*, 2001). Consumo nocivo define-se como um padrão de consumo que origina lesões, quer física como mentalmente, na saúde do utilizador. Não satisfaz critérios de dependência. (Babor *et al*, 2001). Dependência define-se como um padrão de consumos constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool. Manifesta-se por um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, prioridade de consumo em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. (Babor *et al*, 2001).

O consumo inadequado e prejudicial de bebidas alcoólicas pode-se englobar em dois padrões: a quantidade de álcool consumida ao longo do tempo, de forma continuada e a bebida excessiva num curto período de tempo, o denominado binge

drinking. (Marinho, R., 2009). É considerado consumo excessivo, mais de 24 gramas de álcool, diário no homem, o que equivale a duas, três bebidas; e de mais de 16 gramas diárias na mulher, equivalente a uma, duas bebidas. (Marinho, R., 2009). Uma bebida média contém 9 gramas de álcool. Em termos de quantidade de álcool, um copo de vinho, uma cerveja, um cálice de vinho do Porto, um shot, um uísque contêm todos a mesma quantidade de álcool. (Marinho, R., 2009). Não deve beber rigorosamente nada se: estiver grávida ou a amamentar; conduzir ou trabalhar com máquinas; tomar medicamentos; em situação de doença ou em situação de dependência alcoólica.

O consumidor de álcool pode colocar diferentes problemas àqueles com quem convive: um problema de saúde; um problema de mal-estar e um problema social. Estamos perante a definição psicomédico-social da doença alcoólica. O consumidor alcoólico, não faz na maioria dos casos, qualquer pedido relativamente ao seu consumo. Apresenta, contudo, frequentemente problemas de saúde, sociais ou comportamentais ligados a ele. Muitas vezes o pedido de ajuda formulado pelo doente é incompleto, não se referindo ao álcool mas à sua situação. O médico e os outros profissionais de saúde são solicitados para dar resposta a esse pedido, correndo o risco de extrapolar o seu campo de actividade e de competências. Vêm-se confrontados com a incapacidade de lhe dar resposta, sem fazer referência ao álcool, uma vez que implica modificações na sua alcoolização. Todos os intervenientes sentem um intenso mal-estar que resulta da oposição entre dois pedidos contraditórios: o “sujeito” em dificuldades faz um pedido que não contempla o álcool, um pedido “social”, já o profissional faz um pedido que se focaliza no álcool, um pedido de “cuidados”. Surge um mal-estar feito de incompreensão, de propostas inadequadas, de insucessos, de desespero, de abandono ou ainda de repressão, de ameaça, de resistência e de sentimentos de culpa. O médico, o profissional social têm pois três campos de actuação: o problema médico, o problema social, o problema psíquico; devendo estabelecer-se um domínio comum de trabalho à acção de todos os intervenientes. (Gaignard, J.-Y; Kiritzé-Topor, P., 1992). Os doentes alcoólicos dependentes, raramente, pedem ajuda para uma interrupção definitiva do consumo de álcool. Os dependentes do álcool têm como sinal do sistema defensivo, a negação, querendo ser tratados e vistos como não alcoólicos. (Descombey, J.-P., 1994). A negação é um sinal de dependência alcoólica e dos comportamentos aditivos em geral. A negação, não é pertença exclusiva dos doentes alcoólicos, mas de alguns consumidores abusivos em

risco. A negação afecta o seu ambiente familiar próximo, o círculo de amigos e colegas e o próprio corpo médico e social. (Neuburger, R., 1995).

As hepatites crónicas provocadas pelos vírus B (VHB) e C (VHC) assumem grande relevância, com elevada prevalência (cerca de 400 milhões de infectados pelo VHB e 170 milhões pelo VHC), visto que produzindo necroinflamação e fibrose hepática, podem provocar cirrose e ou CHC. Apesar de todas as campanhas para a prevenção de comportamentos de risco e da mais valia que a vacinação trouxe nas últimas décadas o VHB é ainda o principal factor etiológico para o CHC, e em alguns países a hepatite C é a primeira causa para o transplante. (Leitão, J., 2007). A hepatite C é actualmente uma causa importante de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, constituindo um importante problema de saúde pública. Estima-se que existam 35 milhões de indivíduos com cirrose hepática associada ao VHC. (Marinho, R., 2006). O VHC, nos países industrializados, é responsável por 20% das hepatites agudas, 70% das hepatites crónicas, 40% das cirroses hepáticas, 60% dos CHC e 30% das indicações para transplante hepático. Nos países industrializados pensa-se que na actualidade, a descompensação da cirrose hepática seja o CHC, em particular na infecção pelo VHC. O risco de CHC é mais elevado os doentes com cirrose hepática C do que naqueles com cirrose pós hepatite B. (Marinho, R., 2006). O carcinoma hepatocelular, na Europa está associado à infecção pelo VHC; no Oriente está directamente relacionado com a infecção crónica pelo VHB. A grande maioria dos infectados com VHC, tem idade inferior a 50 anos, pelo que se pressupõe que o peso desta hepatite nos Serviços de Saúde venha a crescer progressivamente, dado que estes doentes vão manifestar sinais de descompensação da cirrose hepática (ascite, icterícia, encefalopatia) ou o aparecimento de CHC, dentro de 10 a 20 anos, idade em que surgem habitualmente as complicações da doença hepática crónica. (Marinho, R., 2006). Na hepatite C, mais de 70% dos doentes evolui para a cronicidade. A história natural da hepatite C crónica é a história da fibrose hepática, base das complicações relevantes da doença, cirrose, que ocorrerá em cerca de 20% dos doentes e CHC. (Leitão, J., 2007). Na hepatite C, a idade na altura do contágio e o tempo de duração da doença são fundamentais para o desenvolvimento de fibrose. Casos diagnosticados há mais tempo e infecções contraídas mais tarde na vida, têm um risco maior de cirrose. Os doentes do sexo masculino têm uma evolução mais desfavorável, atribuindo-se aos estrogéneos um papel protector da formação de fibrose nas mulheres. O consumo de

álcool acima de 40 a 50 gramas diários agrava o prognóstico da hepatite, contribuindo para a fibrose. (Leitão, J., 2007).

Os modos de transmissão do VHC, VHB e do VIH (vírus da imunodeficiência humana) são idênticos. O que explica a elevada frequência da chamada co-infecção: o VHC está fortemente associado à toxicodependência intravenosa, já que 80% dos consumidores de drogas estão infectados pelo VHC. (Marinho, R., 2006). Prevê-se que o número de mortes relacionadas com o VHC continue a aumentar nos próximos 25 anos devido às infecções ocorridas nos anos setenta e oitenta. (Deuffic-Burban *et al*, 2007).

O VHB não é transmitido pela água ou por alimentos contaminados, nem por contacto ocasional no local de trabalho. Os modos de contaminação principais são: perinatal (mãe para filho na altura do parto, criança a criança), injeções e transfusões não seguras (material médico não esterilizado), além do contacto sexual. A infecção pelo VHB adquirida por via sexual continua a ser responsável por um número significativo de casos no mundo ocidental. É classicamente considerada como incluída no grupo das infecções sexualmente transmissíveis. (Velosa, J. *et al*, 2007). Os grupos de risco são os homossexuais masculinos, as prostitutas e os indivíduos com múltiplos parceiros sexuais promíscuos. Outro grupo de risco é o dos toxicodependentes intravenosos que partilham o material utilizado na droga. (Velosa, J. *et al*, 2007). O único modo de prevenir a infecção por via sexual consiste na utilização adequada através do preservativo ou através da vacinação. Não só os jovens estão em risco de contágio, mas também os adultos e os indivíduos de terceira idade que ainda mantenham actividade sexual. (Velosa, J. *et al*, 2007). As tatuagens, os percings, a acupunctura, como qualquer outra actividade que implique uma solução de descontinuidade na pele ou mucosas (boca, língua, mucosa nasal), podem ser fonte potencial de contaminação. No entanto estas actividades só são de risco se não forem cumpridas as normas de segurança que consistem numa higiene rigorosa e não partilha de qualquer material cortante ou perfurante que possa estar contaminado. As tintas empregues na tatuagem se não forem de uso individual, podem constituir fonte de contágio. Os instrumentos utilizados devem ser descartáveis, ou seja de uso individual. (Velosa, J. *et al*, 2007).

O consumo excessivo de álcool, associado em muitas ocasiões à utilização de drogas injectadas, enquadrado na questão dos poli consumos, é também um co-factor, elevando o risco de cirrose e de CHC. (Marinho, R., 2006).

Como referido, o consumo mantido de álcool vai agravar a doença, podendo alterar o curso da doença

***Hipótese 3 – A manutenção de comportamentos aditivos, como o consumo de álcool, afectam o prognóstico da doença.***

O consumo de álcool tem sido aceite, com alguma passividade, pela sociedade, através dos tempos. Culturalmente os hábitos de consumo têm vindo a modificar-se. Os factores sócio-demográficos têm impacto nos comportamentos aditivos, reflectindo-se na doença hepática crónica. Vamos averiguar de que forma os factores sócio-demográficos se relacionam com a DHC.



#### **4. DIMENSÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICA**

Estima-se que 10% da população mundial sofra de doença hepática. A WHO qualifica a cirrose hepática como a décima causa de morte em Portugal. Em Portugal, em 2001, morreram aproximadamente 2 300 portugueses em consequência de doença hepática crónica, incluindo o carcinoma hepatocelular. Assim a doença hepática crónica é responsável por 2 a 3 % das mortes em Portugal. (Marinho, R., 2009). Em Portugal, no ano de 2001, morreram 1964 pessoas devido a doença crónica do fígado e cirrose, de salientar que nesse mesmo ano, 1863 foram vítimas de acidentes de trânsito com veículos a motor, as quais são alvo de inúmeras campanhas. (Marinho, R., 2009).

A doença hepática crónica tem associada alta morbilidade, são as complicações da doença como a ascite, hemorragia digestiva, encefalopatia hepática, peritonite bacteriana espontânea, tornando-se num importante problema de saúde pública. (Marinho, R. 2006).

Tendo grande impacto social, vamos perceber de que maneira, os factores sociais e os factores demográficos, se relacionam com a doença hepática crónica.

Segundo dados da DGS em termos de mortalidade (nº de óbitos e taxas específicas por 100000 habitantes) a doença hepática aparece em 11º lugar, como causa de morte mais frequente. Em relação à morte precoce, isto é antes dos 65 anos, a Doença Hepática está no 4º lugar. Quanto à distribuição por sexos e grupos etários, as taxas são maiores para os homens e começam a subir a partir do grupo etário 45-54 anos e atingem a máxima no grupo etário 55-64 anos. A distribuição por regiões de saúde também não é uniforme, pois a razão padronizada da mortalidade, atinge no Norte e Centro valores superiores a 1, ao contrário das outras regiões de saúde. Se consultarmos os dados referentes aos internamentos, encontramos em 2005, 12143 doentes saídos de hospitais públicos do Continente, com demora média de 9,3 dias e taxa de letalidade de 11,7%. Números superiores aos encontrados para as médias do Continente, respectivamente 6,4 e 4,2%. A razão de doentes saídos homens (8563) / mulheres (3580) é de 2,4. O grupo etário com maior nº de doentes saídos é dos 45-64anos, com 5283 doentes saídos, representando 44%. A idade média do doente internado por cirrose hepática é de 57,7 anos ( $\pm$  12,3 anos), sendo ainda considerada

uma idade produtiva para a sociedade. A facturação atingiu cerca de 45 milhões de euros, representando o transplante hepático 22%, cerca de 9 milhões de euros.

Apesar da epidemia de excesso de consumo de álcool, só 8 a 15% dos alcoólicos vêm a desenvolver doença hepática. Existem vários factores que interferem: o sexo (a mulher tolera menores quantidades), hereditariedade, co-morbilidades (hemocromatose, hepatite C), malnutrição. O risco de doença hepática na mulher é mais elevado, a progressão da doença hepática é mais rápida, com consumos inferiores. (Peixe, P., 2006). Um estudo sobre a progressão da fibrose em doentes com hepatite C crónica identificou a idade mais avançada no momento da infecção, o consumo de álcool superior a 50 gramas diários e o sexo masculino como factores associados a uma evolução mais rápida. (Santos, R., 2006).

Culturalmente, todos sabemos, de que o consumo do álcool é aceite com maior naturalidade no homem. Logo não nos supreende que a doença seja prevalente no sexo masculino. Como referido a doença é mais grave no sexo feminino, assim como a mesma quantidade de álcool tem efeitos mais nocivos na mulher.

***Hipótese 4** – Aos doentes hepáticos do sexo masculino está associado um pior prognóstico.*

O Economista José Gíria, da Direcção Geral de Saúde, ao analisar os dados referidos, considera que a Doença Hepática tem um impacto negativo em termos de saúde pública. Contribui para esse facto: o valor elevado de mortes prematuras; a sua distribuição descontínua por sexos, grupos etários e regiões de saúde. Tratando-se de patologia prevalente e incidente em idades de maior valor produtivo gera elevados custos indirectos sociais que não se encontram avaliados; elevados encargos dos internamentos hospitalares. Refere que, o facto de se tratar de uma patologia que em determinadas condições pode ser prevenida com a alteração dos estilos de vida, implica que para o efectivo controle do seu impacto negativo sejam de implementar de futuro, medidas que visem a melhor informação sobre a doença, programas de rastreio e finalmente medidas que estimulem a correcta utilização de bebidas alcoólicas, promovam as adequadas dietas em termos de obesidade e facilitem o exercício físico. As medidas a implementar deverão ser monitorizadas com vista à medição dos seus impactos em termos de ganhos em saúde. (Gíria, J., 2008)

A morbilidade dos doentes hepáticos crónicos faz com que estes deixem de trabalhar, de ser activos, numa fase da vida considerada ainda produtiva.

***Hipótese 5** – Os doentes cirróticos pertencentes ao grupo etário ainda produtivo, têm pior prognóstico, face aos mais idosos.*

Na União Europeia o consumo do álcool está relacionado com 20 a 40% das admissões psiquiátricas, 20 a 40% dos suicídios masculinos, 40 a 60% dos acidentes violentos e com cerca de 30% dos acidentes de viação. (Rehn, N.*et al*, 2001). O alcoolismo é responsável pela redução em cerca de 10 a 15 anos na esperança média de vida, é o que se assiste por exemplo na Rússia. (Marinho, R., 2006). No Reino Unido o consumo de álcool duplicou nos últimos 30 anos, como consequências mortes por cirrose alcoólica aumentaram cerca de 1000%, no mesmo período. (Marinho, R., 2006).

De entre todos os factores como agravantes da hepatite C crónica, o álcool é o mais conhecido. O álcool favorece a multiplicação do vírus e atenua as defesas imunitárias. Está provado que a idade em que a pessoa se infecta é um dado importante. Assim quanto mais idosa for a pessoa na altura da contaminação, mais depressa há progressão da doença para a fibrose. A razão parece estar nas diferenças hormonais, explicando também o facto de a hepatite C ser menos activa nas mulheres jovens. Outro factor é o aumento de peso. O aumento de peso pode conduzir a uma esteatose. A acumulação de gordura no fígado pode agravar a fibrose e diminuir a resposta ao tratamento. (Velosa, J., *et al*, 2007).

A doença hepática alcoólica leva a gastos significativos, em internamento como em ambulatório, obrigando a uma correcta aplicação de meios com o objectivo de minimizar o sofrimento e de tratar eficazmente as complicações. É provavelmente a patologia com mais peso em termos sociais e clínicos em gastroenterologia. (Peixe, P., 2004).

A não adesão é hoje reconhecida como um factor determinante para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde para os doentes transplantados hepáticos. (Telles Correia *et al*, 2006) Tendo sido mais tarde generalizado a vários

outros tipos de patologias. A não adesão ao tratamento poderá estar relacionada com os comportamentos dos indivíduos ou com a envolvente social.

O suporte social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que pode ser considerado como variável no vasto domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a frequência de contactos, a intensidade de contactos, a existência de amigos íntimos, ou de redes constituídas apenas por contactos sociais mesmo que não sejam amigos. Para além destes, também são considerados alguns aspectos subjectivos, tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe, e a satisfação com a dimensão social da sua vida. (Ribeiro, 1998). O suporte social refere-se aos recursos ao dispor dos indivíduos e às unidades sociais, tais como a família, que respondem aos pedidos de ajuda e assistência. (Ribeiro, 1998).

Os doentes hepáticos crónicos, com comportamentos aditivos, vivem muitas vezes sozinhos, mesmo quando tenha havido lugar a mudança de comportamentos. A mudança de comportamentos acontece após a destruturação familiar estar solidificada, a doença avançada. Os doentes vivem sozinhos, após separações, divórcios, muitas vezes sem contacto com os próprios filhos. São acompanhados por vizinhos e ou amigos. Logo, estes doentes, sem suporte familiar vão necessitar de mais ajuda, por parte dos serviços de saúde; expressam eles tal necessidade? Para estudar esta constatação elaboramos a próxima hipótese.

***Hipótese 6 – Os doentes hepáticos que vivem sozinhos, reconhecem mais a necessidade de ajuda.***

Doentes, com uma doença crónica, com comportamentos aditivos, necessitam de um processo terapêutico que engloba medicação, dieta e abolição dos comportamentos aditivos. Vamos analisar como se conduz esse processo terapêutico, embora não muito complexo, torna-se de difícil cumprimento para estes doentes.

## **5. TRATAMENTO E MOTIVAÇÃO**

O tratamento para a cirrose hepática depende da causa da doença, do tempo de evolução e das alterações provocadas no fígado. A cirrose não se trata, mas trata-se a causa que lhe deu origem e as várias complicações que possam surgir. (Velosa, J., *et al*, 2007).

### **5.1 TRATAMENTO**

A cirrose hepática é uma doença irreversível, contudo uma actuação sobre a causa pode interromper a sua progressão e melhorar o prognóstico, quer no que se refere ao aparecimento de manifestações de descompensação, como de sobrevivência. (Cortada e Teixidor, 1997). Rui Santos (2006) considera que o problema da reversibilidade da cirrose tem um longo historial. Esta temática inicia-se com a negação da sua possibilidade, pois a matriz era considerada inerte e a fibrose confundida com colapso. Nos últimos anos, assiste-se à acumulação de dados favoráveis à reversibilidade da fibrose e mesmo da cirrose hepática (Desmet, 2004). Um estudo recente, sustenta a hipótese de que o conceito de irreversibilidade da cirrose hepática não é absoluto, com medicação dirigida, a doença pode regredir. (Pedroto, I., 2004).

O tratamento da cirrose hepática visa eliminar o agente agressor e tratar as complicações, que mais cedo ou mais tarde, se vão instalar na evolução natural da doença. Cada doente é um caso e, mais do que uma terapêutica estandardizada para a cirrose, interessa tratar e equilibrar cada doente por si (Henriques, 1981).

A estratégia terapêutica da fibrose hepática, faz-se segundo a fisiopatologia: remoção do estímulo, diminuição da inflamação, inactivação da célula estrelada, promoção da degradação da matriz. (Santos, R., 2006). A remoção do estímulo é o melhor meio de prevenir a progressão da fibrose hepática e promover a sua regressão. A remoção do estímulo passa pela abstinência alcoólica (doença hepática alcoólica), terapêutica antiviral (hepatite B, C), terapêutica anti-helmintica (esquistossomíase), flebotomias, terapêutica quelante, suspensão medicamentosa. (Santos, R., 2006). A

redução da inflamação faz-se utilizando corticosteróides, neutralizando as citocinas inflamatórias, usando ácido ursodesoxicólico, além de outros medicamentos. Nas doenças hepáticas crónicas, como a hepatite viral ou auto-imune a inflamação vai promover a activação da célula estrelada, o que justifica o uso dos anti-flamatórios. (Santos, R., 2006). A inactivação da célula estrelada, miofibrosblasto faz-se recorrendo ao interferão  $\gamma$ , a antioxidantes, a anticitocinas, a inibidores da síntese de colagénio, além de outros ou mesmo à medicina hermanária usando sho-saiko-to e salvia miltiorrhiza. (Santos, R., 2006).

Resumidamente, podemos dizer que na cirrose hepática de etiologia alcoólica o tratamento básico passa por uma abstinência total. A abstinência alcoólica é importante, mesmo nos doentes, em que a cirrose não tem como causa o álcool. (Cortada e Teixidor, 1997). No caso de cirrose secundária a infecção viral utilizam-se medicamentos que aumentem a resposta do sistema imunitário contra o vírus. Existem medicamentos que eliminam o vírus da hepatite C, para toda a vida, em mais de metade dos casos, impedindo o agravamento da cirrose e, por vezes proporcionando a sua regressão. No caso da hepatite B consegue-se o controlo do vírus numa grande maioria dos casos. (Marinho, R., 2006).

A aderência ao tratamento e às recomendações médicas levam a uma melhoria dos sintomas, com uma melhoria da qualidade de vida. Assim, como descrito, o processo terapêutico dos doentes cirróticos não é igual para todos os doentes, varia consoante a etiologia da doença e as complicações apresentadas. O tratamento básico passa pela remoção do estímulo e prevenção, tratamento das complicações. Da mesma forma o plano terapêutico, não se impõe da mesma maneira para todos os doentes.

O fígado é o principal órgão regulador de processos metabólicos que compreendem hidratos de carbono, proteínas, lipídios, armazenamento / activação de vitaminas e desintoxicação / excreção de substâncias endógenas ou exógenas, como por exemplo fármacos. O fígado tem enorme capacidade de regeneração, desde que 20% dos hepatócitos estejam funcionantes, pode manter a maioria das suas funções. Nas doenças hepáticas graves todas as funções descritas são afectadas, assim como a homeostasia nutricional. (Patton *et al*, 2002).

O fígado recebe os vários nutrientes através da veia porta, retém alguns para reserva e metabolismo próprios e outros entram na circulação sistémica para utilização e ou depósito noutros tecidos. Na doença hepática aguda ou crónica grave, as

alterações da estrutura hepática, da capacidade funcional dos hepatócitos e da circulação porta, levam o doente a risco de malnutrição que atinge expressão clínica após progressão subclínica mais ou menos prolongada. A malnutrição agrava a disfunção hepática, sendo um factor de mau prognóstico e de difícil terapêutica na doença avançada. Urge actuar atempadamente na prevenção e tratamento nutricionais. (Camilo, E., 2004).

A incidência da desnutrição proteica e calórica em doentes cirróticos varia entre 10 a 100%. É uma complicação presente entre 88 e 100% dos doentes cirróticos internados. A sua incidência e gravidade mostram ter relação directa com a evolução da doença. A desnutrição proteico-calórica constitui um factor de risco para o aparecimento da ascite, hemorragia digestiva e infecções nos doentes cirróticos, aumentando o risco de mortalidade nos doentes hospitalizados. (Vila, J. e Santos, J., 1997). Clinicamente a desnutrição do cirrótico reconhece-se por uma diminuição da gordura subcutânea e sobretudo por uma perda de massa muscular nos estádios mais avançados, geralmente associados à ascite. (Vila, J. e Santos, J., 1997). Em doentes descompensados o diagnóstico da malnutrição calórico-proteica é óbvio com a fusão muscular e do tecido adiposo. (Camilo, E., 2004).

Os mecanismos responsáveis pela desnutrição na cirrose não estão bem identificados. Factores como a diminuição da ingestão alimentar, dieta incorrecta, alteração na digestão e na absorção de nutrientes, aumento do consumo de energia e alterações do metabolismo intermediário participam na génese da desnutrição. O principal transtorno metabólico conhecido com influência no estado nutricional dos doentes cirróticos é a alteração das hormonas que coordenam a fase anabólica (insulina) e catabólica (glucagon) do metabolismo intermediário. Produz aumento da insulina e do glucagon, com resistência periférica à acção da insulina na maior parte dos doentes cirróticos. Os depósitos hepáticos de glucogénio são menores nos doentes cirróticos devido à diminuição da massa hepatocelular funcionante. Em consequência o tempo que estes doentes se mantêm normoglicémicos em jejum é menor do que em pessoas normais. Assim nos doentes cirróticos durante o jejum, há um maior consumo dos depósitos e um maior consumo de energia. (Vila, J. e Santos, J., 1997). Na cirrose hepática a resposta metabólica, após um período de jejum nocturno é semelhante à observada em indivíduos saudáveis após três dias de jejum, com consequente aceleração da malnutrição calórico-proteica. (Camilo, E., 2004).

A doença hepática crónica estabelece disfunção metabólica e hormonal, com redução dos depósitos de glicogénio, neoglicogénese e lipólise precoces, e catabolismo proteico acelerados. Em doentes mais graves esses fenómenos são mais acentuados. (Camilo, E., 2004). A avaliação nutricional do doente é imperativa e deve conter informação relativa à composição corporal, capacidade funcional e balanço energético. Em doentes com doença hepática crónica as limitações dos métodos específicos são grandes. (Camilo, E., 2004). As características das doenças hepáticas fazem com que muitos dos parâmetros utilizados habitualmente na avaliação nutricional não possam ser aplicados. (Vila, J. e Santos, J., 1997). As linhas de orientação para a nutrição, na doença hepática, passam por considerar que todos os doentes têm risco nutricional ou desnutrição. (Camilo, E., 2004). A avaliação nutricional deve ser frequente e o registo da informação no processo clínico, incluindo história dietética, índice massa corporal, variação ponderal e quando ocorreu, edemas e ascite, dentição, deglutição, autonomia. As causas de deficiente ingestão, digestão ou absorção devem ser averiguadas: fármacos (como diuréticos), anorexia, vómitos, diarreia, esteatorreia, obstipação, ascite, encefalopatia, colestase, alcoolismo activo, cooperação do doente, diferenciação, estatuto socioeconómico. (Camilo, E., 2004).

Avaliado o estado nutricional, deve-se calcular as necessidades calóricas e proteicas diárias, tendo em conta a doença de base, a situação clínica e o estado nutricional actual do doente. (Vila, J. e Santos, J., 1997). O cálculo das necessidades permite otimizar a terapêutica nutricional e eventualmente melhorar ou reverter a malnutrição calórico-proteica. A qualidade em cuidados de saúde exige a integração da nutrição. A terapêutica nutricional é mais eficaz em fases não terminais da doença hepática e contempla o aporte de macro e micronutrientes ajustados às necessidades individuais. (Camilo, E., 2004). A terapêutica nutricional deve ser individualizada, com cálculo das necessidades calóricas e proteicas. A prescrição da terapêutica deve atingir os objectivos assegurando a cobertura das necessidades em macro e micronutrientes e fluidos e a via e forma de administração dos nutrientes. (Camilo, E., 2004). Uma dieta saudável e equilibrada é importante para a saúde em geral. Quando há doença hepática é importante evitar ou reduzir certos alimentos. Assim, em medidas gerais, deve-se evitar ou reduzir: fritos; alimentos gordos (sobretudo as gorduras saturadas e hidrogenadas); dietas altamente proteicas; alimentos de alto teor de ferro; alimentos processados e fast-food; chá e algumas bebidas gaseificadas; sal; alimentos

com aditivos e pesticidas; suplementos de ferro; grandes consumos de proteínas; grandes consumos de açúcares. As limitações dietéticas só devem ser introduzidas quando necessárias. As indicadas para os doentes hepáticos passam pela redução do sal, nos doentes com ascite e edemas; redução das proteínas nos doentes com encefalopatia; e redução das gorduras em doentes com colestase e esteatorreia. Aconselha-se que os doentes evitem alimentos que tolerem mal, por sintomas dispépticos. Os gostos dos doentes devem respeitar-se e as refeições devem ser, o mais, atractivas possíveis. (Vila, J. e Santos, J., 1997). Na cirrose hepática compensada a dieta deve ser constituída por uma alimentação saudável, com aporte calórico e proteico (1,2 gramas, por quilograma de peso, diários) adequados, mas com proibição de consumo de álcool. (Pedroto, I., 2004). Na doença hepática, as linhas orientadoras para o consumo diário de proteínas recomendam 1 a 1,5 gramas de proteínas, por quilograma de peso corporal, ou seja, uma pessoa com sessenta quilos pode comer 60 a 90 gramas de proteínas por dia.

A monitorização da terapêutica nutricional e a avaliação a sua eficácia, é fundamental, avaliando itens como tolerância; complicações clínicas, bioquímicas ou mecânicas; modificações no estágio clínico ou nutricional e da restante terapêutica. (Camilo, E., 2004). A educação do doente, técnicos de saúde envolvidos e familiares é uma das linhas de orientação para a eficácia da nutrição na doença hepática. (Camilo, E., 2004).

O transplante hepático é o único tratamento eficaz para a cirrose hepática terminal. Requer, pelo menos, 6 meses de abstinência alcoólica, um suporte socioeconómico estável e ausência de lesão de órgãos extra-hepáticos. (Sherlock S., 2002). A transplantação hepática representa a única alternativa terapêutica quando falham as terapêuticas médicas, quer para a doença hepática crónica como para a hepática aguda. (Monteiro, E., 2006). Pedroto, I.(2004), considera que a transplantação hepática emergiu como uma estratégia no manuseamento destes doentes, devendo ser referenciados para consideração para transplante hepático após os primeiros sinais de descompensação hepática.

Doentes cirróticos compensados devem ser avaliados clínica e analiticamente três a quatro vezes ano. A endoscopia digestiva alta deve ser realizada no início para estadiamento da hipertensão portal: se varizes esofágicas ausentes ou pequenas, repetida a cada dois ou três anos, se varizes esofágicas grandes é iniciada terapêutica

profilática primária. O screening do carcinoma hepatocelular é realizado por ecografia e doseamento da alfa-feto-proteína semestralmente. (Pedroto, I., 2004).

Na Instituição Hospitalar onde se realiza o estudo, as consultas são programadas de seis em seis meses para os doentes hepáticos com a cirrose compensada, embora possa diferir consoante critério médico. A programação das consultas dos doentes, com sinais de descompensação, é feita de acordo com a gravidade dos incidentes. Muitas vezes os incidentes da doença, fazem os doentes recorrer à Urgência, pois não existe outro local onde possam recorrer, nem que seja para efectuar um tratamento relativamente simples, como retirar líquido ascítico. Muitas das vezes, são mesmo internados para efectuarem esses controlos, o que vai aumentar o número de internamentos necessários, sendo doentes fragilizados, com as suas defesas diminuídas, os consecutivos internamentos vão aumentar a probabilidade de possíveis complicações.

Não existem comunidades / associações que apoiem estes doentes, para problemas específicos. Há comunidades de apoio aos alcoólicos, centros de referência, consultas de etilo-risco, assim como centros de apoio a toxicómanos. Contudo comunidades / associações que assistam estes doentes como um doente hepático crónico no seu todo não existem, há “coisas” fragmentadas. Comunidades específicas que assistam estes doentes com as suas características e especificidades próprias, que pudessem apoiar estes doentes e famílias não existem. Comunidades, que dessem apoio, de forma a controlar o comportamento do doente, como a dar resposta às necessidades terapêuticas e dietéticas dos doentes. Comunidades onde os doentes pudessem estar, por exemplo durante o dia, se não tiverem familiares que os acompanhem, onde os ajudassem a cumprir a sua medicação e a dieta; e pudessem tratar de alguns sinais de descompensação. O cumprimento da medicação e da dieta, quando introduzida vai prevenir e retardar o aparecimento de algumas complicações. Prevenindo as complicações evitam-se os internamentos.

No caso dos doentes alcoólicos para evitar as recaídas deve poder estabelecer parcerias e mobilizar a interacção dos recursos locais. Essas parcerias e mobilização de interacções passa pelos centros de cura ambulatória, as associações de apoio, os centros de cura ou pós-cura que tenham assegurado o internamento recente do doente e com que se possa retomar o contacto, o médico do trabalho que pode intervir ajudando o doente no seu local de trabalho. (Marc et Picard, 1984).

Os hospitais de dia, são raros nesta área e quando existem dirigidos para pequenos tratamentos pontuais (biópsia hepática, paracenteses ...).

## 5.2 MOTIVAÇÃO

Os comportamentos aditivos parecem ter um papel importante na doença hepática crónica, quer como factor desencadeante da doença, quer como factor de progressão da doença. Esses mesmos comportamentos condicionam a adesão, cumprimento do processo terapêutico.

A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hippocrates há 2400 anos, como referiu Haynes. O conceito de adesão foi apenas desenvolvido no século 20, por Haynes em 1979. Segundo este autor, a adesão, que ele denominava por *compliance*, podia ser definida como o grau em que o comportamento do doente, (tomar a medicação, e cumprir outras prescrições médicas como dieta e mudança de estilo de vida), coincide com a prescrição clínica. Uma vez que o termo *compliance* tinha uma conotação hierárquica, com um médico superior e onipotente e um doente subordinado, ele foi sendo abandonado a favor do termo adesão (*adherence*), como constatou Feinstein (1990), que subintende uma maior cooperação e igualdade na relação médico-doente. Nesta linha foi proposto pela Royal Pharmaceutical Society of Great Britain o termo concordância (*concordance*), que segundo esta entidade se aproxima mais de uma aliança terapêutica (Lisson *et al*, 2005). Nos textos internacionais, o termo adesão continua sendo o que é empregue mais frequentemente.

A motivação é complexa e muitas variáveis intrínsecas e extrínsecas, influenciam o processo em determinado momento. As influências motivacionais de hoje podem ser diferentes do amanhã, e metas a curto prazo podem preceder sobre as de longo prazo. O problema é que, tornar-se ou permanecer saudável, ou aprender o que alguém precisa para um cuidado apropriado, envolve metas a longo prazo, enquanto por exemplo beber um copo de vinho, “só desta vez”, satisfaz uma meta a curto prazo de prazer. (Rollnick, 1996). A motivação intrínseca surge do indivíduo, pertence aos seus desejos, necessidades, direcções ou metas. Factores externos ou extrínsecos podem superar positiva ou negativamente esta motivação. Exemplos de

factores externos que actuam positivamente, incluem o suporte familiar, o prazer e as recompensas materiais. Uma motivação pessoal em seguir determinadas recomendações, pode ser prejudicada em ocasiões sociais, ou devido a falta de suporte familiar e amigos. (Horn *et al.*, 1997). O suporte social é um factor preditor importante da adesão ao tratamento. O suporte social poderá actuar primeiramente como um amortecedor do impacto da doença, mas também poderá oferecer protecção. (Pilisuk e Parks, 1986).

*Hipótese 6 – Os doentes hepáticos que vivem sozinhos, tem menor índice de motivação para o cumprimento dos processos terapêuticos.*

A motivação pode ser considerada como alguma coisa que faz uma pessoa agir, ou o processo de estimular uma pessoa a agir. A palavra é frequentemente utilizada para descrever aqueles processos que instigam um comportamento; fornecem direcção e propósito ao comportamento; permitem a persistência do comportamento; conduzem às escolhas ou preferências de um determinado comportamento (Holli e Calabrese, 1991).

O facto dos doentes alcoólicos serem considerados, como tendo pouca auto-motivação e dificuldade em deixarem-se motivar pelos seus terapeutas, sugere que a problemática da motivação pode ter um papel primordial na reabilitação do alcoólico. (Ryan, 1995). A falta de motivação é também uma das razões mais frequentes citadas para a desistência de programas de reabilitação, falta de cumprimento desses programas, recaídas e outros efeitos negativos. Apesar da presumida importância da motivação nos resultados terapêuticos, a sua prova empírica é ambígua. (Ryan, 1995). A definição de motivação é frequentemente demasiado global e teoricamente retardada. A motivação é muitas vezes inferida a partir do comportamento do doente. Assim a definição é muitas vezes circular. (Ryan, 1995).

As mudanças de estilo de vida para a prevenção e o tratamento das doenças crónicas são caracterizadas pela baixa adesão do paciente. DiMatteo em 1994, fez uma revisão de literatura sobre a falta de adesão de doentes e os processos sociais e psicológicos que intervêm na relação médico / doente descreveu que 38% dos pacientes deixam de seguir um tratamento agudo recomendado (por exemplo, uso de antibióticos); 43% dos pacientes não aderem a um tratamento crónico (por exemplo,

tratamento antihipertensivo), 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas as mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono de hábitos como o deixar de fumar e outros.

Existem várias teorias sobre a motivação para a mudança de comportamentos. Estas modificações de comportamentos podem ocorrer com ou sem ajuda profissional. A motivação não deve ser pensada como um problema de personalidade, nem como um traço que a pessoa carrega consigo quando procura o terapeuta. A motivação é um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Esse estado pode ser influenciado. Um modelo útil de como ocorre a mudança foi desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente, em 1982. (Miller, W. e Rollnick, S., 1992). Optou-se por estudar e aplicar o modelo transteórico, por este ser aplicado com níveis de sucesso a mudanças de comportamentos numa variedade de comportamentos relacionados com a saúde. O modelo transteórico foi construído, originalmente para descrever o processo de mudança relativo ao abandono do comportamento de fumar. (Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992). Posteriormente foi aplicado em intervenções clínicas relacionadas com a dependência de drogas e bebidas alcoólicas. Mediante adaptações específicas, para cada área, passou a ser utilizado na mudança de comportamento no controlo de peso; no uso de protector solar; no uso de preservativos; na promoção da actividade física, entre outros.

O Modelo transteórico é composto por um conjunto de etapas que decorrem no processo de mudança de comportamentos. Neste modelo, a mudança é um processo com várias fases e a motivação para mudar vai crescendo gradualmente.

### **5.3 MODELO TRANSTEÓRICO**

A motivação caracteriza-se como um processo dinâmico segundo o modelo transteórico. (Prochaska e DiClemente, 1982).

O Modelo Transteórico, (Transtheoretical Model of Stages of Change), é um modelo integrador de mudança de comportamentos. É um modelo de mudança intencional, centra-se nas tomadas de decisão do indivíduo. Este Modelo foi desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente em 1982, os

autores tentaram compreender como e porque as pessoas mudam, tanto por si mesmas quanto recorrendo ao auxílio de um terapeuta.

Em 1979, Prochaska procurou identificar, a partir da análise comparativa dos dezoito maiores sistemas de psicoterapia, os processos de mudança comuns a todos eles. Por isso, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico” e teve como seu principal pressuposto que: auto-mudanças bem sucedidas dependem de fazer coisas certas (processos) no momento certo (estágios / etapas). (Prochaska, Di Clemente e Norcross, 1992).

O modelo transteórico começou a ser elaborado a partir da análise dos resultados divergentes de diversos estudos, alguns mostravam que a aderência a um tratamento formal faz com que as pessoas modifiquem comportamentos indesejados; outros, no entanto, referiam que as mudanças podem acontecer sem nenhum tipo de ajuda profissional, e outros ainda afirmavam que mudanças bem sucedidas podem ocorrer com ou sem ajuda profissional. ((Prochaska *et al.*, 1992).

O Modelo Transteórico é um modelo biopsicosocial conceptualizado para o processo de mudança de comportamento intencional. O Modelo Transteórico (Prochaska, 1992), também chamado de teoria de etapas de mudança, descreve a mudança de comportamento como um processo no qual os indivíduos progridem, através de uma série de fase discretas ou etapas de mudança, a “roda da mudança”.

Estas etapas de mudança têm sido documentadas na mudança comportamental de indivíduos, nas áreas de abdicar de fumar, uso de substâncias, controlo do peso, uso de protector solar, uso de preservativos e promoção da actividade física.

As Etapas da Mudança são uma das principais componentes do Modelo. As mudanças comportamentais devem ser consideradas como ocorrem e como progridem através de uma série de etapas. As etapas da mudança são: Pré-contemplação; Contemplação; Preparação; Acção e Manutenção. (Prochaska *et al.*, 2006).

Pré-contemplação é a etapa na qual o indivíduo não tem intenção de mudar um comportamento relevante num futuro previsto (aproximadamente 6 meses, porque se considera que este é o futuro mais distante no qual as pessoas planeiam mudanças específicas para comportamentos-poblema). Nesta fase as pessoas não percebem ou recusam o conhecimento do risco, ou ainda decidiram por alguma razão não adoptar um comportamento mais saudável. (Prochaska *et al.*, 2006).

**Tabela 3 - Modelo Transteórico: Etapas / Características**

<b>ETAPA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>ABORDAGEM TERAPÊUTICA</b>
<b><i>Pré-contemplação</i></b>	A pessoa não identifica a existência de problema. Não apresenta a intenção de mudar nos próximos 6 meses.	Levantar dúvidas. Fazer com que a pessoa possa aumentar a sua percepção dos problemas causados pelo seu comportamento actual.
<b><i>Contemplação</i></b>	A pessoa já tem alguma consciência do problema e põe a hipótese de mudar de comportamento nos próximos 6 meses. A pessoa apresenta um alto nível de ambivalência. A mudança tanto é considerada como rejeitada.	Procurar as razões para mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a crença do paciente sobre as possibilidades de mudança.
<b><i>Determinação</i></b>	A pessoa tem a intenção de mudar o comportamento num futuro próximo, geralmente um mês. Desenvolve-se um plano para concretizar a mudança.	Auxiliar a pessoa a definir a forma mais apropriada para conseguir as mudanças que deseja.
<b><i>Acção</i></b>	Houve mudanças significativas no estilo de vida nos últimos 6 meses. Existe um compromisso de acções que concretizem a mudança.	Ajudar a pessoa na direcção à mudança.
<b><i>Manutenção</i></b>	Menor possibilidade de recaída. Aumento de confiança para continuar o processo de mudança.	Auxiliar a pessoa a identificar estratégias de prevenção à recaída.

Contemplação é a fase na qual o indivíduo começa a considerar a necessidade de mudar o comportamento em algum ponto do futuro. As pessoas frequentemente permanecem nesta fase por um longo período de tempo devido à dificuldade dos custos e benefícios da mudança do seu comportamento. (Prochaska *et al*, 2006).

Preparação é a etapa na qual o indivíduo toma a decisão de mudar de comportamento, é caracterizado como um período de planeamento da estratégia da mudança de comportamento. (Prochaska *et al*, 2006).

Acção é a fase na qual os indivíduos implementam o seu plano de mudança de comportamento e começam a concretizá-lo de uma forma consistente. (Prochaska *et al*, 2006).

A manutenção é a etapa final na qual a prática comportamental já está solidificada e incorporada na rotina, sendo caracterizada por esforços de prevenção de recaídas. As pessoas só estarão neste estadió quando alterarem o seu comportamento por um período de tempo superior a seis meses. (Prochaska *et al*, 2006)

As recaídas podem ocorrer em qualquer fase desta sequência, podendo ou não ser seguidas por uma interrupção do progresso através das diferentes etapas. O processo de mudança continua mesmo que ocorra a recaída, o processo de mudança avançará e a cada volta na roda, haverá uma evolução tal qual uma espiral produtiva. (Prochaska *et al*, 2006).

As etapas de mudança fornecem uma descrição de quando ocorrem modificações de atitudes, intenções e comportamentos.

Uma segunda componente / dimensão do Modelo Transteórico são os processos da mudança, descrevem como essas modificações ocorrem nas diferentes etapas.

Os Processos de mudança são estratégias, técnicas e intervenções que as pessoas usam para progredir através das etapas, com o objectivo de modificar com sucesso o comportamento. Esses processos podem ser considerados como as variáveis independentes que as pessoas têm de aplicar para passar as diferentes etapas de mudança. (Miller, W. e Rollnick, S., 1992).

Os Processos de mudança, além de permitirem a compreensão de como as intenções de mudança ocorrem, podem ser divididos em duas categorias: processos experimentais (cognitivos e afectivos) e processos comportamentais.

Os Processos de mudança experimentais envolvem mudanças nas atitudes dos indivíduos e são: aumento de consciência (elevação do nível de consciência sobre si

mesmo e sobre o comportamento não desejável); expressão emocional (fase que envolve experimentar e expressar sentimentos sobre si próprio em relação ao seu problema de comportamento); reavaliação ambiental (julgamento, de como o próprio problema de comportamento, afecta o ambiente pessoal e físico); auto-reavaliação (avaliação de si próprio quanto aos custos/benefícios da mudança de comportamento); liberação social (processo que envolve o aumento da disponibilidade de comportamentos alternativos na sociedade para que o indivíduo possa mudar de comportamento). (Miller, W. e Rollnick, S., 1992).

Os Processos de mudança comportamentais são definidos pelas actividades que os indivíduos executam para modificarem o comportamento problemático e podem ser assim definidos: controlo das contingências de reforço (baseado em enfatizar e premiar a mudança de comportamento); auto-liberação (relacionada a mudanças a nível experimental que aumentam a capacidade do indivíduo fazer escolhas, realizar actos e acreditar na possibilidade de mudança); contracondicionamento (baseado na substituição do comportamento não desejável por um comportamento alternativo); controlo de estímulos (fase em que se evita ou contorna estímulos que conduzam ao comportamento indesejável); suporte social (relacionado como facto de os indivíduos estarem abertos e dispostos a confiarem em pessoas que se importam com eles). (Miller, W. e Rollnick, S., 1992).

Um aspecto importante acerca dos processos de mudança é o de que cada processo é mais influenciável em certas etapas do que noutras. As pessoas passam eficientemente através das diferentes etapas utilizando processos apropriados a cada etapa. Se alguns processos são usados excessivamente, em etapas inapropriadas, podem constituir num obstáculo à mudança ou conduzir a uma recaída.

O elemento chave do Modelo Transteórico é a relação entre as etapas e os processos de mudança. O Modelo Transteórico tem como principal pressuposto que as auto-mudanças bem sucedidas dependem de fazer as coisas certas (Processos) no momento certo (Etapas). (Prochaska *et al.*, 1992).

Para Prochaska, a implicação mais importante de suas pesquisas foi a descoberta da necessidade de, inicialmente, identificar a etapa de mudança na qual o paciente se insere e só então adequar as intervenções terapêuticas a ela. O modelo transteórico está focado na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais

ou biológicas no comportamento. Nesse sentido, as pessoas que modificam comportamentos aditivos tendem a se mover através de uma série de etapas, que envolvem emoções, cognições e comportamentos, independentemente de estarem ou não em tratamento (Velicer, Prochaska, Fava, Norman e Redding, 1998).

Reflectindo no modelo transteórico, pensámos em adaptá-lo aos doentes hepáticos crónicos. Consideramos de suma importância, o perceber em que etapa de mudança, o doente estará, para podermos delinear as estratégias terapêuticas. Como vimos as estratégias têm de se aplicar consoante a etapa motivacional em que o doente se encontra, pois se doente não está decidido a efectuar alterações no seu comportamento, dificilmente o profissional de saúde pode actuar assertivamente. Aplicando o Modelo transteórico aos doentes hepáticos crónicos, conseguimos identificar as etapas em que se inserem, mediante a sua intenção para a mudança. (Figura 1).

Os factores sócio-demográficos, as características da doença, o grau de prognóstico da doença, ou dado que, uma grande percentagem de doentes hepáticos são consumidores de álcool, as características desses hábitos terão efeitos sobre a sua motivação para adesão ao processo terapêutico, seja o cumprimento da medicação e da dieta.

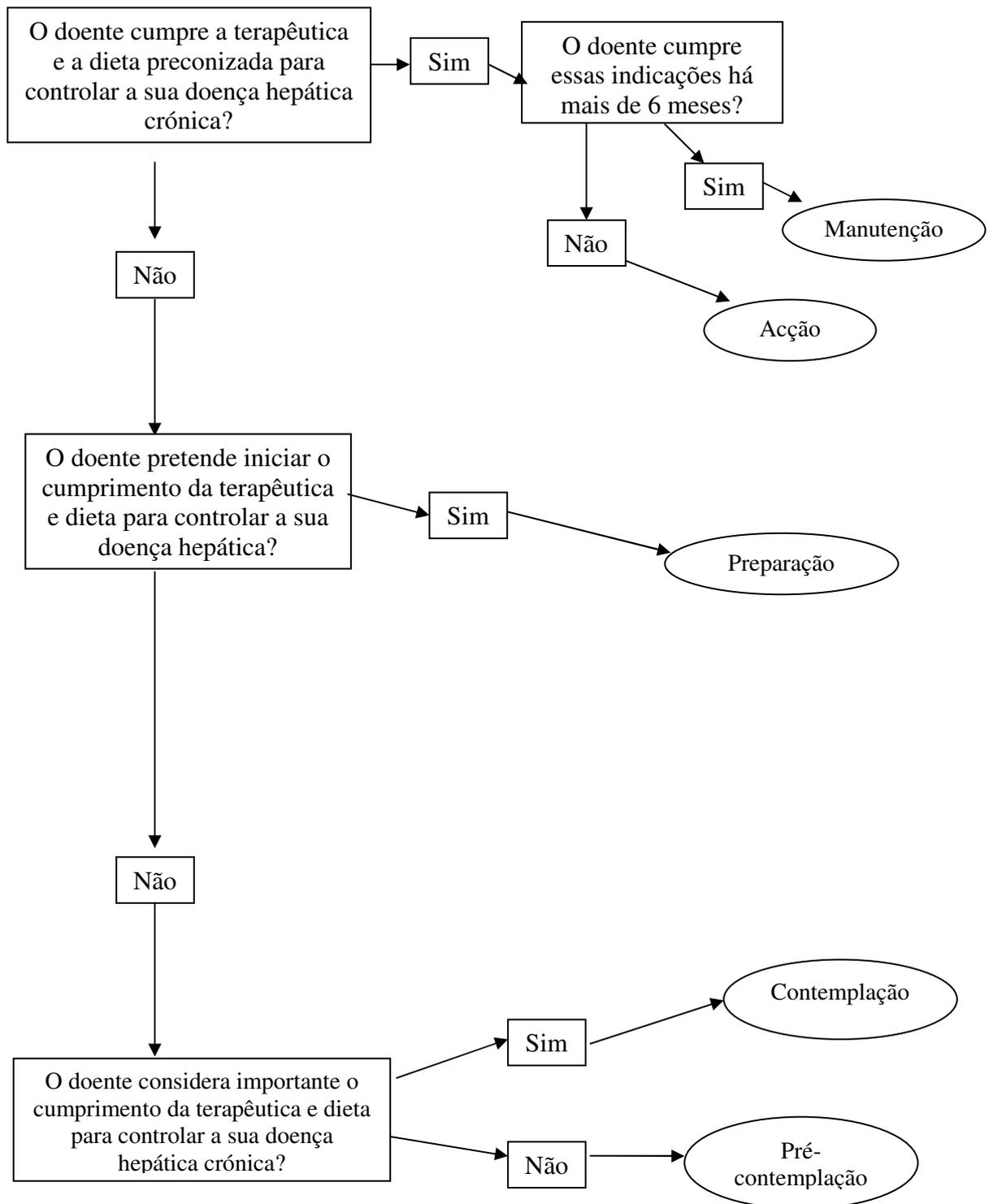
*Hipótese 7 – Os doentes hepáticos com consumo de álcool são menos motivados para o cumprimento dos processos terapêuticos.*

*Hipótese 8 – Os doentes com maior nível de motivação têm um melhor prognóstico.*

*“ Se você tratar um indivíduo como ele é, ele permanecerá assim, mas se você o tratar como se ele fosse o que deveria e poderia ser, ele se tornará o que deveria e poderia ser.”*

*(Johann Wolfgang von Goethe)*

**Figura 1 - Etapas de mudança de comportamento no controlo da doença hepática crónica, segundo o Modelo transteórico. (Adaptado)**





## **6. A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Os doentes hepáticos crónicos, como doentes que recorrem inúmeras vezes aos serviços de saúde, podemos dizer que estão mesmo dependentes deles, como interagem com eles? Como é vista a doença crónica? A forma de actuar é igual na doença crónica e na doença aguda?

O conceito de doença, em inglês, dispersa-se por três termos: disease, illness e sickness, que se traduzem, respectivamente, como ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente. (Ribeiro, 1998). Quando se afirma que um indivíduo tem uma doença, refere-se para um facto biológico. (Barondess, 1979). Quando alguém diz sentir-se doente, já não é a esfera corporal que está em causa, mas sim a componente psicossocial, está alterada a relação entre o sujeito e o meio envolvente. (Barondess, 1979). Quando a pessoa se comporta como doente, é uma designação social, que implica direitos e deveres. (Thorensen e Eagleston, 1985). Um diagnóstico de doença crónica implica a existência de uma doença prolongada, que em vez de curada deve ser gerida. (Blanchard, 1982).

A Organização Mundial de Saúde, (OMS), define doenças crónicas como todas as doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Na perspectiva de enfermagem, a doença crónica é a presença irreversível, acumulação, ou a latência de estádios de doença ou deficiências que envolvem todo o ambiente humano nos cuidados que apoiam e no auto-cuidado, manutenção da função, e prevenção de mais incapacidades. (Lubkin e Larsen, 2006).

As doenças crónicas diferem das doenças agudas pelas suas particularidades, entre as quais se destaca é a ausência de cura, o que cria uma situação do tratamento qualitativamente diferente. O objectivo das doenças agudas é a cura, com as doenças crónicas a não existência de cura vai modificar de forma irreversível a vida do doente, implicando novas responsabilidades. Estas incluem a toma continuada de medicação, mas também a mudança de comportamentos para minimizar as complicações da

doença. O doente deve aprender a conhecer a sua doença e a interpretar as alterações dos sintomas e os efeitos das terapêuticas, de forma a geri-la adequadamente. O doente vê-se confrontado com modificações nas suas relações sociais e de trabalho, e surgem seguidamente os problemas emocionais. (Guerra, J., 2009) A noção de doença crónica passa por ultrapassar a visão de órgão centrada na terapêutica médica, e substituir pela noção em que se intervêm sobre o doente e a família, numa perspectiva de médio e longo prazo, prevenindo as complicações, intervindo nas agudizações, programando intervenções funcionais e de reabilitação.

As doenças crónicas representam hoje um dos desafios mais importantes que enfrentam os sistemas de saúde do século XXI. (Institute of Medicine, 2001). Um dos maiores desafios que os sistemas de saúde têm de enfrentar no século XXI é o aumento do peso das doenças crónicas. (WHO, 2002). Actualmente, as doenças crónicas representam a principal causa de mortalidade e de morbilidade na Europa, com 86% das mortes prematuras na região europeia da Organização Mundial de Saúde, consumindo cerca de três quartos dos orçamentos dos cuidados de saúde. (WHO, 2005). São os doentes crónicos com co-morbilidades representam o principal desafio. Estes doentes requerem uma resposta complexa dos sistemas de saúde, por períodos prolongados, exigindo a coordenação de múltiplos inputs a partir de uma ampla margem de diferentes profissionais de saúde e de especialidades, da administração de fármacos essenciais, de equipamentos de monitorização, os quais requerem a integração num sistema de prestação de cuidados que reconheça e promova a educação terapêutica destes doentes. (Guerra, J., 2009).

As opções do Plano na área da saúde para 2005-2009 passam por considerar, de entre as prioridades nacionais, que a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis merecerão destaque prioritário na agenda de Saúde. A ênfase e o desenvolvimento serão dados a aspectos específicos da saúde da população, nomeadamente: ... às pessoas em situação de dependência, que desenvolva a coordenação e a complementaridade entre o sector social e privado e da saúde; Desenvolver uma estratégia nacional de combate à droga e à toxicodependência, com especial preocupação para o relançamento da política de prevenção dos consumos, da melhoria da acessibilidade através do reforço da rede de tratamento, da adopção de medidas de redução de riscos, minimização de danos e reinserção social. A mudança

de paradigma no Sistema de Saúde será acompanhada por um redimensionamento dos serviços adaptando-os às necessidades dos cidadãos.

Muitas das pessoas com crónicas sobrevivem durante períodos consideráveis de tempo, em consequência das intervenções mais eficazes disponibilizadas pelos sistemas de saúde, tornando-se, deste modo, necessária uma continuidade de cuidados. (Guerra, J., 2009). Perante uma pessoa com doença crónica, as acções em prole da sua autonomia são as mais apropriadas, devendo o doente libertar-se das atitudes passivas e de submissão para assumir uma condição de doente activo, autónomo e responsável. (Moniz e Barros, 2005). A pessoa com doença crónica tende a desenvolver um conjunto de aprendizagens e/ou estratégias que lhe permitem viver com a doença, sendo que o seu auto-cuidado pode ter influência ao nível da manutenção e melhoria da sua condição de saúde. (Orem, 1980). As doenças crónicas exigem dos sistemas de saúde uma resposta complexa durante um período de tempo prolongado, que envolve o input coordenado de uma ampla margem de profissionais de saúde e o acesso a intervenções médicas essenciais e a sistemas de monitorização, os quais necessitam de estar optimamente integrados num sistema que reconheça o doente como o principal centro de controlo e promova, paralelamente, a capacitação dos mesmos. (Nolte et al., 2008). O objectivo centra-se não na cura, mas sim a qualidade de vida do doente e da família, intervindo na patologia física, funcional, cognitiva e nas suas repercussões ambientais e sociais. As consequências das doenças crónicas combinam-se para criar uma entidade nosológica com várias componentes. A gestão dessas componentes, tanto pelo doente como pelo médico, torna-se numa responsabilidade multivariada que se prolonga ao longo do tempo. As componentes alteram-se no decurso dos anos, gerando variações nos padrões de evolução da doença, o que acarreta uma incerteza quanto aos efeitos do tratamento e ao prognóstico. (Guerra, J. 2009). É necessário que os profissionais de saúde compreendam como o doente interpreta a sua doença, pois é ele que lida diariamente com ela e aprende o padrão dos seus sintomas. (Benner, P., 2001). O saber do doente traduz-se num modo de vida diferente e numa cultura do corpo que implica, mais do que conhecimentos, a definição de normas pessoais, a capacidade de negociar e ajustar-se no plano emocional e na capacidade de fazer escolhas e concretizá-las. (Mendes, F., 2005).

A Associação Americana de Gestão da Doença (Disease Management Association of America) define a gestão da doença como “ um sistema de intervenções

e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para as populações, com condições nas quais os esforços de auto-cuidados são significativos”. A gestão da doença deve ser uma “ gestão proactiva de cuidados globais ao doente, baseada num sistema e dirigida por médicos, através do continuum de cuidados, com o objectivo de melhorar os resultados no doente e de reduzir no doente os custos totais dos cuidados”. (Todd, 1998). Os programas de gestão da doença devem ter como alvo populações com doenças específicas, de custos elevados, para as quais exista um hiato substancial entre a implementação de guidelines para os cuidados e a provisão real de cuidados aos doentes. (Rossiter, 2000). A gestão da doença deve, também, envolver a implementação de intervenções abrangentes e coordenadas que melhorem o estado funcional, a condição clínica e a qualidade de vida do doente ao mesmo tempo que se procede à gestão global dos resultados económicos. (Coons, 1996). Deve ser encarada como uma abordagem multidisciplinar, baseada no continuum da prestação de cuidados de saúde que, pró-activamente, identifica populações com, ou em risco de desenvolver doenças crónicas. (Coons, 1996).

A gestão da doença é muitas vezes confundida com gestão de caso, a gestão de utilização, a gestão da procura ou com a educação para a saúde. Contudo a gestão da doença é uma estratégia abrangente e sinérgica que incorpora cada uma das funções referidas, promovendo a continuidade e a coordenação dos cuidados. (Jackson, 2001). A gestão da doença assume uma abordagem mais centrada no doente para a administração de todas as componentes dos cuidados, incluindo os aspectos psicológicos, as questões de quem presta os cuidados e o tratamento de doenças múltiplas. A melhor evidência científica acerca dos processos de diagnóstico e terapêutica deve ser identificada com o objectivo explícito de se estabelecer um padrão mínimo de cuidados para a concepção e implementação de um programa de gestão de doença. A melhoria da coordenação que se verifica na gestão da doença contribui para assegurar que os doentes crónicos recebem os tratamentos de acordo com a *leges artis* e ensina-los a serem participantes activos nos cuidados de saúde através da educação para a auto-gestão da doença. (Coons, 1996). A teoria por detrás da doença, é a de que, os recursos podem ser usados mais efectivamente, se o doente se tornar o centro à volta do qual o sistema de saúde se organiza. (Hunter, 1997). Os programas de auto-gestão de doença promovem a participação do cidadão no seu processo de saúde, é o processo

de “empowerment” que se consegue, onde o que realmente faz a diferença é o autocontrolo pelo próprio doente.

As doenças crónicas exercem uma desproporcionada pressão sobre a utilização e funcionamento dos serviços de saúde. As pessoas com doença crónica geralmente utilizam mais os serviços de saúde, desde consultas médicas, cuidados hospitalares e consumo de medicação. As pessoas com problemas crónicos de saúde têm maior probabilidade de utilização frequente dos serviços de saúde, sobretudo quando apresentam co-morbilidades. O peso da doença crónica tem efeitos adversos importantes na qualidade de vida das pessoas afectadas, causando mortes prematuras e gerando sérios e subestimados efeitos económicos nas famílias, comunidades e sociedade em geral. As suas implicações para os sistemas de saúde e para a sociedade global são consideráveis. (Guerra, J., 2009).

O desenvolvimento de competências de autogestão na doença crónica está associado a resultados significativamente positivos na redução da morbilidade, embora, não seja de forma homogénea para todas as doenças crónicas. A maioria dos pacientes, com doença crónica, não tem uma só doença. As pessoas com situações crónicas têm comorbilidade, entendida como a presença de simultânea de múltiplas doenças crónicas. (Grumbach, K., 2003) Os doentes procuram habitualmente cuidados de saúde para as várias doenças em simultâneo, e não para uma situação única, individual. (Starfield, B. *et al*, 2003). O desenvolvimento de competências de autogestão na doença crónica, encontra-se associada a resultados significativamente positivos na redução da morbilidade, embora não de forma homogénea para todas as doenças crónicas. (Guerra, J., 2009).

Os doentes com a doença conhecida há mais tempo, frequentam mais as organizações de saúde, conhecem melhor as equipas de profissionais de saúde, relacionam-se com eles de uma forma mais intimista. Tendo mais contacto, começa a haver uma maior proximidade e ligam-se aos profissionais com os quais mais interagem, avaliando-os melhor. Os doentes hepáticos crónicos ligam-se aos profissionais de saúde, dependem deles para as orinetações e tratamentos pelo que formulámos a hipótese 9.

***Hipótese 9 – Os doentes hepáticos crónicos, com doença há mais tempo, avaliam de forma mais positiva a disponibilidade dos profissionais de saúde.***

A avaliação da satisfação dos doentes com os cuidados recebidos durante o internamento é cada vez mais uma necessidade para as organizações de saúde.

A satisfação dos utentes dos serviços de saúde é a sua resposta (cognitiva e emocional) à avaliação que fazem dos cuidados que são prestados pelos técnicos de saúde durante uma experiência que tiveram num serviço de saúde na sua qualidade de utentes (Ross, C., 1987). A satisfação dos utentes, refere-se à sua satisfação relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados. O utente está satisfeito, quando a sua experiência actual de interacção com o serviço superou as suas expectativas. (Hespanhol, 2005).

A satisfação dos utentes em saúde define-se como a avaliação dos cuidados de saúde recebidos, englobando as reacções emocionais e cognitivas, ou seja, esta definição salienta a ansiedade e incertezas ligadas à situação de doença e do apoio emocional recebido. (Fritzpatrick, 1997). Os níveis de satisfação dos doentes resultam de vários componentes, entre os quais se destacam aspectos afectivos (suporte emocional e afectivo), aspectos comportamentais (nomeadamente a correcta explicação das prescrições), aspectos relacionado com a competência do técnico de saúde (diagnóstico, tratamento e encaminhamento adequados) e o conteúdo das consultas (nas quais os doentes deveriam receber tanta informação quanto possível, veiculada da melhor forma). (Haynes, 1979). É importante ouvir os utentes, porque são normalmente estes quem melhor conhece qual o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, vontades e prioridades diferentes dos profissionais. (Ferreira *et al*, 2001). As características dos serviços hospitalares são importantes para a satisfação dos utentes. A espera para o atendimento pode ser um factor que vai conduzir à desistência de uma próxima consulta. Um ambiente acolhedor por parte de toda a equipa é fundamental para criar um clima aconchegante. (Holi e Calabrese, 1991).

A satisfação dos doentes com os cuidados recebidos tem-se vindo a afirmar como um aspecto central nas organizações que se preocupam em melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços. Surgiu com maior ênfase nos Estados Unidos da América como um determinante da viabilidade das instituições de saúde e inserido numa estratégia de marketing, na medida em que o sistema de saúde proporciona-se a um ambiente competitivo entre as instituições. De facto, tem-se comprovado cada vez mais que a satisfação dos doentes condiciona a sua opção por

diferentes prestadores de cuidados, pelo que as suas perspectivas, experiências e opiniões, têm vindo a ser cada vez mais pesquisadas e utilizadas em processos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Ferreira, P. 2001).

A satisfação dos doentes é um importante resultado em saúde e está intimamente relacionado com a qualidade dos serviços de saúde na sua globalidade (Stevens, M., 2006). A satisfação dos doentes dos utentes é um indicador importante que reflecte a qualidade dos cuidados de saúde prestados e o grau de satisfação dos utentes sobre as instituições de saúde. (Pego, 1998). No entanto, a investigação tem vindo a demonstrar que a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos é também um importante preditor de alguns aspectos centrais ao sucesso das estratégias de tratamento instituídas, como a adesão do doente ao tratamento (Sherbourne, C.D., 1992 e Hardy, Hest e Will, 1996).

O factor motivacional dos doentes hepáticos crónicos terá implicação na avaliação dos serviços hospitalares? Os doentes que possuem uma maior motivação para cumprir o processo terapêutico, são menos tolerantes com a organização hospitalar, Dado que cumprem, também, exigem.

***Hipótese 10** – Os doentes com maior motivação são mais exigentes com os serviços hospitalares.*

Alguns domínios são frequentes na maioria dos instrumentos, sobre a satisfação dos doentes face aos serviços hospitalares: eficácia do tratamento, desconforto, custos, regimes terapêuticos, informação recebida, instalações e hotelaria e relações estabelecidas entre o doente e os principais grupos profissionais (Reviki, 2004).

A satisfação dos doentes é uma dimensão determinante no comportamento dos utentes em utilizações posteriores desses mesmos serviços, isto é comportam-se de maneira diferente consoante estejam satisfeitos ou insatisfeitos. (Cleary, 1991).

O nível de satisfação dos doentes depende dos atributos do serviço prestado e das expectativas desses mesmos doentes acerca desse serviço. (Pires e Santos, 1999). Para satisfazer essas expectativas as organizações, precisam além de as avaliar junto dos utentes, de treinar os seus profissionais para prestarem bons e melhores serviços, de modo a satisfazerem as necessidades dos utentes. (Pitt e Jeantrout, 1994).

A crescente exigência dos utentes com os serviços de saúde fez com que factores como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde, fossem destacados e relacionados directamente com o processo de satisfação. (Xavier, 1999).

A satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade. (Carr-Hill, 1992).

Os doentes hepáticos crónicos com múltiplos internamentos, conhecedores já dos serviços hospitalares, têm menos expectativas, assim sendo avaliam melhor os serviços hospitalares.

***Hipótese 11** – Os doentes com mais internamentos avaliam de forma mais positiva os serviços hospitalares.*

## **7. METODOLOGIA**

Fizemos um estudo preliminar para conseguir operacionalizar a criação da escala da motivação. Num primeiro momento foram efectuadas entrevistas e procedeu-se a pré-testes. Por fim, aplicou-se o questionário aos sujeitos da amostra, estudo principal. A realização do estudo foi autorizada pela Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, após parecer da respectiva Comissão de Ética. (Anexo I). Foi utilizado formulário de consentimento escrito, (Anexo II), tendo sido explicado aos doentes os objectivos da investigação e o carácter voluntário da sua participação.

### **7.1 ESTUDO PRELEMINAR**

O estudo preliminar constou da realização de entrevistas. A entrevista teve por objectivo operacionalizar as variáveis do questionário final, tendo sido feitos pré-testes sucessivos ao questionário que se encontra descrito no estudo principal. A entrevista é estruturada como consta do anexo III. O tempo de duração da entrevista foi estimado entre 20 a 30 minutos. O objectivo e papel do entrevistador era ouvir o doente para perceber quais as suas percepções e preocupações sobre a sua doença. Identificar qual a motivação do doente para a mudança de comportamentos. O doente tem um papel activo referenciando todas as suas preocupações, motivações e expectativas.

As entrevistas decorreram entre os meses de Janeiro e de Fevereiro de 2009. A realização das entrevistas passou-se na Unidade de internamento de Hepatologia.

A amostra foi constituída por dez participantes, dos quais oito do sexo masculino, constituindo 80% do total dos participantes e dois do sexo feminino (20%). As idades encontradas estavam compreendidas entre os 40 e os 76 anos, a média de idades situa-se nos 53,6 anos  $\pm$  10,8. Os participantes do estudo preliminar eram todos de nacionalidade portuguesa. Dos 10 entrevistados, 8 eram casados (80%) e 2 constituíam o grupo de solteiros, viúvos, divorciados e separados (20%). Sete (70%), possuíam nível de instrução inferior ao 9º ano de escolaridade; três (30%), tinham um nível superior ao 9º ano de escolaridade. Dos dez entrevistados, 5 (50%) tinham

actividade profissional, mas estavam de baixa; quatro (40%) estavam reformados e um (10%) estava desempregado. Nove dos inquiridos (90%) tinham ordenado ou apoio financeiro fixo, um (10%) não tinha qualquer apoio financeiro fixo.

A entrevista era composta por três grupos de questões. O primeiro organizado por perguntas iniciais de enquadramento. O segundo grupo formado por questões sobre os hábitos do doente. E o terceiro grupo constituído por perguntas sobre a motivação, cujo objectivo era operacionalizar a escala de motivação. Neste terceiro grupo, as questões 14 a 28, abordavam interrogações sobre a percepção da doença (exemplo: *Sabe reconhecer os sinais de complicação da doença? Quais são?*); a compreensão da terapêutica (exemplo: *Para si é importante tomar correctamente os medicamentos? Acha que se tomar correctamente os medicamentos tem influência na sua doença ou nem por isso? Explique-me*); o conhecimento da dieta (exemplo: *Nos últimos tempos seguiu a alimentação recomendada? Consegue cumprir na totalidade todas as indicações? Há alguma altura em que não consegue seguir esse plano alimentar? Quais?*); grau de motivação (exemplo: *Vai continuar a cumprir o tratamento indicado ou será pouco provável? Terá dificuldades? Quais poderão ser?*).

Foram feitos ajustes às perguntas. Foram aplicados modelos prévios de escalas de motivação, com base no modelo transteórico, tendo sido alterados consoante as necessidades. Analisou-se a compreensão das perguntas e o conteúdo das respostas. Aferiu-se se as respostas dadas nas entrevistas seriam coincidentes com os resultados obtidos pelo preenchimento do questionário. Procedeu-se às alterações que se encontraram necessárias para tornar a escala mais fiável.

## **7.2 ESTUDO PRINCIPAL**

### **7.2.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo correlacional, em que se analisa o efeito entre as diferentes variáveis, para testar as hipóteses formuladas.

Foram definidas como variáveis independentes: as variáveis sócio-demográficas (sexo, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, apoio financeiro, agregado familiar); variáveis que caracterizam a doença (etiologia da cirrose hepática, tempo de conhecimento da doença, número de

internamentos); variáveis que caracterizam o consumo de álcool (consumo de álcool, idade de início de consumo de álcool, não consome álcool desde, número de vezes que esteve inserido num programa de etilorrisco, dependência álcool – AUDIT).

Como variáveis dependentes foram delineadas as variáveis: de avaliação do grau de prognóstico (MELD, Child-Pugh), factores de motivação individual (motivação para o cumprimento da terapêutica, motivação para o cumprimento da dieta); da necessidade de ajuda para controlo da doença e a variável de opinião sobre os serviços hospitalares (disponibilidade da equipa de enfermagem e outros profissionais, disponibilidade médica, disponibilidade hospitalar).

### **7.2.2 Recolha de Dados**

Efectuou-se um questionário, (Anexo IV), especificamente construído para esta finalidade, como já referenciado.

Os dados foram recolhidos através de questionário, aplicado entre os meses de Fevereiro e Julho de 2009, e a consulta das respectivas fichas clínicas.

A aplicação dos questionários foi realizada na Unidade de internamento de Hepatologia e na consulta de Hepatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria. A aplicação do questionário aos doentes e a consulta do respectivo processo clínico foram autorizadas pela Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, após parecer da respectiva Comissão de Ética. (Anexo I). Foram explicados aos doentes, pessoalmente, os objectivos da investigação e o carácter voluntário da sua participação. Foi utilizado formulário de consentimento informado, escrito. (Anexo II).

### **7.2.3 Amostra**

Para a elaboração deste estudo, foi considerada a população de doentes hepáticos com cirrose hepática, confirmada clinicamente, de qualquer etiologia, que não estivessem em encefalopatia porto sistémica, no momento da aplicação do questionário. No internamento o questionário foi aplicado no dia da alta.

A amostra foi constituída por 141 indivíduos, dos quais 115 do género masculino, constituindo 82% da população e 26 do género feminino (18%). As idades

eram compreendidas entre os 29 anos e os 82 anos, a média de idades situa-se nos 53 anos  $\pm$  12,8.

Os participantes eram na maioria de nacionalidade portuguesa, 136, (96,5%), sendo 2 de nacionalidade romena, 2 angolanos e 1 de nacionalidade brasileira.

Dos 141 participantes, 83 eram casados (59%) e 58 constituíam o grupo de solteiros, viúvos, divorciados e separados (41%). Deste último grupo, 41, 29% da totalidade, vivem sozinhos.

Os inquiridos, 54 (38%), possuíam nível de instrução inferior ao 6º ano de escolaridade, 34 (24%), tinham um nível superior ao 9º ano de escolaridade.

A realçar que dos 141 indivíduos, 26 (18%) tinham uma actividade profissional activa e os restantes 115 (83%) estavam de baixa, reformados ou desempregados.

Os participantes, 114 (81%) tinham ordenado ou apoio financeiro fixo, os restantes 27 (19%) não tinham qualquer apoio financeiro fixo.

#### **7.2.4 Variáveis**

As variáveis deste estudo foram aplicadas aos participantes pelo questionário, que pode ser consultado no anexo IV; e pelos dados clínicos recolhidos do processo clínico. (Anexo V). Como é visível no questionário foram aplicadas diferentes variáveis, agrupadas por temas, porém passamos só a analisar aquelas que foram aprofundadas, por serem as mais relevantes para o estudo, sendo expostas de seguida.

##### **7.2.4.1 Variáveis sócio-demográficas**

As variáveis sócio-demográficas foram constituídas pelas variáveis: sexo, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, apoio financeiro, agregado familiar. Constituíam o primeiro grupo de questões, dados pessoais.

A variável *sexo* é constituída por duas opções: masculino ou feminino. Encontramos 115 indivíduos do género masculino, constituindo 81,6% da população e 26 do género feminino (18,4%).

A pergunta número dois questiona a idade dos participantes. As idades variavam entre os 29 e 82 anos, a média de idades situa-se nos 53 anos  $\pm$  12,8. Esta

variável foi recodificada para facilitar o tratamento estatístico dos dados. Assim à variável recodificada foi atribuído o nome de *grupo etário*. Foram constituídos cinco grupos etários. O primeiro grupo constituído por 14 indivíduos, (9,9%) com idade igual ou inferior a 35 anos. O segundo intervalo constituído por 31 participantes, (22%), com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos. Os 34 indivíduos, (24,1%), com a idade compreendida entre os 45 e os 55 anos, formaram o terceiro grupo etário. No intervalo entre os 55 e os 65 anos, encontramos 36 participantes, (25,5%). O quinto constituído por 26 indivíduos, (18,4%), com idade superior aos 65 anos.

À variável *estado civil*, estavam atribuídas cinco categorias: solteiros (17 indivíduos, 12,1%), casados (83 indivíduos, 58,9%), viúvos (16 indivíduos, 11,3%), divorciados (5 indivíduos, 3,5%) e separados (20 indivíduos, 14,2%). A variável foi recodificada e formaram-se duas categorias: casados, constituída por 83 participantes, (58,9%) e agruparam-se na segunda categoria os solteiros, viúvos, divorciados e separados, 58 participantes, (41,1%).

A variável nível de instrução dos doentes tomava os valores: inferior ao 6º ano de escolaridade (54 indivíduos, 38,3%); 6º ano de escolaridade, (12 indivíduos, 8,5%); 9º ano de escolaridade, (41 indivíduos, 29,1%); 11º ano de escolaridade, (6 indivíduos, 4,3%); 12º ano de escolaridade, (14 indivíduos, 9,9%); licenciatura (12 indivíduos, 8,5%); e outro grau (2 indivíduos com o bacharelato, 1,4%). A variável *habilitações literárias* foi recodificada e foram constituídas três categorias: inferior ou igual ao 6º ano de escolaridade, (54 participantes, 38,3%); superior ao 6º ano e inferior ou igual ao 9º ano de escolaridade, (53 participantes, 37,6%); superior ao 9º ano de escolaridade, (34 participantes, 24,1%).

A variável *actividade profissional* é constituída por 4 categorias: activo, reformada, baixa e desempregado. Encontramos 26 participantes (18,4%) que exerciam a sua actividade profissional; 53 (37,6%) eram reformados; apresentavam-se sem exercer a sua actividade profissional por baixa médica 35 indivíduos (24,8%); e 27 dos participantes (19,1%) estavam desempregados. A variável foi recodificada e atribuídos dois valores: activos, em que foram incluídos todos os que trabalhavam no momento, 26 sujeitos (18,4%) e os não activos, em que se incluíram os reformados, os que estavam de baixa e desempregados, constituindo 115 indivíduos, (81,6%).

Os recursos financeiros, variável a que estava atribuído os valores: ordenado fixo, apoio social financeiro fixo, apoio social financeiro esporádico e sem qualquer

apoio financeiro. Registamos 106 participantes (75,2%) com ordenado fixo; 8 (5,7%) com apoio financeiro fixo; com apoio financeiro esporádico 13 (9,2%); e sem qualquer apoio financeiro 14 (9,9%). Esta variável foi recodificada, *apoio financeiro*, tendo sido atribuídas duas categorias. A primeira: com apoio financeiro que juntou as anteriores ordenado fixo e apoio social financeiro fixo, 114 indivíduos (80,9%); a segunda, sem apoio financeiro, associou os indivíduos com apoio financeiro esporádico e os que não tinham qualquer apoio financeiro, ficamos com 27 sujeitos (19,1%).

O variável *agregado familiar*, no questionário, com vários itens: vive acompanhado, vive sozinho, quantas pessoas vivem em sua casa, se vive sozinho quem o acompanha. Optámos por atribuir a esta variável três categorias. A primeira: vive sozinho; encontramos 41 indivíduos que vivem sozinhos, o que constitui 29,5%. A segunda categoria: vive acompanhado com outra pessoa; 39 participantes (27,7%) vivem acompanhados por uma pessoa. A terceira categoria vive acompanhado com 2 pessoas ou mais; verificamos que 61 inquiridos, 43,3%, viviam acompanhados por duas ou mais pessoas.

#### **7.4.2.2 Variáveis que caracterizam a doença**

As variáveis que caracterizam a doença foram organizadas pelas variáveis: etiologia da cirrose hepática, tempo de conhecimento da doença, número de internamentos. Estas variáveis foram conseguidas a partir da consulta da ficha clínica do doente (Grupo V- Dados clínicos). Obtivemos autorização do respectivo Conselho de Administração e Comissão de Ética. (Anexo I).

Para a variável *etiologia da doença*, pesquisada no processo clínico, encontramos: 88 participantes (62,4%) cuja etiologia da doença é o álcool; 17 participantes (12,1%), a etiologia da DHC é o VHC e álcool; 5 participantes (3,5%), a causa da doença associa o VHB e o álcool; 1 doente (0,7%) a causa da doença é o VHC, VHB e álcool; em 24 participantes (17%), o VHC é o responsável pela doença; 1 doente (0,7%) a causa da doença é atribuída ao VHB; 1 doente (0,7%) a etiologia é a hepatite autoimune; 1 doente (0,7%) a causa responsável pela doença é o Bud Chiari; 1 doente (0,7%), a causa da doença é a cirrose biliar primária; em 2 doentes (1,4%) a etiologia da doença é desconhecida. Recodificamos a variável e assim obtivemos duas categorias: a primeira em que o álcool está presente, 111 doentes (78,7%); a segunda

que associa todas as outras causas, 30 doentes (21,3%) excluindo os consumidores de álcool.

A variável *há quanto tempo é conhecida a doença*, os resultados obtiveram-se da análise do processo clínico. Pela diversidade dos dados, esta foi recodificada. Formamos quatro categorias: doença conhecida há menos de 1 mês; doença conhecida há menos de 6 meses, mas há mais de 1 mês; doença conhecida há mais de 6 meses, mas há menos de 1 ano; doença conhecida há mais de 1 ano. Em 13 doentes, (9,2%), a doença foi diagnosticada há menos de 1 mês. 41 dos doentes, (29,1%) a doença foi conhecida há mais de um mês e há menos de seis meses. Os doentes em que a doença foi indicada, há mais de seis meses e há menos de um ano, são 38, (27%). Em 49 doentes, a doença foi diagnosticada há mais de um ano, constituindo 34,8% da amostra.

A variável o *número de internamentos*, é resultante da pesquisa do processo clínico. Pela variedade dos dados obtidos, recodificamos a variável. Identificamos cinco classes: 0 internamentos (14 doentes, 9,9%); 1 a 2 internamentos (74 doentes, 52,5%); 3 a 6 internamentos (41 doentes, 29,1%); 7 a 10 internamentos (7 doentes, 5,0%); e mais de 10 internamentos (5 doentes, 3,5%).

#### **7.4.2.3 Variáveis que caracterizam o consumo de álcool**

As variáveis que caracterizam o consumo de álcool agrupam as variáveis: consumo de álcool; idade de início de consumo de álcool; há quanto tempo não consome álcool; frequência em que esteve inserido num programa de etilo-risco; dependência álcool – AUDIT.

As quatro primeiras variáveis resultam da resposta a questões directas.

A variável *consumo de álcool*, a resposta é objectiva, entre sim e não. Dos questionados, 121 (85,8) referem serem consumidores e 20 (14,2%) nunca terem consumido álcool.

A variável *idade de consumo de álcool*, regista como idade de início de consumo mais baixa os oito anos (2 participantes), e como idade de início mais alta os 29 anos (1 participante). A média de idade de início de consumo de álcool encontrada foi de 14,9 anos,  $\pm$  3,8. Para facilitar o tratamento estatístico esta variável foi recodificada e atribuídas as categorias: nunca consumiram (20 indivíduos, 14,2%);

idade igual ou inferior aos catorze anos, de início de consumo de álcool (55 indivíduos, 39%); idade de início de consumo de álcool entre os 14 e os 18 anos (53 indivíduos, 37,6%); início de consumo de álcool com mais de 18 anos (13 indivíduos, 9,2%).

A variável *há quanto tempo não consome álcool*, pela multiplicidade de dados foi recodificada. Criamos cinco classes: nunca consumiram (20 participantes, 14,2%); deixaram de consumir há menos de um mês (50 participantes, 35,5%); deixaram de consumir há mais de 1 mês e há menos de 6 meses (37 participantes, 10,6%); deixaram de consumir há mais de 6 meses e há menos de 1 ano (15 participantes, 10,6%); não consomem, há mais de 1 ano (19 participantes, 13,5%). Encontramos 1 participante que não consumia há 20 anos.

A variável, *frequência de vezes que esteve inserido num programa de etil-risco*, também, foi recodificada. Foram constituídas quatro categorias: os que nunca consumiram (20 inquiridos, 14,2%); os que nunca estiveram inseridos num programa (59 inquiridos, 41,8%); os que frequentaram uma vez esses programas (40 inquiridos, 28,4%); e os que já estiveram inseridos 2 vezes ou mais nesses programas (22 inquiridos, 15,6%).

*A dependência alcoólica* é avaliada por um conjunto de questões que formam o questionário AUDIT.

O AUDIT foi desenvolvido pela OMS como um método simples de identificação do consumo excessivo e permite fazer a abordagem em função dos resultados do questionário com uma intervenção breve. Foi desenhado para os Cuidados de Saúde Primários para detectar consumo nocivo e dependência. Uma vez realizada a detecção, o passo seguinte é providenciar a intervenção adequada que vai ao encontro das necessidades de cada utente. (WHO, 2005)

O AUDIT consiste em 10 questões sobre uso de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados com o álcool. No questionário original, as perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam--se com 0, 2 e 4 pontos. No somatório, 1 a 7 são bebedores de baixo risco, de 8 a 19 bebedores de risco, de 20 a 40 são considerados bebedores excessivos, com dependência alcoólica. (Anexo VI).

As dez questões do AUDIT no nosso questionário são as perguntas de 16 a 25 do grupo II. O AUDIT foi formulado aos 50 participantes que consumiam álcool ou que tinham deixado de consumir há menos de 1 mês. Assim, dos 50 indivíduos que

ainda consomem álcool, 5 (10%) têm consumo de baixo risco; 22 (44%) são consumidores de risco; e 23 (46%) dos indivíduos apresentam dependência alcoólica.

#### **7.4.2.4 Variáveis de avaliação do grau de prognóstico**

As variáveis de avaliação de prognóstico englobam a avaliação dos índices MELD e Child-Pugh. Estas variáveis foram conseguidas a partir da consulta do processo clínico do doente (Grupo V- Dados clínicos). Realço que obtivemos autorização do respectivo Conselho de Administração e Comissão de Ética. (Anexo I).

A variável *MELD* foi registada dos dados clínicos ou calculada através da fórmula. A fórmula MELD score =  $9,57 \times \log_e(\text{creatinina}) + 3,78 \times \log_e(\text{bilirrubina}) + 11,2 \times \log_e(\text{INR}) + 6,43$ . Os valores possíveis variavam entre 6 e 40 pontos, em que quanto menor a pontuação melhor o prognóstico. Obtivemos valores discretos entre 6 e 35 pontos. Cinco dos doentes (3,5%) apresentavam um MELD de 6 pontos; 35 pontos foram exibidos por 2 doentes (1,4%). A média da variável MELD situa-se nos 15,06 pontos,  $\pm 6,07$ .

A variável *Child-Pugh* engloba três categorias: A, B, C. Foram analisados os processos clínicos dos 141 doentes e determinada, quando não estava, a respectiva classe, recorrendo ao registo na folha dos dados clínicos da observação de ascite, encefalopatia, valor de albumina, valor de bilirrubina, e valor de INR. A classe A compreende a pontuação entre 5 a 6 pontos; a classe B pontuação entre 7 a 9 pontos; e a classe C pontuação entre 10 e 15 pontos. A classe A, representa melhor pronóstico e a classe C, pior prognóstico. Encontramos 11 doentes (24,8%) que pertenciam à classe A; 49 doentes (34,8%) à classe B; e 57 doentes (40,4%) à classe C, pior prognóstico, sobrevivência ao ano de 45% e aos dois anos de 35%.

#### **7.4.2.5 Variáveis - factores de motivação individual**

Os factores de motivação para o cumprimento da medicação e da dieta foram adaptados à realidade destes doentes, pela própria, a partir da Escala University of Rhode Island Change Assessment, (URICA), (Anexo VII). A escala URICA é oriunda do Modelo Transteórico. Esta escala é utilizada pelos investigadores para identificar em que etapa, os indivíduos, se encontram quanto à motivação de mudança de

comportamento para determinado problema, com o objectivo de planear a estratégia terapêutica.

*O factor da motivação para o cumprimento da medicação* engloba as questões 38 a 41. A questão 38: em relação ao cumprimento da terapêutica, escolha a frase que melhore o caracteriza (Não cumpro, nem considero importante o cumprimento correcto da terapêutica; não cumpro, mas considero importante o cumprimento correcto da terapêutica; pretendo iniciar o cumprimento correcto da terapêutica; cumpro a terapêutica na maior parte dos dias, desde que me foi prescrita; a terapêutica foi-me prescrita há mais de 6 meses e consigo cumprir-la integralmente nos últimos 6 meses). Nas questões 39 a 41 estão descritas afirmações em relação à importância / necessidade do cumprimento da medicação, e o inquirido marca com X a frase com que mais se identifica em cada pergunta. Questão 39 a escolha faz-se de entre: o facto de cumprir ou não cumprir a medicação que me foi prescrita não afecta significativamente o meu estado geral de saúde; eu acho importante cumprir regularmente a medicação, porém muitas das vezes não cumpro a medicação que me foi prescrita; não tenho cumprido regularmente a medicação que me foi prescrita, mas no futuro pretendo cumprir essa medicação; cumpro regularmente a medicação desde que me foi prescrita; cumpro regularmente a medicação, como me foi indicada há mais de 6 meses. Na pergunta 40 a preferência faz-se de entre: por vezes não tomo a medicação, mas prefiro não me penalizar por isso; eu gostava de cumprir a medicação prescrita, mas muitas das vezes não sei como posso alterar os meus hábitos, para poder cumprir-la; para conseguir tomar a medicação indicada vou procurar alguém que me ajude a cumprir o que me foi prescrito; eu penso que a medicação é importante mas nem sempre a cumpro; a medicação tem ajudado a controlar a doença no entanto, às vezes, tenho receio de não conseguir manter esta medicação com regularidade. Na questão 41 a escolha faz-se de entre: não tomo a medicação, mas isso não me incomoda, pois prefiro viver sem preocupações; a medicação que me é indicada é importante, mas não consigo cumprir-la regularmente; estou disposto a alterar os meus hábitos de vida para conseguir cumprir a medicação que me foi prescrita; quando surgem necessidades de alteração da medicação, eu consigo determinar qual a medicação mais adequada, sem necessidade de ajuda; tomo a medicação correctamente com regularidade, desde que me foi prescrita, no entanto preciso de ajuda para não ter qualquer recaída. A resposta a cada questão, é atribuído o valor de 1 a 5 respectivamente, em que o valor 1 corresponde à

etapa *précontemplação*; o valor 2 à etapa *contemplação*; o valor 3 à etapa *preparação*; o valor 4 à etapa *acção*; o valor 5 à etapa *manutenção*. O factor da motivação para o cumprimento da medicação resulta da média das respostas às respectivas questões.

*O factor da motivação para o cumprimento da dieta* juntou as questões 46 a 49. Na pergunta 46, em relação ao cumprimento da dieta, escolha a frase que melhore o caracteriza: Não cumpro, nem considero importante o cumprimento da dieta; não cumpro, mas considero importante o cumprimento correcto da dieta; pretendo iniciar o cumprimento; a dieta foi-me prescrita, há mais de 6 meses e consigo cumpri-la integralmente nos últimos 6 meses. Nas questões 47 a 49 estão descritas afirmações em relação à importância / necessidade do cumprimento da dieta, e o inquirido marca com X a frase com que mais se identifica em cada pergunta. Na questão 47 a escolha faz-se de entre: o facto de cumprir ou não cumprir a dieta que me foi indicada não afecta significativamente o meu estado geral de saúde; eu acho importante cumprir regularmente a dieta indicada porém, muitas das vezes, não consigo alimentar-me dessa forma; não tenho cumprido regularmente a dieta indicada, mas no futuro pretendo alimentar-me tal como me aconselharam; cumpro regularmente a dieta, desde que me foi prescrita; cumpro regularmente a dieta que me foi indicada há mais de seis meses. Na pergunta 48 a preferência faz-se de entre: por vezes não cumpro a dieta, mas prefiro não me penalizar por isso; eu gostava de cumprir a dieta indicada, mas muitas das vezes não sei como posso alterar os meus hábitos para poder cumpri-la; para conseguir cumprir a dieta indicada, penso que preciso de alguém para me ajudar a alimentar-me convenientemente; eu penso que a dieta é importante, mas nem sempre a cumpro; a dieta indicada tem-me ajudado a controlar a doença no entanto, às vezes, tenho receio de não conseguir manter este tipo de alimentação com regularidade. Na questão 49 a escolha faz-se de entre: normalmente como o que me apetece, mas isso não me incomoda, pois prefiro viver sem preocupações; a dieta que me é indicada é importante, mas não consigo cumpri-la integralmente; estou disposto a alterar os meus hábitos de vida, para conseguir cumprir a dieta que me foi indicada; quando surgem situações em que não consigo cumprir a dieta indicada, eu consigo compensar nas outras refeições sem necessidade de ajuda; pratico a dieta correctamente e com regularidade desde que me foi prescrita, no entanto preciso de ajuda para não ter qualquer recaída. O valor de 1 a 5 é atribuído a cada resposta, respectivamente, em que o valor 1 corresponde à etapa *précontemplação*; o valor 2 à etapa *contemplação*; o

valor 3 à etapa *preparação*; o valor 4 à etapa *acção*; o valor 5 à etapa *manutenção*. O factor da motivação para o cumprimento da dieta resultou das respectivas médias de resposta às questões.

#### **7.4.2.6 Variável de opinião sobre a necessidade de ajuda**

Esta variável resulta da opinião do doente sobre a necessidade de ajuda de forma a mudar os seus comportamentos, para controlar a doença. As respostas definidas: não sabe, se necessita de ajuda; não necessita de qualquer ajuda; é pouco provável que necessite de ajuda; necessita de ajuda; vai necessitar de muita ajuda. Pontuadas de 1 a 5 respectivamente. Quatro doentes, 2,8%, referiram não saber se necessitavam de ajuda. Um doente, 0,7%, relatou não necessitar de ajuda. Treze doentes, 9,2%, mencionaram ser pouco provável a necessidade de ajuda. Cinquenta doentes, 35,5%, opinavam necessitar de ajudar. Setenta e três doentes, o que constitui 51,8% da amostra, expõem necessitar de muita ajuda.

#### **7.4.2.7 Variável de opinião sobre os serviços hospitalares**

De forma a analisar o grau de satisfação com os serviços hospitalares, efectuamos uma adaptação de diferentes escalas. As escalas que tiveram por base foram: Patient Satisfaction Questionnaire – USA; Inquérito de Satisfação aos Utentes do Hospital de Santa Maria – Internamento. (Anexo VIII).

A análise factorial exploratória, (Anexo IX – Tabela 7), identificou três factores: a disponibilidade dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, a disponibilidade da equipa médica e a disponibilidade dos serviços hospitalares. A *disponibilidade da equipa de enfermagem e outros profissionais* associa 4 questões: a equipa de enfermagem foi clara nas orientações dadas sobre os tratamentos, medicamentos e exames a que foi submetido (pergunta 88); a equipa de enfermagem mostrou atenção e disponibilidade no atendimento (pergunta 89); os outros profissionais foram claros nas orientações transmitidas (pergunta 90); os outros profissionais mostraram atenção e disponibilidade no atendimento (pergunta 91). A *disponibilidade médica* reúne 3 perguntas: os problemas de saúde que teve no passado foram ignorados pelo médico (pergunta 80); o médico compreendeu exactamente quais os problemas de saúde que o incomodavam (pergunta 81); o médico comportou-

se como se estivesse a fazer-lhe um favor ao consultá-lo (pergunta 83). A *disponibilidade dos serviços hospitalares* junta 4 questões: quando vai à consulta gostava que esta fosse mais demorada (pergunta 79); teve de esperar semanas / meses pela consulta de especialidade (pergunta 82); o tempo se espera, dispendido no dia da consulta é habitualmente excessivo (pergunta 84); o tempo de intervalo entre as consultas é excessivo (pergunta 85).

As afirmações foram respondidas através de uma escala de cinco pontos, na qual os valores mais elevados exprimem concordância com as afirmações apresentadas (1- discordo plenamente; 2- discordo; 3- não concordo, nem discordo; 4- concordo; 5- concordo plenamente). A escala foi invertida para duas afirmações (os problemas de saúde que teve no passado foram ignorados pelo médico; o médico comportou-se como se estivesse a fazer-lhe um favor ao consultá-lo), os itens mantiveram-se apenas se alterou a numeração.

A análise factorial exploratória (Anexo IX – Tabela 7), revelou possuir uma boa adequação. O índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a ,72 e a consistência interna de cada factor apresentou uma boa fiabilidade. ( $\alpha$  de Cronbach do factor disponibilidade da equipa de enfermeiros e outros profissionais = ,76;  $\alpha$  de Cronbach do factor disponibilidade médica = ,87;  $\alpha$  de Cronbach do factor disponibilidade dos serviços hospitalares = ,82).

### **7.2.5 Tratamento de Dados**

A análise estatística, dos dados obtidos, foi efectuada com o auxílio da ferramenta informática: o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15 for Windows. Foi efectuada análise factorial, análise univariada e regressão linear.



## 8. **RESULTADOS**

*Hipótese 1 – A causa mais frequente da doença hepática crónica, em unidades hospitalares, é o álcool.*

Na nossa amostra a etiologia predominante da DHC é o álcool; 88 (62,4%) dos inquiridos a causa única da sua doença é o alcoolismo. Um grupo de 23 indivíduos, além do álcool tem associado a existência de vírus (VHC, VHB). A causa da DHC exclusiva a vírus foi encontrada em 25 sujeitos, os quais não têm associado o consumo de álcool, em 24 (17%) dos indivíduos o VHC é o responsável pela doença, só num sujeito a doença é devida ao VHB (0,7%). Encontramos na amostra 5 pessoas (3,5%) em que a causa está dentro das causas raras, sem consumo de álcool

Em 111 dos participantes, o comportamento aditivo de consumo de álcool é o responsável pela doença, o que constitui 79% da população analisada; o que vai de encontro com o que encontramos na literatura. Todos os resultados obtidos estão de acordo com o referido pelos diferentes autores. Assim, consideramos verdadeira a hipótese 1.

As hipóteses 2 a 8 foram testadas através de dois processos. O primeiro consistiu em realizar regressões lineares por blocos de variáveis, do modelo 1 ao modelo 18 (tabela 4). Constituíram-se quatro blocos de variáveis e foram organizados tematicamente. O primeiro bloco foi constituído pelas variáveis sócio-demográficas (sexo, grupo etário, habilitações literárias, actividade profissional, apoio financeiro e agregado familiar). O segundo bloco compôs-se das variáveis que definiam as características da doença (etiologia da cirrose hepática, tempo de doença e número de internamentos). O terceiro bloco foi composto pelas variáveis que caracterizavam o comportamento aditivo de consumo de álcool (consome álcool, idade de início do consumo de álcool, não consome álcool desde, número de vezes que esteve inserido em programas para deixar de consumir álcool e dependência álcool – AUDIT). O quarto bloco constituído por 2 factores de motivação, o factor de motivação para o cumprimento da terapêutica e o factor de motivação para o cumprimento da dieta.

**Tabela 4 – Análises de regressões 1**

	<b>Regressão das variáveis dependentes</b>				
	<b>MELD</b>	<b>CHILD-PUGH</b>	<b>Motivação Terapêutica</b>	<b>Motivação Dieta</b>	<b>Necessidade ajuda</b>
<i>Sócio-demográficas</i>	<b>Modelo 1</b>	<b>Modelo 2</b>	<b>Modelo 3</b>	<b>Modelo 4</b>	<b>Modelo 5</b>
<b>Sexo</b>	-, 26	-, 29	. 22	, 41	n.s.
<b>Grupo etário</b>	-, 27	-, 19**	. 32	n.s.	n.s.
<b>Estado civil</b>	, 20	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Habilitações literárias</b>	n.s.	-, 27	, 35	, 31	n.s.
<b>Actividade profissional</b>	, 28	, 28	, 15**	n.s.	, 17**
<b>Recursos financeiros</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	, 20**
<b>Agregado familiar</b>	n.s.	n.s.	, 29	n.s.	-, 20**
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>, 22*</b>	<b>, 29*</b>	<b>, 31*</b>	<b>, 30*</b>	<b>, 15*</b>
<i>Características da doença</i>	<b>Modelo 6</b>	<b>Modelo 7</b>	<b>Modelo 8</b>	<b>Modelo 9</b>	<b>Modelo 10</b>
<b>Etiologia cirrose hepática</b>	-, 21	-, 25	, 21	, 37	, n.s.
<b>Tempo de doença</b>	n.s.	n.s.	, 17	n.s.	n.s.
<b>Número de internamentos</b>	, 40	, 45	-, 19	n.s.	, 27
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>, 25*</b>	<b>, 33*</b>	<b>, 14*</b>	<b>, 20*</b>	<b>, 09*</b>
<i>Características de consumo</i>	<b>Modelo 11</b>	<b>Modelo 12</b>	<b>Modelo 13</b>	<b>Modelo 14</b>	<b>Modelo 15</b>
<b>Consome álcool</b>	n.s.	-, 53	, 30	, 60	, 39
<b>Idade início consumo álcool</b>	n.s.	-, 21**	n.s.	, 17**	n.s.
<b>Não consome desde</b>	n.s.	n.s.	, 41	, 42	, 31
<b>Nº vezes programa</b>	n.s.	n.s.	-, 24	-, 20	, 30
<b>Dependência álcool - AUDIT</b>	n.s.	n.s.	-, 33	n.s.	, 22
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>, 10*</b>	<b>, 16*</b>	<b>, 47*</b>	<b>, 43*</b>	<b>, 10*</b>
<i>Factores de motivação</i>	<b>Modelo 16</b>	<b>Modelo 17</b>			<b>Modelo 18</b>
<b>F_Terapêutica - Motivação</b>	-	-, 35			-
<b>F_Dieta – Motivação</b>	-	n.s.			-
<b>R<sup>2</sup></b>	-	<b>, 11*</b>			-

Notas: \* p <0,05; \*\* p < 0,10; n.s. = não significativo

O segundo processo baseou-se em utilizar os diferentes blocos ao mesmo tempo, desde o modelo 19 ao modelo 23 (tabela 5).

***Hipótese 2 – Quanto maior for o número de internamentos maior a gravidade da doença.***

Dos 141 inquiridos, 65 estavam internados e 76 responderam ao questionário em ambulatório, na consulta de Hepatologia, contudo só 14 (9,9 %) dos participantes não registam nenhum internamento associado à actual doença. Assim, 127 inquiridos (91,1%), registam internamentos.

As variáveis de prognóstico da doença são explicadas pela variável número de internamento. No modelo 6 ( $F = 14,96$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 137$ ; apresentando um  $R^2$  de 25%), podemos observar os valores obtidos para o MELD ( $\beta = ,40$ ;  $p < 0.05$ ). Doentes com um número superior a 10 internamento, piora a sua média de pontos de MELD. Constatamos que os doentes sem internamentos, têm uma média de 11 pontos para a variável MELD. O valor que o MELD pode ter situa-se entre os 6 e os 40 pontos, o prognóstico aumenta com o aumento de pontos que o MELD atinge. No modelo 7 ( $F = 21,974$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 137$ ; apresentando um  $R^2$  de 32%), confirmamos que a variável número de internamentos é preditora, também, para a classe de Child-Pugh ( $\beta = ,45$ ;  $p < 0.05$ ), a outra variável de prognóstico.

Atestam a hipótese 2, formulada.

Ao efectuarmos a análise combinada, no modelo 19 ( $F = 2,432$ ;  $Sig = ,003$ ;  $df = 99$ ; com  $R^2$  de 30%); podemos observar que a variável número de internamentos, é explicativa do MELD, continuando a ter significado, ( $\beta = ,25$ ;  $p < 0.05$ ), quanto maior o número de internamento maior o número de pontos de MELD. (Tabela 5).

***Hipótese 3 – A manutenção de comportamentos aditivos, como o consumo de álcool, afectam o prognóstico da doença.***

Nesta população encontramos 20 sujeitos sem comportamentos aditivos de consumo de álcool, o que significa que 85,8% dos inquiridos mantinham ou tinham tido hábitos de consumo de álcool.

Cinquenta e cinco participantes iniciaram o consumo de álcool com idade igual ou inferior a 14 anos (39% da totalidade da população), 13 indivíduos (9,2%) iniciaram o seu consumo após os 18 anos.

A realçar que 71 dos inquiridos já não consomem, embora 37 se situem no intervalo de 1 mês a 6 meses que deixaram de consumir.

Verificamos que dos 121 indivíduos que consomem ou consumiram álcool, 59 nunca estiveram inseridos em nenhum programa para deixarem de consumir, 62 estão ou estiveram inseridos em programas de etilo-risco.

Constatamos que dos 50 sujeitos que ainda consomem; 23, (46%), apresentam dependência do álcool; 22, (44%), abuso; e só 5, (10%), tem consumo considerado de baixo risco avaliada através da escala AUDIT.

Apuramos no modelo 11, apesar de  $R^2$  de 10%,  $p < ,05$ , o MELD não é explicado por nenhuma das variáveis que caracterizavam o comportamento aditivo de consumo de álcool (consome álcool, idade de início do consumo de álcool, não consome álcool desde, número de vezes que esteve inserido em programas para deixar de consumir álcool e dependência álcool – AUDIT), pois os valores de  $\beta$  não são significativos.

O modelo 12, ( $F = 5,161$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 135$ ; apresentando  $R^2= 16\%$ ), a classe de Child-Pugh, a outra variável de prognóstico, tem uma associação negativa com o facto de consumir de álcool e a idade de início de consumo de álcool. Assim os indivíduos que não consomem pertencem a uma classe de Child-Pugh mais baixa ( $\beta= -, 53$ ;  $p < .05$ ) e quanto mais tarde iniciam o consumo de álcool a tendência é pertencerem a uma classe mais baixa ( $\beta= -,21$ ;  $p < 0.10$ ), logo indivíduos com melhor prognóstico.

Ao analisarmos o Modelo 6, ( $F =14,964$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 137$ ; com  $R^2= 25\%$ ), verificamos que a variável etiologia da doença tem uma associação negativa com a variável de prognóstico MELD ( $\beta= -, 21$ ;  $p < 0.05$ ). Verifica-se o mesmo no Modelo 7, ( $F =21,974$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 137$ ; com  $R^2= 33\%$ ). A variável etiologia da doença explica a variável de prognóstico Child-Pugh ( $\beta= -, 25$ ;  $p < 0.05$ ). Os doentes que não têm como causa da doença o álcool, têm um melhor prognóstico.

Os resultados obtidos confirmam que o consumo de álcool aumenta o prognóstico, verificando a hipótese 3.

**Hipótese 4** – *Aos doentes hepáticos do sexo masculino está associado um pior prognóstico.*

As variáveis sócio-demográficas: sexo e grupo etário apresentam uma associação negativa com as variáveis dependentes de prognóstico MELD e a classe Chil-Pugh. Já as variáveis estado civil e actividade profissional expressam uma associação positiva com o MELD, como podemos observar na tabela 4.

No modelo 1, (F = 5,293; Sig = ,000; df = 133; com R<sup>2</sup> de 22%), a variável sexo explica a variável de prognóstico MELD ( $\beta = -,26$ ;  $p < 0,05$ ); assim os indivíduos de sexo masculino (115) apresentam um MELD superior, média de 16, logo os homens desta amostra apresentam um pior prognóstico da doença. As mulheres (26), com uma média de 12,3 ostentam um MELD inferior.

Como podemos observar no modelo 2, (F = 7,618; Sig = ,000; df = 133; com R<sup>2</sup> de 29%), os resultados são expressivos da mesma forma para a outra variável de prognóstico, o sexo explica a variável classe Child-Pugh ( $\beta = -,29$ ;  $p < 0,05$ ) o que confirma os resultados.

Os resultados obtidos, mostram que, a hipótese 4, é verdadeira, ao sexo masculino está associado um pior prognóstico.

**Hipótese 5** – *Os doentes cirróticos pertencentes ao grupo etário ainda produtivo, têm pior prognóstico, face aos mais idosos.*

A variável grupo etário, também, explica a variável de prognóstico MELD ( $\beta = -,27$ ;  $p < 0,05$ ), como verificamos no modelo 1, (F = 5,293; Sig = ,000; df = 133; com R<sup>2</sup> de 22%). O grupo etário inferior aos 35 anos é o que exhibe uma média de MELD maior, 17, descendo progressivamente até ao último grupo etário: maiores de 65 anos, 12,8. Assim o prognóstico da doença é pior nos mais jovens, decrescendo com a idade.

No modelo 2, (F = 7,618; Sig = ,000; df = 133; com R<sup>2</sup> de 29%), a variável grupo etário explica a variável de prognóstico Child-Pugh ( $\beta = -,19$ ;  $p < 0,10$ ). Confirma quanto mais se avança na idade melhor é o prognóstico.

Confirmado que o prognóstico é pior para o grupo etário mais baixo; e se neste grupo estão incluídos os sujeitos com menos de 35 anos, e o prognóstico decresce com a idade; logo os sujeitos com a idade de 35 anos estão seguramente em fase produtiva,

o que, nos, leva a afirmar que os doentes cirróticos em fase produtiva têm pior prognóstico face aos mais idosos, confirmando a hipótese 5.

Encontramos, neste mesmo modelo 1, que a variável estado civil explica a variável de prognóstico MELD ( $\beta = ,20$ ;  $p < 0.05$ ). Os indivíduos casados apresentam um MELD mais baixo, face aos solteiros, viúvos, divorciados e separados.

Da mesma forma a variável actividade profissional explica a variável de prognóstico MELD ( $\beta = ,28$ ;  $p < 0.05$ ), os participantes que trabalham têm um MELD mais baixo. Os reformados, desempregados e os activos de baixa tem um pior prognóstico, valor de MELD mais elevado, são os que estão mais doentes. Também este valor é confirmado com a outra variável de prognóstico Child-Pugh ( $\beta = ,28$ ;  $p < 0.05$ ), no modelo 2.

***Hipótese 6 – Os doentes hepáticos que vivem sozinhos, reconhecem mais a necessidade de ajuda.***

Em relação à necessidade de ajuda comprova-se, embora com baixa significância, que os indivíduos não activos profissionalmente ( $\beta = ,17$ ;  $p < 0.10$ ), sem apoio financeiro fixo ( $\beta = ,20$ ;  $p < 0.10$ ), e os que vivem sozinhos ( $\beta = - ,20$ ;  $p < 0.10$ ), são aqueles que mais necessitam de ajuda para controlar a doença; não apresentando com outras variáveis sócio-demográficas correlações significativas, como podemos observar no modelo 5 ( $F = 3,258$ ;  $Sig = ,003$ ;  $df = 133$ ; com  $R^2$  de 15%). Assim podemos dizer que, embora tenuamente, confirma a hipótese 6.

No modelo 10, ( $F = 4,620$ ;  $Sig = ,004$ ;  $df = 137$ ; com  $R^2$  de 9%), podemos constatar que a variável necessidade de ajuda é explicada pela variável número de internamento, única variável deste bloco que a explica. Quanto maior os números de internamento, maior é a expressão de necessidade de ajuda ( $\beta = ,27$ ;  $p < 0.05$ ).

No modelo 15, ( $F = 2,819$ ;  $Sig = ,019$ ;  $df = 135$ ; com  $R^2$  de 10%), verificamos associação positiva entre as variáveis consome álcool, e não consome álcool desde, número de vezes programa e AUDIT com a variável necessidade de ajuda. Manifestam necessitar mais de ajuda os auscultados que não consomem álcool ( $\beta = ,39$ ;  $p < 0.05$ ); os que deixaram de consumir há mais tempo ( $\beta = ,31$ ;  $p < 0.05$ ); os que estiveram mais vezes integrados em programas para deixar de consumir ( $\beta = ,30$ ;  $p < 0.05$ ) e os que

apresentam valores mais altos para o AUDIT ( $\beta = ,22$ ;  $p < 0.05$ ). A variável idade de início do consumo de álcool, não estabelece nenhuma associação.

**Hipótese 7** – *Os doentes hepáticos com consumo de álcool são menos motivados para o cumprimento dos processos terapêuticos.*

No modelo 13 ( $F = 24,376$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 135$ ; com  $R^2$  de 47%), as variáveis consome álcool e não consome álcool desde, são altamente explicativas para a variável motivação para o cumprimento da terapêutica. Os inquiridos que nunca consumiram apresentam uma maior motivação para o cumprimento da terapêutica ( $\beta = ,30$ ;  $p < 0.05$ ), assim como aqueles que deixaram de consumir há mais tempo ( $\beta = ,41$ ;  $p < 0.05$ ).

Nesse mesmo modelo os participantes que apresentam um AUDIT mais elevado, mostram uma menor motivação para o cumprimento da terapêutica ( $\beta = -,33$ ;  $p < 0.05$ ), assim como aqueles que já estiveram mais vezes inseridos em programas para deixar de consumir ( $\beta = -,24$ ;  $p < 0.05$ ).

O modelo 14 ( $F = 17,024$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 111$ ; com  $R^2$  de 43%), também, as variáveis consome álcool e não consome álcool desde, são altamente explicativas para a variável de motivação para o cumprimento da dieta. Os indivíduos que nunca consumiram apresentam uma maior motivação para o cumprimento da dieta ( $\beta = ,60$ ;  $p < 0.05$ ), assim como aqueles que deixaram de consumir há mais tempo ( $\beta = ,42$ ;  $p < 0.05$ ). Os sujeitos que já estiveram mais vezes inseridos em programas para deixar de consumir, mostram uma menor motivação para o cumprimento da dieta ( $\beta = -,20$ ;  $p < 0.05$ ). A variável AUDIT neste modelo não é explicativa, não tem valores para  $\beta$  significativos. A variável idade de início do consumo de álcool, não estabelece nenhuma associação com qualquer das variáveis da motivação, como podemos verificar nos modelos 13 e 14.

Os doentes que nunca consumiram álcool ou que deixaram de consumir há mais tempo mostram ter maior motivação para o cumprimento da terapêutica como da dieta. Logo os doentes que consomem ou mantêm consumo de álcool são menos motivados para cumprir o processo terapêutico o que torna verdadeira a hipótese 7.

O modelo 8 ( $F = 7,200$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 137$ ; com  $R^2$  de 14%), e o modelo 9 ( $F = 9,293$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 137$ ; com  $R^2$  de 20%), mostram-nos que as variáveis etiologia da doença e tempo de doença são explicativas para as variáveis de motivação para o

cumprimento da terapêutica e da dieta. Os indivíduos, em que a causa da doença não é o álcool, têm maior motivação para o cumprimento da dieta ( $\beta = ,37$ ;  $p < 0.05$ ), como para o cumprimento da terapêutica ( $\beta = ,21$ ;  $p < 0.05$ ). Os que têm a doença há mais tempo têm maior motivação para o cumprimento da terapêutica ( $\beta = ,17$ ;  $p < 0.05$ ) não sendo significativa para a motivação para o cumprimento da dieta. Quanto maior o número de internamentos, menor é a motivação para o cumprimento da terapêutica ( $\beta = -,19$ ;  $p < 0.05$ ). A variável número de internamentos não apresenta um  $\beta$  com significância em relação à motivação para o cumprimento da dieta.

Como verificamos no Modelo 3, ( $F = 8,383$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 133$ ; com  $R^2$  de 31%), as variáveis: sexo, grupo etário, habilitações literárias e agregado familiar têm uma associação positiva com a variável motivação para o cumprimento da terapêutica. O nível de habilitações literárias é a variável que apresenta uma maior associação ( $\beta = ,35$ ;  $p < 0.05$ ), logo é mais explicativa da variável motivação para o cumprimento da terapêutica. Os inquiridos com maiores habilitações literárias estão mais motivados para o cumprimento da terapêutica, assim como os mais velhos ( $\beta = ,32$ ;  $p < 0.05$ ), os que vivem acompanhados ( $\beta = ,29$ ;  $p < 0.05$ ) e as mulheres ( $\beta = ,22$ ;  $p < 0.05$ ).

A variável motivação para o cumprimento da dieta é explicada pelas variáveis sexo e habilitações literárias, como podemos constatar no modelo 4, ( $F = 6,729$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 109$ ; com  $R^2$  de 30%). Assim as mulheres ( $\beta = ,41$ ;  $p < 0.05$ ), e os indivíduos com maiores habilitações literárias ( $\beta = ,31$ ;  $p < 0.05$ ), possuem maior motivação para o cumprimento da dieta.

As variáveis sexo e habilitações literárias são explicativas para as duas variáveis de motivação quer em relação ao cumprimento da medicação como da dieta.

***Hipótese 8 – Os doentes com maior nível de motivação têm um melhor prognóstico.***

O modelo 17, ( $F = 6,919$ ;  $Sig = ,001$ ;  $df = 114$ ; com  $R^2$  de 11%), mostra-nos uma associação negativa entre a variável motivação para o cumprimento da terapêutica e a classe de Child-Pugh. Os indivíduos que possuem maior motivação para o cumprimento da terapêutica pertencem a uma classe de Child-Pugh mais baixa ( $\beta = -,35$ ;  $p < 0.05$ ). O valor  $\beta$  não tem significância para a variável motivação para o cumprimento da dieta.

**Tabela 5 – Análise de regressões 2**

	<b>Regressão das variáveis dependentes</b>				
	<b>Modelo 19</b>	<b>Modelo 20</b>	<b>Modelo 21</b>	<b>Modelo 22</b>	<b>Modelo 23</b>
	<b>MELD</b>	<b>CHILD-PUGH</b>	<b>Motivação Terapêutica</b>	<b>Motivação Dieta</b>	<b>Necessidade ajuda</b>
	<b><i>B</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>B</i></b>
<b>Sexo</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Grupo etário</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Estado civil</b>	, 29	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Habilitações literárias</b>	n.s.	n.s.	,16	, 17**	, 26
<b>Actividade profissional</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Recursos financeiros</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Agregado familiar</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<hr/>					
<b>Etiologia cirrose hepática</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Tempo de doença</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Número de internamentos</b>	, 25	, 24	-, 14**	n.s.	n.s.
<hr/>					
<b>Consome álcool</b>	n.s.	n.s.	, 53	, 50	n.s.
<b>Idade início consumo álcool</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Não consome desde</b>	n.s.	n.s.	, 48	, 43	n.s.
<b>Nº vezes programa</b>	n.s.	n.s.	n.s.	-, 17**	n.s.
<b>Dependência álcool – AUDIT</b>	n.s.	n.s.	-, 26	n.s.	n.s.
<hr/>					
<b>F_Terapêutica - Motivação</b>	n.s.	-, 46	-	-	n.s.
<b>F_Dieta – Motivação</b>	n.s.	n.s.	-	-	n.s.
<hr/>					
<b>R<sup>2</sup> total</b>	<b>, 30*</b>	<b>, 34*</b>	<b>, 57*</b>	<b>, 48*</b>	<b>, 30*</b>

Notas: \* p <0,05; \*\* p< 0,10; n.s. = não significativo

Não existe qualquer associação entre as duas variáveis de motivação e a variável de prognóstico MELD.

Apesar de só se registar associação entre a variável de motivação para o cumprimento da terapêutica e a variável de prognóstico Child-Pugh, podemos dizer que os indivíduos com maior motivação têm um melhor prognóstico, confirmando assim a hipótese 8.

### **Relação entre variáveis predictoras na explicação do prognóstico e motivação**

Ao analisarmos o modelo 19, ( $F = 2,432$ ;  $Sig = ,003$ ;  $df = 99$ ; com  $R^2$  de 30%) as variáveis: sexo, grupo etário, actividade profissional, etiologia cirrose hepática perdem significado para a variável de prognóstico da doença MELD. Podemos observar que a variável número de internamentos, continua explicativa da variável de prognóstico MELD, continuando a ter significado, ( $\beta = ,25$ ;  $p < 0,05$ ), quanto maior o número de internamento maior o número de pontos de MELD. (Tabela 5).

Em relação à outra variável de prognóstico, Child-Pugh, é explicada pelo número de internamentos, como verificamos no modelo 20, ( $F = 2,997$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 99$ ; com  $R^2$  de 34%). Assim os doentes com maior o número de internamentos pertencem a classe de Child-Pugh mais alta ( $\beta = ,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Podemos pois inferir que a variável número de internamentos é predictor da prognóstico da doença.

A variável motivação para o cumprimento da terapêutica apresenta associação de expressão negativa, com a variável Child-Pugh ( $\beta = -, 46$ ;  $p < 0,05$ ). A motivação para o cumprimento da terapêutica é menor nos doentes pertencentes a classes mais alta de Child-Pugh. Continua a não se verificar para a variável motivação para o cumprimento da dieta nenhuma associação com a variável classe Child-Pugh.

Verificamos no modelo 21 ( $F = 11,155$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 125$ ; com  $R^2$  de 57%) que a variável motivação para o cumprimento da terapêutica é explicada pelas variáveis: habilitações literárias ( $\beta = ,16$ ;  $p < 0,05$ ), número de internamentos ( $\beta = -, 14$ ;  $p < 0,10$ ), consumo de álcool, ( $\beta = , 53$ ;  $p < 0,05$ ) não consome desde ( $\beta = ,48$ ;  $p < 0,05$ ) e dependência alcoólica ( $\beta = -, 26$ ;  $p < 0,05$ ). Os doentes com maiores habilitações literárias, que não tenham consumido álcool, ou que deixaram de consumir há mais

tempo, possuindo um valor de AUDIT mais baixo e estejam menos vezes internados estão mais motivados para cumprir a medicação.

Ao analisarmos o modelo 22, ( $F = 6,104$ ;  $Sig = ,000$ ;  $df = 101$ ; com  $R^2$  de 48%) constatamos que a variável motivação para o cumprimento da dieta é explicada pelas variáveis: habilitações literárias ( $\beta = ,17$ ;  $p < 0,10$ ), consumo de álcool, ( $\beta = ,50$ ;  $p < 0,05$ ), não consome desde, ( $\beta = ,43$ ;  $p < 0,05$ ), e o número de vezes que esteve inserido num programa para deixar de consumir, ( $\beta = -,17$ ;  $p < 0,10$ ).

O que explica a motivação dos doentes hepáticos crónicos para o cumprimento da medicação e dieta, está relacionada com o facto de estes não consumirem álcool ou terem deixado de consumir há mais tempo e possuírem maiores habilitações literárias.

Em relação à necessidade de ajuda só a variável habilitações literárias é significativa. São os doentes hepáticos com mais habilitações que manifestam necessitar mais de ajuda ( $\beta = ,27$ ;  $p < 0,05$ ), dado presenciado no modelo 23 ( $F = 2,439$ ;  $Sig = ,003$ ;  $df = 99$ ; com  $R^2$  de 30%).

As hipóteses 9 a 11 foram testadas, também, através de dois processos. Um processo foi realizado pelas regressões lineares simples, em que foi estudada cada variável individualmente, do modelo 24 ao 35 e do modelo 39 ao 44. Foram estudadas as variáveis: etiologia da cirrose hepática, tempo de doença, número de internamentos, o factor de motivação para cumprimento da terapêutica e o factor de motivação para cumprimento da dieta. O outro processo constituiu em realizar regressões lineares por blocos de variáveis, do modelo 36 ao 38 e do modelo 45 ao 47 (tabela 6). Foram utilizados dois blocos, um composto pelas variáveis que definiam as características da doença (etiologia da cirrose hepática, tempo de doença e número de internamentos) e o segundo constituído pelos 2 factores de motivação, o factor de motivação para o cumprimento da terapêutica e o factor de motivação para o cumprimento da dieta.

***Hipótese 9 – Os doentes hepáticos crónicos, com doença há mais tempo, avaliam de forma mais positiva a disponibilidade dos profissionais de saúde.***

As variáveis: tempo de doença ( $\beta = ,18$ ;  $p < 0,05$ ), no modelo 30 ( $F = 4,442$ ;  $Sig = ,037$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 3%); motivação para cumprir a terapêutica ( $\beta = ,20$ ;  $p < 0,05$ ), no modelo 39 ( $F = 5,852$ ;  $Sig = ,017$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 4%); e a motivação para cumprir a dieta ( $\beta = ,27$ ;  $p < 0,05$ ), no modelo 42, ( $F = 9,095$ ;  $Sig = ,003$ ;  $df = 115$ ; com  $R^2$  de 7%) apresentam algum significado para a disponibilidade da equipa de

enfermeiros e outros profissionais, quando a análise de regressão é efectuada individualmente a cada variável. Como podemos verificar no modelo 36, a variável tempo de doença perde significado quando analisada em combinação com a etiologia da cirrose hepática e o número de internamentos. Ao analisarmos o modelo 45, ( $F = 4,572$ ;  $Sig = ,012$ ;  $df = 114$ ; com  $R^2$  de 7%) a variável motivação para cumprir a medicação deixa de ser significativa quando analisada em bloco com a variável motivação para cumprir a dieta, contudo a variável motivação para cumprir a dieta continua a explicar a disponibilidade da equipa de enfermagem e outros profissionais, ( $\beta = ,25$ ;  $p < 0,05$ ).

Os doentes hepáticos crónicos que avaliam com maior grau de satisfação a disponibilidade da equipa de enfermagem e outros profissionais são os que estão doentes há mais tempo e que possuem maior motivação para cumprir a terapêutica e a dieta. Verifica pois a hipótese 9.

No modelo 34, ( $F = 3,066$ ;  $Sig = ,082$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 2%) a variável disponibilidade médica é explicada pelo número de internamentos ( $\beta = -,15$ ;  $p < 0,05$ ). Os doentes com maior número de internamentos avaliam com pior grau de satisfação a disponibilidade médica. As outras variáveis não apresentam significado.

***Hipótese 10 – Os doentes com maior motivação são mais exigentes com os serviços hospitalares.***

No modelo 35, ( $F = 6,741$ ;  $Sig = ,010$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 5%) a variável disponibilidade hospitalar é explicada pela variável número de internamentos ( $\beta = ,22$ ;  $p < 0,05$ ).

A variável disponibilidade hospitalar é explicada pela variável motivação para cumprir a terapêutica ( $\beta = -,27$ ;  $p < 0,05$ ), modelo 41  $F = 10,929$ ;  $Sig = ,001$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 7%) e pela motivação para cumprir a dieta ( $\beta = -,19$ ;  $p < 0,05$ ), modelo 44 ( $F = 4,279$ ;  $Sig = ,041$ ;  $df = 115$ ; com  $R^2$  de 4%).

Os doentes hepáticos que apresentam menor motivação para cumprir quer a medicação, quer a dieta, avaliam com maior grau de satisfação a disponibilidade hospitalar. Logo os doentes com maior motivação para o cumprimento do processo terapêutico avaliam de forma mais negativa a disponibilidade dos serviços hospitalares, são mais exigentes com os serviços prestados pelas organizações de saúde, como querem cumprir, também, são mais exigentes.

**Tabela 6 – Análises de regressões 3 – Variáveis Hospitalares**

	<b>Regressão das variáveis dependentes</b>		
	<b>Disponibilidade equipa</b>	<b>Disponibilidade médica</b>	<b>Disponibilidade hospitalar</b>
	<b>Modelo 24</b>	<b>Modelo 25</b>	<b>Modelo 26</b>
<b>MELD</b>	-	-	, 17
<b>R<sup>2</sup></b>	ns-	-ns	,03*
	<b>Modelo 27</b>	<b>Modelo 28</b>	<b>Modelo 29</b>
<b>Etiologia cirrose hepática</b>	-	-	-
<b>R<sup>2</sup></b>	-	-	-
	<b>Modelo 30</b>	<b>Modelo 31</b>	<b>Modelo 32</b>
<b>Tempo de doença</b>	, 18	-	-
<b>R<sup>2</sup></b>	, 03*	-	-
	<b>Modelo 33</b>	<b>Modelo 34</b>	<b>Modelo 35</b>
<b>Número de internamentos</b>	-	-, 15	, 22
<b>R<sup>2</sup></b>	-	,02**	, 05*
	<b>Modelo 36</b>	<b>Modelo 37</b>	<b>Modelo 38</b>
<b>Etiologia cirrose hepática</b>	n.s.	-	n.s.
<b>Tempo de doença</b>	n.s.	-	n.s.
<b>Número de internamentos</b>	n.s.	-	, 24
<b>R<sup>2</sup></b>	, 05**	-	, 06*
	<b>Modelo 39</b>	<b>Modelo 40</b>	<b>Modelo 41</b>
<b>F_Terapêutica - Motivação</b>	, 20	-	-, 27
<b>R<sup>2</sup></b>	, 04*	-	, 07*
	<b>Modelo 42</b>	<b>Modelo 43</b>	<b>Modelo 44</b>
<b>F_Dieta – Motivação</b>	, 27	-	-, 19
<b>R<sup>2</sup></b>	, 07*	-	, 04*
	<b>Modelo 45</b>	<b>Modelo 46</b>	<b>Modelo 47</b>
<b>F_Terapêutica - Motivação</b>	n.s.	-	-,25
<b>F_Dieta – Motivação</b>	, 25	-	n.s.
<b>R<sup>2</sup></b>	, 07*	-	, 08*

Notas: \* p<0,5; \*\* p< 0,10; n.s. = não significativo

**Hipótese 11** – *Os doentes com mais internamentos avaliam de forma mais positiva os serviços hospitalares.*

No modelo 26, ( $F = 4,253$ ;  $Sig = ,041$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 3%), a variável disponibilidade hospitalar é explicada pela variável de prognóstico MELD ( $\beta = ,17$ ;  $p < 0,05$ ). No modelo 35, ( $F = 6,741$ ;  $Sig = ,010$ ;  $df = 139$ ; com  $R^2$  de 5%), pelo número de internamentos ( $\beta = ,22$ ;  $p < 0,05$ ). Os doentes hepáticos crónicos que apresentam um MELD mais alto, consequentemente um pior prognóstico e também com um maior número de internamentos apresentam maior grau de satisfação com a disponibilidade dos serviços hospitalares. Como podemos observar no modelo 38, ( $F = 2,945$ ;  $Sig = ,035$ ;  $df = 137$ ; com  $R^2$  de 6%), a variável número de internamento mantém-se expressiva, ( $\beta = ,24$ ;  $p < 0,05$ ), mesmo quando é combinada com a etiologia da cirrose e o tempo de doença.

Podemos inferir que os doentes hepáticos crónicos estabelecem alguma espécie de “ligação” com a equipa de enfermagem e os outros profissionais, dado que a equipa é melhor avaliada pelos que estão doentes há mais tempo e que apresentam maior motivação para cumprir a terapêutica e a dieta, havendo algum distanciamento da equipa médica dado que os doentes com mais internamentos avaliam pior a equipa médica. Os doentes com pior prognóstico, com mais internamentos e menos motivados são mais tolerantes com a disponibilidade hospitalar.

## **9. DISCUSSÃO, CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES**

### **9.1 DISCUSSÃO**

O estudo decorreu numa Unidade de Hepatologia e na respectiva consulta. Averiguamos a etiologia da DHC na nossa Unidade e os resultados encontrados vão de encontro ao descrito. Ao formular, como primeira hipótese investigar se a etiologia predominante da DHC, na nossa unidade é o álcool, pretendíamos comprovar o que a literatura tem descrito. Em 2004, Pinto H.C., ao avaliar, no ano de 2001, as admissões hospitalares em Portugal, por doença hepática, demonstrou que em 63% a causa da doença era o álcool. Em 2009, Marinho R. refere que cerca de 85% dos internamentos em Portugal por cirrose hepática seriam atribuíveis a cirroses alcoólicas. Encontramos como esperamos uma grande maioria de doentes, (111doentes, 79%), em que a causa da doença é o álcool.

O primeiro objectivo definido: analisar se o número de internamentos reflecte a gravidade, prognóstico da doença, deu origem à hipótese 2. Durante o estudo constatamos que o número de internamentos está relacionado com o prognóstico da doença. Assim, doentes com um maior número de internamentos, apresentam doença com índices mais graves de prognóstico e sobrevivência. Podemos discutir e inverter a questão, os doentes têm um maior número de internamentos porque a sua doença está mais avançada, com mais episódios de descompensação e logo necessidade de recorrer aos serviços hospitalares. Afirmamos que os doentes hepáticos crónicos que recorrem às instituições hospitalares são aqueles em que a doença está mais avançada.

O segundo objectivo formulado investigar se o consumo de álcool, vai influenciar o cursar da doença e definimos a terceira hipótese. Verificamos que os doentes que não consomem álcool apresentam índices de gravidade mais baixos, assim como os doentes que iniciaram o consumo de álcool mais tarde. Estes dados estão de encontro com o que literatura descreve. *A sobrevivência de um doente com cirrose hepática alcoólica é muito variável, depende da presença de descompensação e de manutenção do consumo alcoólico. A sobrevivência aos cinco anos é*

*significativamente diferente entre os doentes que mantêm hábitos e os que se tornaram abstémios.* (Peixe, P., 2006).

O terceiro objectivo definido foi analisar se os factores sócios – demográficos, como o sexo, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, apoio financeiro e agregado familiar, do doente hepático crónico terão influência no prognóstico da doença; e se esses factores têm igual impacto. Durante o estudo verificamos que as variáveis sexo, grupo etário, estado civil, habilitações literárias e actividade profissional influenciavam o prognóstico da DHC. Os indivíduos do sexo masculino inquiridos apresentam DHC mais grave, com pior prognóstico. A gravidade da doença decrescia com o grupo etário, os participantes com mais idade apresentavam índices de prognóstico mais baixos. Os indivíduos casados exibem um prognóstico menos grave face aos solteiros, viúvos, divorciados e separados. Os inquiridos que exercem actividade profissional activa têm um índice menos grave de doença em relação aos doentes de baixa, reformados e desempregados. As variáveis recursos financeiros e agregados familiar não expressam nenhuma influência no prognóstico da doença. O sexo, o grupo etário e a actividade profissional são os factores socio-demográficos com maior impacto no prognóstico da DHC. Os resultados encontrados atestam como verdadeiras as hipóteses 4 e 5. Assim aos doentes hepáticos do sexo masculino está associado um pior prognóstico e estes fazem parte de um grupo etário em idade produtiva. Por outro lado é lógico que os doentes com pior prognóstico, doença em estado mais avançado, que ainda exerçam a sua actividade profissional, estejam de baixa (pela gravidade da doença), contudo o mesmo se demonstra para os doentes reformados e desempregados. *A doença hepática tem um impacto negativo em termos de saúde pública. Contribui para esse facto: o valor elevado de mortes prematuras; a sua distribuição descontínua por sexos, grupos etários. Tratando-se de patologia prevalente e incidente em idades de maior valor produtivo gera elevados custos indirectos sociais que não se encontram avaliados; elevados encargos dos internamentos hospitalares.* (Gíria, J., 2008)

Os doentes hepáticos crónicos que expressam necessitar de mais ajuda são os aqueles que não exercem actividade profissional, não têm apoio financeiro fixo e vivem sozinhos. Os resultados encontrados não têm, contudo, grande expressividade. As condições sociais, parecem desenhar a necessidade de ajuda por parte destes doentes. (hipótese 6).

O quarto objectivo delineado foi conhecer qual o impacto dos factores sócio – demográficos nos factores comportamentais e motivacionais destes doentes para o cumprimento do processo terapêutico. Encontramos que as mulheres apresentam uma maior motivação para o cumprimento do processo terapêutico, seja para cumprir a terapêutica como para cumprir a dieta. Os doentes com maiores habilitações literárias demonstram uma maior motivação para cumprir o processo terapêutico. Os doentes pertencentes a um grupo etário mais elevado, assim como aqueles que vivem acompanhados apresentam maior motivação para o cumprimento da terapêutica, não se demonstrando para o cumprimento da dieta. As variáveis sócio-demográficas (estado civil, actividade profissional, recursos financeiros) não expressam associação significativa com o grau de motivação para cumprir o processo terapêutico. As variáveis sexo e habilitações literárias são as que apresentam um maior impacto na motivação dos doentes hepáticos crónicos.

O quinto objectivo traçado foi analisar de que forma o grau de motivação para o cumprimento do processo terapêutico, se relaciona com os factores relacionados com a doença e com o prognóstico da doença, formulando-se na sequência a hipótese 7 (Os doentes hepáticos com consumo de álcool são menos motivados para o cumprimento dos processos terapêuticos) e a hipótese 8 (Os doentes com maior nível de motivação têm um melhor prognóstico). No nosso estudo, encontramos, então, que os doentes hepáticos cuja etiologia da doença é o álcool apresentam um menor grau de motivação para o cumprimento do processo terapêutico, face aos doentes em que a doença não tem como causa o álcool. Demonstramos que os inquiridos que nunca consumiram álcool manifestam uma maior motivação para cumprir quer a medicação como a dieta, o que verifica a hipótese 7. Os doentes, que deixaram de consumir álcool há mais tempo, têm maior motivação para o cumprimento do processo terapêutico. Os doentes que estiveram mais vezes inseridos em programas de recuperação demonstram menor motivação para cumprir todo o processo. Os doentes que consomem álcool, sendo dependentes, (um valor de AUDIT mais elevado), têm menos motivação para o cumprimento da terapêutica, não se comprovando para o cumprimento da dieta. Doentes em que a doença está diagnosticada há mais tempo expressam maior motivação para o cumprimento da terapêutica, o mesmo não se provando para o cumprimento da dieta. Os participantes com maior número de internamentos revelam menor motivação para cumprir a medicação, não se conseguindo provar para a dieta. A

*problemática da motivação pode ter um papel primordial na reabilitação do alcoólico, os doentes alcoólicos são considerados como tendo pouca auto-motivação e dificuldade em deixarem-se motivar pelos seus terapeutas.* (Ryan, 1995).

Verificamos que a maior motivação para o cumprimento da terapêutica se verifica nos doentes que pertencem a classe Child-Pugh mais baixa, logo doentes em que a doença apresenta menor gravidade. O mesmo não foi provado para a outra variável de prognóstico, MELD. A motivação para o cumprimento da dieta não expressou nenhuma relação com qualquer das variáveis de prognóstico. Parece-nos que não podemos afirmar categoricamente que a motivação está associada ao prognóstico (hipótese 8). Apesar de entendermos que os doentes com um índice maior de motivação, estarão mais disponíveis para cumprir todo o processo terapêutico, logo, os sinais e sintomas da doença serão mais ténues, desencadeando menos episódios de descompensação, o que os categoriza como doentes com menor gravidade, com melhor prognóstico e sobrevivência. Pensamos ser necessário aprofundar mais estas variáveis e estabelecer outras relações; perceber se a motivação não se consegue relacionar com o prognóstico por este já ser grave ao momento da observação.

O sexto objectivo definido foi compreender qual o reflexo que as variáveis grau de prognóstico da doença, características da doença, motivação para o cumprimento do processo terapêutico têm sobre a satisfação dos doentes hepáticos crónicos com os serviços hospitalares. Comprovamos que os doentes com maior número de internamentos, está associado um pior prognóstico. Verificamos que os doentes com pior prognóstico e com maior número de internamentos mostram uma maior satisfação com os serviços hospitalares; o que atestou a hipótese 11 (os doentes com mais internamentos avaliam de forma mais positiva os serviços hospitalares). Contudo os doentes com maior número de internamentos indicam uma menor satisfação em relação à disponibilidade médica. As variáveis de prognóstico e número de internamentos não apresentam significado em relação à disponibilidade da equipa de enfermagem e outros profissionais. Os doentes em que a doença é conhecida há mais tempo expressam uma maior satisfação com as orientações e disponibilidade dadas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, não se verificando o mesmo grau de satisfação com a equipa médica, nem com os serviços hospitalares, tornando verdadeira a hipótese 9 formulada (os doentes hepáticos crónicos, com doença há mais tempo, avaliam de forma mais positiva a disponibilidade dos profissionais de saúde).

Os doentes que revelam maior motivação para o cumprimento da medicação e da dieta encontram-se mais satisfeitos com a equipa de enfermagem e outros profissionais, não se verificando com a equipa médica. Já os doentes que possuem maior motivação para o processo terapêutico estão menos satisfeitos com os serviços hospitalares, indo ao encontro da hipótese 10, os doentes com maior motivação são mais exigentes com os serviços hospitalares. *A satisfação dos utentes em saúde define-se como a avaliação dos cuidados de saúde recebidos, englobando as reacções emocionais e cognitivas, ou seja, esta definição salienta a ansiedade e incertezas ligadas à situação de doença e do apoio emocional recebido.* (Fritzpatrick, 1997).

O sétimo objectivo enunciado foi analisar como se relacionaram estes doentes com os serviços hospitalares. Inferimos das correlações estabelecidas entre a variável de prognóstico da doença (MELD), as variáveis de caracterização da doença (etiologia da cirrose hepática, tempo de doença, número de internamentos), as variáveis de motivação para o cumprimento do processo terapêutico (motivação para cumprir a terapêutica, motivação para cumprir a dieta) e as variáveis dependentes (disponibilidade da equipa de enfermagem e outros profissionais; disponibilidade da equipa médica; disponibilidade dos serviços hospitalares) que os doentes hepáticos estabelecem um relacionamento com a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde diferente do que estabelecem com a equipa médica. Parece que os doentes com a doença em estado mais avançado (pior prognóstico, maior número de internamentos) e que apresentam uma maior motivação para o cumprimento dos processos terapêuticos estabelecem uma espécie de empatia com os profissionais com os quais contactam mais directamente (enfermeiros e outros profissionais). Contrariamente os doentes mais motivados para cumprirem, quer a medicação quer a dieta, avaliam com menor satisfação a disponibilidade dos serviços hospitalares. Parece que estes doentes ao cumprirem associam-se aos profissionais com os quais têm uma relação mais intensa, mais directa e exigem mais dos serviços hospitalares. E por último os doentes com maior número de internamentos, logo com a doença mais avançada criam distanciamento da equipa médica. *A satisfação dos utentes, refere-se à sua satisfação relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados. O utente está satisfeito, quando a sua experiência actual de interacção com o serviço superou as suas expectativas.* (Hespanhol, 2005).

## 9.2 CONCLUSÕES

A etiologia predominante da DHC, na nossa unidade é o álcool, o que já esperávamos, quer pela nossa experiência, como pelo que a literatura nos diz. O consumo de álcool como comportamento aditivo, continua a ser socialmente aceite e culturalmente divulgado.

Demonstramos que um maior número de internamentos, nos indica doentes com pior prognóstico. O número de internamentos é preditor da gravidade dos doentes, o que tem alguma lógica. A gravidade da doença vai conduzir a episódios de descompensação, episódios esses que levam ao internamento do doente. Mais episódios de descompensação, maior número de internamentos, logo expressividade de maior gravidade da doença. Um maior número de internamentos relaciona-se a uma menor motivação para o cumprimento da medicação, não sendo significativo para o cumprimento da dieta. Uma menor motivação para o cumprimento da terapêutica, mais descompensações, mais internamentos.

O consumo de álcool, além de poder provocar a doença hepática crónica, está associado a um pior prognóstico e condiciona a motivação para o processo terapêutico. Os doentes em que a causa da doença é o álcool apresentam índices de gravidade da doença maiores e com pior prognóstico. Os doentes, cuja causa da doença não é o álcool estão muito mais motivados para cumprir a medicação como a dieta. Os doentes que consomem ou consumiram álcool apresentam menor motivação para o cumprimento do processo terapêutico, quando deixam de consumir a motivação aumenta progressivamente com o tempo que deixaram de consumir, o que vai conduzir a um pior prognóstico. O álcool tem grande impacto na doença hepática crónica, quer como causa da doença como influência o cursar da doença.

A prevalência da doença faz-se no sexo masculino, está de acordo com o que é usualmente conhecido. Pensamos que esta realidade terá tendência a modificar-se, dado a nova “cultura” do consumo. As raparigas socialmente estão a consumir tanto como os rapazes, o que irá ter as suas consequências. Como referimos a mulher tem menor tolerância ao álcool, a quantidade de consumo de álcool para a mulher, preconizada pela OMS, é cerca de metade da recomendada para o homem, assim daqui

a uns anos poderemos encontrar dados diferentes. A doença afecta com maior agressividade os indivíduos do sexo masculino, como demonstramos. Os doentes do sexo masculino apresentam índices de gravidade da doença superior aos apresentados pelas mulheres. A literatura diz-nos que a doença é mais agressiva para o sexo feminino. Refletimos, que esta agressividade da doença no homem poderá relacionar-se com os factores motivacionais e concluímos que as mulheres estão mais motivadas para o cumprimento de todo o processo terapêutico, logo as mulheres cumprindo, diminuem os episódios de descompensação, tornando a doença mais estável e menos agressiva. A média de idade dos doentes estudados situa-se nos 53 anos, idade produtiva, a reforma é prevista aos 65 anos, e a expressividade de gravidade da doença é maior nos grupos etários mais baixos. Os doentes mais idosos apresentavam índices de gravidade mais baixos. Relacionamos com os factores da motivação e encontramos que os doentes mais velhos estão mais motivados para o cumprimento da medicação, o que não foi expressivo para o cumprimento da dieta. Assim dado que os doentes mais idosos parecem cumprir melhor, pelo menos a terapêutica, a tendência será a doença ser menos agressiva. Os doentes que estão reformados, de baixa ou desempregados apresentam pior prognóstico. Os doentes do sexo feminino, assim como os que possuem maiores habilitações literárias apresentam uma maior motivação para o cumprimento do processo terapêutico, seja para cumprir a terapêutica como para cumprir a dieta. O sexo masculino apresenta maior prevalência para a doença hepática, pior prognóstico e menor motivação para cumprir o processo terapêutico. Podemos concluir que a motivação para o cumprimento do processo terapêutico tem impacto na doença hepática, assim como na sua progressão.

No estudo comprovamos que à motivação para o cumprimento da terapêutica está associado um melhor prognóstico. Só conseguimos tirar conclusões para a motivação para cumprir a medicação e para um índice de prognóstico: a classe de Child-Pugh. Concluímos que os doentes dão maior importância e estão mais motivados para cumprir a medicação do que a dieta. Resolvemos testar se o prognóstico explica a motivação para o cumprimento da medicação e da dieta. Assim correlacionamos as duas variáveis de prognóstico, (MELD; a classe de Child-Pugh), com as duas variáveis de motivação, (factor de motivação para cumprir a terapêutica; factor de motivação para cumprir a dieta). Encontramos uma associação entre a variável MELD e o factor de motivação para a terapêutica, não encontramos valores significativos para a

motivação para a dieta; e verificamos que a variável Child-Pugh explicava os dois factores de motivação. Assim a um pior prognóstico está associado um menor grau de motivação.

Os factores sociais estão relacionados com a necessidade de ajuda. Os doentes hepáticos crónicos que não trabalham, sem apoio financeiro e que vivem sozinhos expressam necessitar mais ajuda. Os doentes com maior número de internamentos, logo com maior gravidade opinam necessitar de mais ajuda. As características de consumo de álcool explicam a necessidade de ajuda para controlar a doença hepática. Assim os doentes que não consomem álcool; que deixaram de consumir há mais tempo; que estiveram mais vezes inseridos em programas de etilo-risco; e que apresentam maior dependência de álcool manifestam necessitar de mais ajuda para o controle da doença.

Provamos que os doentes com pior prognóstico e com maior número de internamentos mostram uma maior satisfação com os serviços hospitalares. Contudo os doentes com maior número de internamentos indicam uma menor satisfação em relação à disponibilidade médica. Os doentes em que a doença é conhecida há mais tempo expressam uma maior satisfação com as orientações e disponibilidade dadas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, não se verificando o mesmo grau de satisfação com a equipa médica, nem com os serviços hospitalares. Os doentes que expressam maior motivação para cumprirem a medicação e a dieta, demonstram menor satisfação com os serviços hospitalares. Concluimos que os doentes que utilizam mais os serviços hospitalares, os doentes em que a doença está diagnosticada há mais tempo, assim como os que apresentam maior motivação para cumprir quer a medicação como a dieta, criam com os enfermeiros e outros profissionais de saúde uma relação de aproximação, distanciando-se da equipa médica. Habitua-se aos serviços hospitalares, sendo menos expectativos com os serviços prestados, os doentes com maior número de internamentos e pior prognóstico. Os doentes com índices de motivação maiores são mais exigentes com os serviços hospitalares.

### **9.3 LIMITAÇÕES**

Encontramos como limitações após a análise do estudo, que deveríamos ter incluído como variáveis, que poderiam ser pertinentes: o grau de conhecimento da

doença por parte dos doentes; índice de massa corporal e eventualmente averiguar o número de vezes que os doentes faltam às consultas e o motivo. O grau de conhecimento da doença poderia relacionar-se com os factores motivacionais. O índice de massa corporal levaria a uma análise do estado nutricional do doente e relacionar com o factor de motivação para cumprir a dieta. Os doentes faltam às consultas, por estarem internados, por não se interessarem, por terem dificuldade em se deslocarem às consultas ou outra qualquer razão. Esta variável poderia-se relacionar quer com os factores motivacionais quer com a opinião sobre os serviços hospitalares.

No final do estudo sentimos como limitação, o não termos categorizado os doentes na possível etapa de mudança segundo o modelo transteórico e consequentemente podermos definir possíveis estratégias de intervenção.

Outra limitação é o facto de não existir nenhuma bibliografia que relacione os doentes com doença hepática crónica com a motivação para a adesão aos processos terapêuticos. Como acontece com as organizações hospitalares, também na bibliografia parece acontecer o mesmo: doença hepática para um lado, comportamentos aditivos noutro compartimento e motivação relacionada com os comportamentos aditivos mas não no contexto da doença hepática.

#### **9.4 RECOMENDAÇÕES**

Propomos futuros estudos, nos quais se consiga categorizar os doentes nas diferentes etapas do modelo transteórico, determinando as estratégias a desenvolver. Poderíamos, assim, criar alicerces para envolver estes doentes na gestão da sua própria doença. Por outro lado que as organizações possam compreender como interagir com estes doentes.

Parece-nos pertinente propor que as instituições de saúde se organizem de forma a dar uma melhor resposta a estes doentes e ao mesmo tempo se consiga diminuir os gastos com esta doença. Os custos directos dos recursos da saúde e de serviços adicionais consumidos no tratamento das doenças crónicas são enormes. (Guerra, J., 2009). As organizações deveriam criar estruturas de modo a diminuir os episódios de descompensação da doença; diminuindo os episódios de descompensação iriam diminuir o número de internamentos. Ao analisarmos a contabilidade analítica, da Unidade de Hepatologia, referente ao ano de 2008, verificamos que houve 332

doentes tratados, com 2757 dias de internamento, representando um custo médio de 2.725,57 euros por internamento. Os sistemas de saúde estão amplamente configurados em torno do modelo de cuidados agudos, caracterizado por respostas episódicas e reactivas, de valor para os doentes agudos a aplicadas similar e acriticamente aos doentes crónicos.(Guerra, J., 2009). Defendemos dois tipos de estruturas, que achamos necessário consolidar, além de se investir na prevenção. Na prevenção dado esta doença estar associada a comportamentos aditivos, alguns aceites pacificamente pela sociedade, como o consumo de álcool.

Os doentes deveriam ter à sua disposição “locais próprios”, tipo “hospitais de dia”, onde pudessem recorrer para tirar dúvidas, efectuar exames dirigidos para a sua doença, efectuar tratamentos como paracenteses; evitando-se a ida aos serviços de urgência. Já existem, mas a resposta dada é escassa, insuficiente e ineficaz.

Defendemos, por outro lado a criação de tipo “centros de dia” onde estes doentes pudessem estar durante o dia, enquanto os familiares trabalham. Nestes centros os doentes teriam à sua disposição uma dieta de acordo com as suas necessidades, a medicação controlada por profissionais. Os sinais e sintomas seriam controlados de forma e evitar os episódios de descompensação. Teriam acompanhamento para fazer os exames e tratamentos necessários. Como demonstramos, esta doença recai maioritariamente, em doentes numa faixa etária ainda produtiva, os familiares, sendo cônjugues ou filhos, necessitam de trabalhar. Estes seriam locais de preferências para cuidarem dos doentes, mantendo-os em segurança, enquanto os familiares exercem a sua actividade profissional. Pensamos que a criação de locais deste género, provocaria uma diminuição nas idas aos serviços de urgência, assim como uma redução nos internamentos. Os centros de dia que existem não dão resposta a este tipo de doentes, estão mais direccionados para a geriatria. Coloca-se-nos uma questão: estes doentes iriam aderir a um programa de tratamento deste género? Dependeria da etapa de mudança em que se encontrassem? Ou das estratégias utilizadas? Deixamos em aberto estas diferentes opiniões.

Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde têm falhas na coordenação no percurso dos doentes crónicos, em especial no que se refere à continuidade de cuidados. A coordenação não deve ser apenas uma responsabilidade do médico de família, mas deve, igualmente, preocupar o hospital. Na interface hospital – centros de saúde – comunidade não existe, no quadro do Serviço Nacional de Saúde, uma função

específica ou qualquer profissional ou rede de profissionais que garanta a continuidade efectiva dos cuidados, assumindo muitas vezes este papel o próprio doente e os familiares, o que comporta um maior risco de sérias descontinuidades nos cuidados que podem contribuir para o agravamento das doenças. Estas insuficiências de continuidade assumem uma incidência particularmente acentuada sobre a actividade dos cuidados não programados, em especial sobre a utilização dos serviços de urgência. (Guerra, J., 2009).

Os doentes com doenças crónicas complexas quando admitidos nos serviços hospitalares, têm uma maior probabilidade de demoras médias de internamento mais elevadas; e frequentemente, entram pelos serviços de urgência, têm múltiplas patologias que representam menor probabilidade de serem seguidos por protocolos padronizados. Assim, gerir estes doentes em ambulatório, proactivamente e com qualidade, pode resultar numa redução no uso dos recursos hospitalares e resultar em menos internamentos evitáveis. (Siu *et al.*, 2009).



## **10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alberti, A.; Clumbeck, N.; Collins, S.; Gerlich, W.; Lundgren, J.; Palu, G. (2005). *Short Statement of the First European Consensus Conference on the Treatment of Chronic Hepatitis B and C in HIV co-infected Patients*. Journal of Hepatology. 42, 615-624.

Anderson, P.; Baumberg, B. (2006). *O álcool na Europa*. Relatório para a Comissão Europeia.

Arroyo, V. ; Sánchez-Fueyo, A. ; Fernández-Gomez, J. ; Forns, X. ; Ginés, P. ; Rodes, J. (2007). *Advances in the Therapy of Liver Diseases*. Barcelona: Ars Medica.

Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J.; Monteiro, M. (2001). *AUDIT- The Alcohol Use Disorders Identification Test*. World Health Organization.

Baroness, J. A. (1979). *Disease and Illness – A Crucial Distinction*. The American Journal of Medicine. 66, 375-376.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Blanchard, E. (1982). *Behavioral Medicine: Past, Present and Future*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50(6), 795-796.

Camilo, E. (2004). *Terapêutica nutricional nas doenças hepáticas*. In Chaves, C., *Terapêutica em Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 7-12.

Carr-Hill, A. (1992). *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Public Health Medicine. 14, 236-249.

Cleary, D. (1991). *Patients evaluate their hospital care: a national survey*. Health Affairs. 10, 254-267.

Coons, S.J. (1996). *Disease Management: Definitions and exploration*. Clinical Therapeutics. 18 (6), 1321-1326.

Cortada, M. e Teixidor, J.(1997). Cirrose hepática compensada. In *Tratamiento de las Enfermedades Hepáticas*. Asociación Española para el Estudio del Hígado.45-50.

Cortez-Pinto H.; Marques Vidal P.; Monteiro E. (2004). *Liver disease-related admissions in Portugal: clinical and demographic pattern*. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 16, 873-877.

Descombey, J.-P. (1994). *Précis d'alcoologie clinique*. Paris: Dunod.

Desmet, V.J. (1994). Fibrosis of the liver: a pathologist's view. In Surrenti, C.; Casini, A.; Milani, S.; Pinzani, M. editors, *Fat-storing cells and liver fibrosis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 257-273.

Deuffic-Burban, S.; Poynard, T.; Sulkowski M.S.; Wong J.B. (2007). *Estimating the Future Health Burden of Chronic Hepatitis C and Human Immunodeficiency Virus Infections in the United States*. Journal of Viral Hepatitis. 14, 107-115.

DiMatteo, M.R., (1994). *Enhancing patient adherence to medical recommendations*. Journal of the American Medical Association. Chicago. 271(1), 79-83.

Durand, F. e Valla, D. (2005). *Assessment of prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD*. Journal of Hepatology. 42, S100-107.

Feinstein, AR. (1990). *On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance*. Archives of Internal Medicine. 150 (7), 1377.

Ferreira, P.; Luz, A.; Valente, S.; Raposo, V.; Godinho, P. e Felício, E. (2001). *Determinantes da Satisfação dos Utentes dos Cuidados Primários: O Caso de Lisboa e Vale do Tejo*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2, 53-61.

Ferreira, Pedro Lopes (2001). *Avaliação dos doentes de cuidados primários: aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 17, 15-45.

Fitzpatrick, R. (1997). *Patient Satisfaction*. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press. 301-304.

Gaignard, J.-Y.; Kiritzé-Topor, P. (1992). *L' Alcoolologie en pratique quotidienne*. Lyon: Lippa.

Gíria, J. (2008). *Dimensão Económica da Doença Hepática em Portugal*. Livro de Resumos da 11<sup>a</sup> Reunião Anual APEF. 26

Gonseth (2004). *The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports*. European Heart Journal. 25, 1570-1595.

Grumbach, K. (2003). *Chronic Illness, comorbidities, and the need for medical generalism*. Annals of Family Medicine. May-Jun. 1 (1), 4-7.

Guerra, J. (2009). Os Hospitais no Modelo da Resposta aos Doentes Crónicos. In Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R., *Governança dos Hospitais*. Casa das letras. 235-265.

Hardy, G. E.; West, M. A.; Hill, F. (1996). *Components and predictors of patient satisfaction*. British Journal of Health and Psychology. 1, 65-85.

Haynes, R.B. (1979). Introduction. In Haynes, R.B.; Taylor, D.W.; Sackett, D.L., *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Henriques, P. (1981). *Terapêutica médica da cirrose hepática*. Coimbra Med. 2(1), 77-81.

Hespanhol, A. (2005). *A Imagem dos Serviços de Saúde e dos Médicos de Família em Portugal*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 21, 185-191.

Hingson, R.; Heeren, T.; Winte, M. (2006). *Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 160, 739-746.

Holli, B. and Calabresse, R. (1991). *Communication and education skills; the dietitian guide*. Pensylvania: Lea & Febiger.

Horn, L.; Dolecek, T.; Grandits, G.; Skweres, L. (1997). *Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial*. American Journal of Clinical Nutrition. Bethesda. 65, 289S-304S.

Horta e Vale, A.(2006). Ascite na cirrose Hepática. Peritonite Bacteriana Espontânea. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.43-57.

Hunter D. J. (1997). *Managed care: Disease management*. BMJ. 315, 50-53.

Jackson, D. (2001). *Disease Management*. Institute for Health Care Studies. Michigan State University.

Kamath, P.and Kim W.R. (2007). *The Model for End-Stage Liver Disease (MELD)*. Hepatology. 45(3), 797-805.

Leitão, J. (2007). História natural e a importância de co-factores. In Carvalho, A., *Hepatites virais crónicas*. Lisboa: Permanyer Portugal.17-22.

Ley, P. (1986). *Cognitive variables in non-compliance*. Journal Compliance Health Care. 1, 171-187.

Lisson, L.; Rodriguez, R.; Reed, I.; Nelson, R. (2005). *A brief psychological intervention to improve adherence following transplantation*. American Journal of Transplantation. 10(1), 52-57.

Lubkin, IM.; Larsen, P. (2006). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Marcus, E.; Picard, D. (1984). *L'École de Palo Alto*. Paris: Éditions Retz.

Marinho, R. (2006). Prevenção das Doenças Hepáticas. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 669–701.

Marinho, R. (2009). *Efeitos nocivos do álcool na população adulta e nos jovens*. Revista da Medicina Interna. Minerva. 10 (Abril / Junho), 7-11.

Marinho, R.; Velosa, J.; Carneiro Moura, M. (2004). *120 Perguntas sobre Hepatite C*. Quimera.

Mello, M.L (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direcção Geral de Saúde.

Mendes, F. (2005). *Doenças Crónicas: a prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados*. Pensar Enfermagem. 1º Semestre. 9(1), 42-47.

Miller, W. e Rollnick, S. (1992). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. The Guilford Press.

Moniz, L.; Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde: Desenvolvimento e Intervenção*. Lisboa: Edições ASA.

Monteiro, E. (2006). Transplantação Hepática. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 627– 666.

Neuburger, R. (1999). *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale systémique*. Paris: ESF.

Nolte S.; Mckee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions – A Health systems perspective*. Buckingham: Open University Press.

Orem, D. (1980). *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Patton, KM.; Aranda-Michel, J. (2002). *Nutricional Aspect in Liver Disease and Liver Transplantation*. *Nutrition in Clinical Practice*. 17, 332-340.

Pedroto, I. (2004). Cirrose e suas complicações. In Chaves, C., *Diagnóstico em Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 83-91.

Pego, M. (1998). *Qualidade dos serviços de urgência: a perspectiva dos utentes*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Peixe, P.(2004). Diagnóstico da Doença Hepática Alcoólica. In Chaves, C., *Diagnóstico em Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 13-18.

Peixe, P.(2006). Doença Hepática alcoólica. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 123 - 166.

Pilisuk, M.; Parks, S. (1986). *The healing web: social networks and woman survival*. NewEngland: University Press.

Pires, A.; Santos, P. (1999). *Satisfação dos Clientes*. Lisboa: Texto Editora.

Pitt, F.; Jeantrout, B. (1994). *Management of costumer expectations in services firms: a study and a checklist*. *The Service Industries Journal*. 21, 70-89.

Prochaska, J.O.; DiClement, C.C. e Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change: applications in addictive behaviors*. American Psychologist. 47(9).

Prochaska, J.O.; Norcross, J.C. e DiClement, C.C. (2006). *Changing for good*. New York: Collins.

Prochaska, J.O.; DiClement, C.C. (1982). *Transthoretical therapy: toward a more integrative model of change*. *Psychoterapy: Theory, Research and Practice*. 20.

Ramalho, F. (2004). Hepatite crónica C: terapêutica. In Chaves, C., *Terapêutica em Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 25-30.

Ryan, Richard M.; Plant, Robert W. ; O'Malley, S. (1995). *Initial Motivations for Alcohol Treatment: Relations With Patients Characteristics, Treatment Involvement, and Dropout*. Addictive Behaviors. 20 (3), 279 – 297.

Rehn, N.; Room, R.; Edwards G. (2001). *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.

Reviki, D. A. (2004). *Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues*. 53 (4), 40-44.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Rollnick, S. (1996). *Behavior change in practice: targenting individuals*. *Internacional Journal of Obesity*. London. 20 (1): S22-S26.

Ross, C. (1987). *The role of expectationa in patient satisfaction with medical care*. *Journal of Health Care Marketing*. 7, 16-26.

Rossiter, F. (2000). *The Impact of Disease Management on Outcomes and Cost of Care: a study of low-income asthma patients*. *Inquiry*. 37 (2), 188-202.

Santos, R. (2006). Fibrose hepática. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal. 461-496.

Sherbourne, C.D. (1992). *Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study*. Journal of Behavioral Medicine. 15 (5), 447-468.

Sherlock, S.; Dooley, J. (2002). *Diseases of the Liver and Biliary System*. Blackwell Publishing. 381-398.

Siu, AL.; Spragens, LH.; Inouye,SK. (2009). *The Ironic Business Case For Chronic Care in The Acute Care Setting*. Health Affairs. 28 (1), 113-125.

Starfield, B.; Lemke, KW.; Bernhardt, T.; Foldess, SS.; Forrest, CB.; Weiner, JP. (2003). *Comorbidity: implications for the importance of primary care in case management*. Annals of Family Medicine. May-Jun. 1 (1), 8-14.

Stevens, M. (2006). *Patients satisfaction at and after discharge. Effect of time lag*. Patient Education and Counseling. 60 (2), 241-245.

Telles-Correia D.; Barbosa, A.; Barroso, E.; e Monteiro, E. (2006). *Abordagem psiquiátrica do transplante hepático*. Acta Médica Portuguesa. 19, 165-180.

Thoresen, C. and Eagleston, J. (1985). *Counseling for Health*. The Counseling Psychologist, 13 (1), 15-87.

Tood, W.E., (1998). *Choosing a Disease Management Strategy*. Drug Benefit Trends. 10 (9), 35-46.

Tomé, L. (2006). Encefalopatia Hepática. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permayer Portugal. 65-72.

Tudó, J. e Saumell, C. (1997). Carcinoma hepatocelular e outros tumores hepáticos malignos. In *Tratamiento de las Enfermedades Hepáticas*. Asociación Española para el Estudio del Hígado.147-153.

Vala, J.; Monteiro, E. (1996). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vallet-Pichard, A.; Pol, S. (2004). *Hepatitis viruses and human immunodeficiency virus co-infection: pathogenesis and treatment*. Journal of Hepatology. 41, 156-166.

Velicer, W. F.; Prochaska, J. O.; Fava, J. L.; Norman, G. J. e Redding, C. A. (1998). *Smoking Cessation and Stress Management: Applications of the Transtheoretical Model of Behavior Change*. Homeostasis. 38, 216–233.

Velosa, J. (2006). Tumores do fígado. In Areias, J., *Tratado de Hepatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.499-546.

Velosa, J.; Marinho,R.; Carneiro Moura, M. (2007). *120 Perguntas sobre Hepatite B*. Quimera.

Vila, J.; Santos, J. (1997). La nutrición en los pacientes hepáticos. In *Tratamiento de las Enfermedades Hepáticas*. Asociación Española para el Estudio del Hígado.321-330.

Xavier, T. (1999). *Avaliação da Qualidade em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.

WHO. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Génève: World Health Organization.

WHO. (2005). *Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment: WHO global report*. Génève: World Health Organization.



## **ANEXOS**

**ANEXO I: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**M<sup>a</sup> da Conceição Cunha e Sousa Ribeiro da Silva**  
Enfermeira Chefe  
Pós-Graduada em Gestão de Serviços de Saúde

Lisboa, 16 de Dezembro de 2008

Ao  
Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Lisboa Norte  
Ex.mo Senhor Presidente

Maria da Conceição da Cunha e Sousa Ribeiro da Silva, enfermeira chefe do Serviço de Hepatologia / UCIGEH, vem por este meio pedir autorização para efectuar um estudo académico no Serviço de Gastrenterologia e Consulta de Hepatologia.

No âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa, estou a elaborar a minha tese sobre a "*Gestão dos Serviços Hospitalares no acompanhamento de Doentes com Doença Hepática Crónica*"

Este estudo requer a aplicação de questionários a doentes hepáticos crónicos e a consulta do processo clínico, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados neste Hospital e de melhorar a qualidade de vida destes doentes. Serão garantidos os princípios da confidencialidade e do anonimato

Ficando ao dispor de V. Ex.as para qualquer esclarecimento que se torne necessário sobre este assunto.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos,

---

M<sup>a</sup> da Conceição Cunha e Sousa Ribeiro da Silva  
(Telefone interno 99479)

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
PulidoValente

Exma. Senhora  
Enfermeira Maria da Conceição da Silva  
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia I  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª DIRCLN - 07.ABR.2009 - 0255

**Assunto:** Projecto de Investigação “Gestão dos Serviços Hospitalares no acompanhamento de Doentes com Doença Hepática Crónica”.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 02 de Abril de 2009.

Com os melhores cumprimentos, *plenas*

O Director Clínico

Dr. J. A. Correia da Cunha

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luisa Figueira

**Membros**

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Elísa Pedro

Padre Fernando Sampaio

Dra. Gabriela Martins Mendes

Dra. Graça Nogueira

Mestre Enfª. Isabel Córte-Real

Dr. Mário Miguel Rosa

Exma. Senhora

Enfª. Maria da Conceição da Cunha  
e Sousa Ribeiro da Silva

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia I  
UCIGEH

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 18 de Março de 2009

**Assunto:** Projecto de Investigação “*Gestão dos Serviços Hospitalares no acompanhamento de Doentes com Doença Hepática Crónica*” no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa

Pela presente, informamos que o estudo citado em epígrafe, obteve na reunião realizada em 11 de Março de 2009, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido projecto foi enviado ao Director Clínico, Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE**

**ÉTICA**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
PulidoValente

Ex.ma Sra.  
Enf. Chefe Conceição Sousa  
Serviço de: UCIGEH

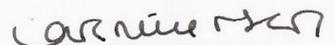
**ASSUNTO:** Projecto de Investigação "Gestão dos Serviços Hospitalares no acompanhamento de Doentes com Doença Hepática Crónica" no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa a aplicar no Serviço de Gastrenterologia e Consulta de Hepatologia do CHLN - Pólo HSM.

Vimos por este meio informá-la que o pedido acima mencionado se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 23 de Abril de 2009

A Enfermeira Directora

  
Catarina Bataca  
Enfermeira Directora

/MT

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647  
www.chln.pt  
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
www.chln.pt

**ANEXO II: CONSENTIMENTO INFORMADO**

## ***Consentimento Informado***

No âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa, estou a elaborar a minha tese sobre a "*Gestão dos Serviços Hospitalares no acompanhamento de Doentes com Doença Hepática Crónica*".

Os questionários são adaptados para o presente trabalho.

Visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados neste Hospital e de melhorar a sua qualidade de vida, gostaríamos que colaborasse connosco, respondendo a um conjunto de questões, assinalando com um X a sua opinião. Estão garantidos os princípios da confidencialidade e do anonimato.

Desde já apresentamos os nossos agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestadas.

Tomei conhecimento do âmbito e dos objectivos do estudo e aceito participar no mesmo.

Sim

Não

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data:    /    /

Obrigado pela sua participação

Enf<sup>ª</sup> Conceição Sousa

**ANEXO III: ENTREVISTA**



## **GUIÃO DE ENTREVISTA A DOENTE HEPÁTICO CRÓNICO**

**Tempo:** 20 a 30 minutos.

**Objectivo e papel do entrevistador:** Ouvir o doente para perceber quais as suas percepções e preocupações sobre a sua doença. Identificar qual a motivação do doente para a mudança de comportamentos.

**Descrição do papel do doente:** O doente tem um papel activo referenciando todas as suas preocupações, motivações e expectativas.



### **Perguntas iniciais de enquadramento**

- ☆ 1 - Está internado, sabe que tipo de doença tem? E porque está doente?
  
- ☆ 2 – Já esteve internado anteriormente? Foi pelo mesmo motivo? Lembra-se quando foi a última vez?
  
- ☆ 3 - Sabe que a sua doença é crónica, para a vida toda? Assusta-o? Quer falar sobre isso?
  
- ☆ 4 - Conhece os principais problemas relacionados com esta sua doença? Consegue referenciar alguns.
  
- ☆ 5 - Gostava de saber como enfrenta a doença? Quer falar-me de como a doença interfere na sua família e trabalho? Qual o impacto/ importância da doença no seu dia a dia?

- ☆ 6 – Está sozinho ou a sua família, ou amigos tem conhecimento da sua doença e ajudam-no, quer falar sobre isso?
- ☆ 7 – Como acha que a sua doença vai evoluir?



### **Perguntas sobre os seus hábitos**

- ☆ 8 - É consumidor de álcool? Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? Qual a quantidade?
- ☆ 9 - Com que idade iniciou o consumo de álcool?
- ☆ 10 - Efectuou algum tratamento para deixar de consumir álcool? Número de vezes que esteve inserido num programa para deixar de consumir?
- ☆ 11 - Já consumiu ou consome drogas ou fármacos estupefacientes com regularidade?
- ☆ 12 - Com que idade iniciou consumo de drogas?
- ☆ 13 - Efectuou algum tratamento para deixar de consumir drogas? Número de vezes que esteve inserido num programa para deixar de consumir?



### **Perguntas sobre a motivação**

- ☆ 14 – Sabe reconhecer os sinais de complicação da doença? Quais são?

- ☆ 15 - Foram-lhe prescritos medicamentos para o seu problema do fígado?
- ☆ 16 - Como toma a sua medicação? Explique-me como faz no dia a dia?
- ☆ 17 – Nos últimos tempos, tomou sempre como indicado os seus medicamentos?
- ☆ 18 - Tem com frequência necessidade de alterar algum medicamento? E como faz essas alterações?
- ☆ 19 – Acha que toma os seus medicamentos correctamente? Se não cumpre, tenciona começar a cumprir?
- ☆ 20 - Para si é importante tomar correctamente os medicamentos? Acha que se tomar correctamente os medicamentos tem influência na sua doença ou nem por isso? Explique-me
- ☆ 21 - Foi – lhe recomendado um determinado plano alimentar para o seu problema do fígado?
- ☆ 22 - Qual é a base da sua alimentação? O que come habitualmente num dia normal?
- ☆ 23 - Sabe o que são as proteínas? Pode comer proteínas à vontade? Se ingerir demasiadas proteínas o que lhe pode acontecer?
- ☆ 24 – Nos últimos tempos seguiu a alimentação recomendada? Consegue cumprir na totalidade todas as indicações? Há alguma altura em que não consegue seguir esse plano alimentar? Quais?
- ☆ 25 – Acha que a alimentação que faz é a recomendada? Se não é, tenciona modificar os seus hábitos alimentares?

- ☆ 26 – Pensa se mantiver o regime alimentar recomendado pode controlar algumas complicações da sua doença? Será importante? Porquê?
  
- ☆ 27 - Pensa cumprir todas as indicações (plano alimentar, medicação, alteração de hábitos, etc.) que lhe derem sobre a sua doença? Porquê?... Acha que se cumprir vai melhorar ou evitar as complicações?
  
- ☆ 28 - Vai continuar a cumprir o tratamento indicado ou será pouco provável? Terá dificuldades? Quais poderão ser?
  
- ☆ 29 - Conhece alguma Comunidade ou Associação de apoio para tratamento dos problemas relacionados com a sua doença?
  
- ☆ 30 - Se conhece essas Comunidades / Associações de apoio, já as frequentou?
  
- ☆ 31 - Qual a probabilidade de vir a frequentar essas Comunidades / Associações de apoio no futuro?
  
- ☆ 32 - Para mudar os seus comportamentos, para controlar a sua doença acha que pode necessitar de ajuda? Qual é que acha que seria a ajuda ideal?
  
- ☆ 33 - Se tivesse à sua disposição um local, ao qual pudesse recorrer para estar durante o dia, onde poderia usufruir de alguns serviços auxiliares como controlar a terapêutica e dieta, frequentava esse local? Acha importante poder existir? Porquê?
  
- ☆ 34 – Se costuma ter dúvidas, acha útil ter, disponível, algum tipo de atendimento?  
Presencial – Telefónico – Presencial e Telefónico

**ANEXO IV: QUESTIONÁRIO**



## **QUESTIONÁRIO**

No âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa, estou a efectuar um estudo académico sobre a "*Gestão dos Serviços Hospitalares no acompanhamento de Doentes com Doença Hepática Crónica*"

Dado tratar-se de um estudo académico não é obrigatório a sua participação, contudo a sua opinião é fundamental para nós, na tentativa de uma melhoria contínua, em relação aos cuidados de saúde e de melhor corresponder às suas expectativas. É com esse objectivo que solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Este questionário é anónimo, pelo que NÃO é necessária a sua identificação.

Grata pela sua colaboração

*Enfermeira Conceição Sousa*



**I. Começamos por lhe pedir que nos forneça alguns dados pessoais.**

Coloque um X ou responda à questão consoante o caso.

1. **Sexo:** Masculino  Feminino

2. **Idade :** \_\_\_\_\_ Anos

3. **Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

4. **Indique qual o seu Estado Civil:**

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

Separado

5. **Qual foi o nível de instrução mais elevado que completou?**

Inferior ao 6º Ano de Escolaridade

6º Ano de Escolaridade

9º Ano de Escolaridade

11º Ano de Escolaridade

12º Ano de Escolaridade

Licenciatura

Outro Grau  Qual? \_\_\_\_\_

6. **Qual é a sua situação profissional?**

Activo

Reformado

Baixa

Desempregado

7. **Que tipo de recursos financeiros possui?**

Ordenado Fixo

Apoio Social Financeiro Fixo

Apoio Social Financeiro Esporádico

Sem qualquer apoio Financeiro

8. **Qual o seu tipo de habitação?**

Andar

Vivenda

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

9. **Qual a sua situação familiar?**

Vive acompanhado

Vive sozinho

Quantas pessoas, incluindo você próprio, vivem em sua casa? \_\_\_\_\_

Se vive sozinho, qual a pessoa de referência (grau de parentesco, vizinho, amigo) que o acompanha? \_\_\_\_\_



**II. Gostaríamos de conhecer um pouco os seus hábitos.**

*Coloque um X ou responda à questão consoante o caso.*

10. Consome ou foi consumidor de álcool? Sim  Não

- Se respondeu **NÃO** passe para a **questão 26**, Se respondeu **SIM**, continue a responder.

11. Com que idade iniciou o consumo de álcool? \_\_\_\_\_ Anos

12. Consumiu durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ Anos

13. Não consome desde: \_\_\_\_\_

14. Efectuou algum tratamento para deixar de consumir: Sim  Não

15. Número de vezes que esteve inserido num programa para deixar de consumir: \_\_\_\_\_

	Nunca ou não se aplica	Uma vez por MÊS ou menos	Duas a quatro vezes por MÊS	Duas a três vezes por SEMANA	Quatro ou mais vezes por SEMANA
16. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uma ou Duas	Três ou Quatro	Cinco ou seis	De Sete a nove	Dez ou mais
17. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca ou não se aplica	Uma vez por MÊS ou menos	Duas a quatro vezes por MÊS	Duas a três vezes por SEMANA	Quatro ou mais vezes por SEMANA
18. Com que frequência consome seis bebidas alcoólicas ou mais numa ocasião?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca ou não se aplica	Uma vez por MÊS ou menos	Duas a quatro vezes por MÊS	Duas a três vezes por SEMANA	Quatro ou mais vezes por SEMANA
19. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca ou não se aplica	Uma vez por MÊS ou menos	Duas a quatro vezes por MÊS	Duas a três vezes por SEMANA	Quatro ou mais vezes por SEMANA
20. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por causa de ter bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca ou não se aplica	Uma vez por MÊS ou menos	Duas a quatro vezes por MÊS	Duas a três vezes por SEMANA	Quatro ou mais vezes por SEMANA
21. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não	Sim, mas não nos últimos 12 meses	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses		
24. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Não	Sim, mas não nos últimos 12 meses	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses		
25. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

26. Já consumiu ou consome drogas ou fármacos estupefacientes com regularidade?  
 Sim  Não

▪ Se respondeu NÃO passe para a questão 34, Se respondeu SIM continue a responder.

27. Com que idade iniciou consumo de drogas? \_\_\_\_\_ Anos

28. Qual o período de tempo em que consumiu drogas e álcool? \_\_\_\_\_

29. Efectuou algum tratamento para deixar de consumir: Sim  Não

30. Número de vezes que esteve inserido num programa para deixar de consumir: \_\_\_\_\_

31. No ano passado e no passado mês utilizou drogas: Sim  Não

32. Utilizou drogas no ano passado, mas não no mês passado: Sim  Não

33. Utilizou drogas no mês passado: Sim  Não



**III. Gostaríamos de conhecer como faz a sua Medicação e Dieta.**

*Coloque um X ou coloque um círculo na opção que melhor corresponde à sua situação.*

**34. Foram-lhe prescritos medicamentos para o seu problema do fígado?**

Sim  Não

- Se respondeu **NÃO** passe para a **questão 42**, Se respondeu **SIM** continue a responder.

**35. Foram-lhe prescritos medicamentos para o seu problema de fígado:**

Há menos de 1 semana  Há menos de 1 mês  Há menos de 3 meses  Há menos de 6 meses  Há mais de 6 meses

**36. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou como indicado os seus medicamentos :**

0 1 2 3 4 5 6 7 n° de dias

**37. Em quantos dos últimos SETE DIAS, teve necessidade de alterar algum medicamento :**

0 1 2 3 4 5 6 7 n° de dias

**38. Em relação ao cumprimento da terapêutica, escolha a frase que melhore o caracteriza:**

Não cumpro, nem considero importante o cumprimento correcto da terapêutica

Não cumpro, mas considero importante o cumprimento correcto da terapêutica

Pretendo iniciar o cumprimento correcto da terapêutica

Cumpro a terapêutica na maior parte dos dias, desde que me foi prescrita

A terapêutica foi-me prescrita há mais de 6 meses e consigo cumpri-la integralmente nos últimos 6 meses

Nos grupos seguintes estão descritas afirmações em relação à importância / necessidade do cumprimento da MEDICAÇÃO, marque com X a frase com que mais se identifica em cada pergunta.

**39**

- O facto de cumprir ou não cumprir a medicação que me foi prescrita não afecta significativamente o meu estado geral de saúde.....
- Eu acho importante cumprir regularmente a medicação, porém muitas das vezes não cumpro a medicação que me foi prescrita.....
- Não tenho cumprido regularmente a medicação que me foi prescrita, mas no futuro pretendo cumprir essa medicação.....
- Cumpro regularmente a medicação desde que me foi prescrita.....
- Cumpro regularmente a medicação, como me foi indicada há mais de 6 meses ...

**40**

- Por vezes não tomo a medicação, mas prefiro não me penalizar por isso.....
- Eu gostava de cumprir a medicação prescrita, mas muitas das vezes não sei como posso alterar os meus hábitos, para poder cumpri-la.....
- Para conseguir tomar a medicação indicada vou procurar alguém que me ajude a cumprir o que me foi prescrito.....
- Eu penso que a medicação é importante mas nem sempre a cumpro.....
- A medicação tem ajudado a controlar a doença no entanto, às vezes, tenho receio de não conseguir manter esta medicação com regularidade.....

**41**

- Não tomo a medicação, mas isso não me incomoda, pois prefiro viver sem preocupações.....
- A medicação que me é indicada é importante, mas não consigo cumpri-la regularmente.....
- Estou disposto a alterar os meus hábitos de vida para conseguir cumprir a medicação que me foi prescrita.....
- Quando surgem necessidades de alteração da medicação, eu consigo determinar qual a medicação mais adequada, sem necessidade de ajuda.....
- Tomo a medicação correctamente com regularidade, desde que me foi prescrita, no entanto preciso de ajuda para não ter qualquer recaída.....

**42. Foi -lhe recomendado um determinado plano alimentar para o seu problema do Fígado?**

Sim  Não

- Se respondeu **NÃO** passe para a **questão 50**, Se respondeu **SIM** continue a responder.

**43. A Dieta para o seu problema de fígado, foi-lhe prescrita:**

Há menos de 1 semana     Há menos de 1 mês     Há menos de 3 meses     Há menos de 6 meses     Há mais de 6 meses

**44. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu a alimentação recomendada:**

0 1 2 3 4 5 6 7 n° de dias

**45. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu o plano alimentar recomendado por um profissional de saúde**

0 1 2 3 4 5 6 7 n° de dias

**46. Em relação ao cumprimento da dieta, escolha a frase que melhore o caracteriza:**

- Não cumpro, nem considero importante o cumprimento da dieta .....
- Não cumpro, mas considero importante o cumprimento correcto da dieta .....
- Pretendo iniciar o cumprimento correcto da dieta .....
- Cumpro a dieta na maior parte dos dias desde que me foi prescrita .....
- A dieta foi-me prescrita há mais de 6 meses e consigo cumpri-la integralmente nos últimos 6 meses

**Nas perguntas seguintes estão descritas afirmações em relação à importância / necessidade do cumprimento da DIETA, marque com X a frase com que mais se identifica em cada pergunta.**

**47**

- O facto de cumprir ou não cumprir a dieta que me foi indicada não afecta significativamente o meu estado geral de saúde.....
- Eu acho importante cumprir regularmente a dieta indicada porém, muitas das vezes, não consigo alimentar-me dessa forma
- Não tenho cumprido regularmente a dieta indicada, mas no futuro pretendo alimentar-me tal como me aconselharam
- Cumpro regularmente a dieta, desde que me foi prescrita.....
- Cumpro regularmente a dieta que me foi indicada há mais de seis meses.....

**48**

- Por vezes não cumpro a dieta, mas prefiro não me penalizar por isso.....
- Eu gostava de cumprir a dieta indicada, mas muitas das vezes não sei como posso alterar os meus hábitos para poder cumpri-la.....
- Para conseguir cumprir a dieta indicada, penso que preciso de alguém para me ajudar a alimentar-me convenientemente.....
- Eu penso que a dieta é importante, mas nem sempre a cumpro.....
- A dieta indicada tem-me ajudado a controlar a doença no entanto, às vezes, tenho receio de não conseguir manter este tipo de alimentação com regularidade.....

**49**

- Normalmente como o que me apetece, mas isso não me incomoda, pois prefiro viver sem preocupações.....
- A dieta que me é indicada é importante, mas não consigo cumpri-la integralmente
- Estou disposto a alterar os meus hábitos de vida, para conseguir cumprir a dieta que me foi indicada
- Quando surgem situações em que não consigo cumprir a dieta indicada, eu consigo compensar nas outras refeições sem necessidade de ajuda.....
- Pratico a dieta correctamente e com regularidade desde que me foi prescrita, no entanto preciso de ajuda para não ter qualquer recaída

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre as seguintes afirmações.

**50. Pretende cumprir todas as indicações sobre a sua doença, porquê? Escolha a 1ª e a 2ª frase que melhor identificam essa razão.**

Quero realmente fazer mudanças nos meus comportamentos.....

Não vou sentir-me bem comigo próprio se não procurar ajuda.....

Se não seguir todas as indicações vou sentir-se muito culpado.....

Seguir todas as indicações é muito importante para mim pessoalmente.....

Vou sentir-me mal comigo próprio se não continuar o tratamento.....

**51. Pretende continuar o cumprimento do tratamento, porquê? Identifique a 1ª e a 2ª frase que melhor identificam esse motivo.**

É do meu próprio interesse manter o cumprimento do tratamento.....

Vou sentir-me falhado se não mantiver o cumprimento do tratamento.....

Cumprir o tratamento é a melhor maneira de me ajudar.....

Para me tratar necessito de procurar ajuda.....

Apostar no tratamento é uma oportunidade para mudar.....



**IV. Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os Serviços Hospitalares**

**52. Desde que tem esta doença, quantos médicos já consultou, neste Hospital? \_\_\_\_\_**

**53. Quantos médicos já consultou noutros Hospitais Públicos? \_\_\_\_\_**

**54. Quantos médicos já consultou em Serviços de Saúde privados? \_\_\_\_\_**

**55. Se mudou de médico, qual a razão dessa mudança?**

Incompatibilidade       Falta de confiança       Não era da especialidade

Outra      Qual? \_\_\_\_\_

**56. É acompanhado por médicos diferentes, em Hospitais distintos?**

Não       Sim      Porquê? \_\_\_\_\_

**57. Desde que tem esta doença, teve necessidade de mudar de Hospital?**

Não       Sim      Quantas vezes? \_\_\_\_\_

**58. Porque mudou de Hospital?**

Não havia a especialidade       Mudou de residência  
 Outra      Qual? \_\_\_\_\_

**59. Se tivesse oportunidade gostaria de mudar de Hospital?**

- Não gostaria de mudar
- Pode mudar, mas prefere ficar neste Hospital
- É indiferente mudar ou não de Hospital
- Se pudesse mudaria
- Gostaria muito de mudar

**60. Conhece alguma Comunidade ou Associação de apoio para tratamento dos problemas relacionados com a sua doença?**

Sim       Não

**61. Se conhece essas Comunidades / Associações de apoio, já as frequentou?**

Sim       Não

**Se Sim:**

**62.** Durante quanto tempo as frequentou? \_\_\_\_\_

**63.** Abandonou? \_\_\_\_\_

**64.** Interrompeu durante certo tempo e voltou? \_\_\_\_\_

**65. Qual a probabilidade de vir a frequentar essas Comunidades / Associações de apoio no futuro?**

Nada provável       Pouco provável       Provável       Muito provável       Vou recorrer

**66. Desde que tem esta doença, foi-lhe explicada a Dieta a efectuar?**

Não foi explicada       Foi explicada       Foi explicada de forma pormenorizada       Não se lembra se foi ou não explicada

**67. Das explicações recebidas, sobre a Dieta como as compreendeu?**

Não percebeu       Percebeu algumas       Percebeu todas as explicações

**68. Se recebeu explicações sobre a Dieta, qual o profissional ou profissionais que lhe explicaram?**

Médico     Enfermeiro     Dietista     Outro    Qual? \_\_\_\_\_

**69. Desde que tem esta doença, foi-lhe explicada a Terapêutica a efectuar?**

Não foi explicada     Foi explicada     Foi explicada de forma pormenorizada     Não se lembra se foi ou não explicada

**70. Das explicações recebidas, sobre a Terapêutica como as compreendeu?**

Não percebeu     Percebeu algumas     Percebeu todas as explicações

**71. Se recebeu explicações sobre a terapêutica, qual o profissional ou os profissionais que lhe explicaram?**

Médico     Enfermeiro     Outro    Qual? \_\_\_\_\_

**72. Já teve apoio de psicólogo ou psiquiatra?**

Não     Sim  
 No Hospital     Noutro Local    Qual? \_\_\_\_\_

**73. Já teve apoio de Assistente Social?**

Não     Sim  
 No Hospital     Noutro Local    Qual? \_\_\_\_\_

**74. Para mudar os seus comportamentos, para controlar a sua doença**

- Não sabe, se necessita de ajuda
- Não necessita de qualquer ajuda
- É pouco provável que necessite de ajuda
- Necessita de ajuda
- Vai necessitar de muita ajuda

**75. Se tivesse à sua disposição um local, ao qual pudesse recorrer para estar durante o dia, onde poderia usufruir de alguns serviços auxiliares como controlar a terapêutica e dieta, frequentava esse local?**

Todos os dias     3 vezes por semana     1 vez por semana     Esporadicamente     Nunca

**76. Se tivesse à sua disposição um local, ao qual pudesse recorrer fazer alguns tratamentos, frequentava esse local?**

Todos os dias       3 vezes por semana       1 vez por semana       Esporadicamente       Nunca

**77. Para as dúvidas que costuma ter, acha útil ter disponível um atendimento**

Presencial       Telefónico       Presencial e Telefónico

**78. Tendo em conta as dúvidas que costuma ter quantas vezes recorreria**

Todos os dias       3 vezes por semana       1 vez por semana       Esporadicamente       Nunca

Coloque um só X na coluna que melhor corresponde à sua opinião.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
79. Quando vai à consulta gostava que esta fosse mais demorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Os problemas de saúde que teve no passado foram ignorados pelo médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. O médico compreendeu exactamente quais os problemas de saúde que o incomodavam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Teve de esperar semanas / meses pela consulta de especialidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. O médico comportou-se como se estivesse a fazer-lhe um grande favor ao consultá-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. O tempo de espera, dispendido no dia da consulta é, habitualmente, excessivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. O tempo de intervalo entre as consultas é excessivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. É fácil alterar o dia da consulta neste Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. É fácil alterar a hora da consulta neste Hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. A equipa de enfermagem foi clara nas orientações dadas sobre os tratamentos, medicamentos e exames a que foi submetido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. A equipa de enfermagem mostrou atenção e disponibilidade no atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Os outros profissionais foram claros nas orientações transmitidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Os outros profissionais mostraram atenção e disponibilidade no atendimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado pela sua colaboração.

**ANEXO V: FICHA DE RECOLHA DE DADOS CLÍNICOS**



**V. DADOS CLINICOS (A recolher do processo clínico / ficha clínica)**

<b>92. DIAGNÓSTICO</b>	CIRROSE HEPÁTICA DE ETIOLOGIA		
<b>93. SITUAÇÃO DO DOENTE</b>	INTERNADO		
	CONSULTA		
<b>94. MOTIVO DE INTERNAMENTO</b>			
<b>95. INTERNAMENTOS</b>	QUANTOS		
<b>96. EPISÓDIOS DE ASCITE</b>	Não		
	Sim		
<b>97. EPISÓDIOS DE PERITONITE BACTERIANA ESPONTANEA</b>	Não		
	Sim		
<b>98. EPISÓDIOS DE ENCEFALOPATIA PORTO SISTÊMICA</b>	Não		
	Sim		
<b>99. EPISÓDIOS DE HEMORRAGIA</b>	Não		
	Sim		
<b>100. HÁ QUANTO TEMPO É CONHECIDA A DOENÇA</b>			

<b>DADOS CLINICOS</b>	<b>Á DATA DE OBSERVAÇÃO:</b>
<i>CREATININA</i>	
<i>BILIRRUBINA</i>	
<i>INR</i>	
<i>TEMPO DE PROTROMBINA</i>	
<i>ALBUMINA</i>	
<i>SÓDIO</i>	
<i>ASCITE</i> <i>(Ausente/Leve/Moderada)</i>	
<i>ENCEFALOPATIA</i>	
<i>PBE</i>	
<i>ROTURA DE VARIZES</i>	
<i>101. CHILD - PUGH</i>	
<i>102. MELD</i>	
<i>103. MELD Na</i>	
<i>104. MELD mortalidade a 90 dias</i>	
<i>105. ECOG</i>	

**ANEXO VI: QUESTIONÁRIO - AUDIT**

## AutoTeste

### Questionário AUDIT (versão portuguesa)

**1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?** (Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.)

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

**3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana  
4 = quatro ou mais vezes por semana

**8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**

0 = nunca  
1 = uma vez por mês ou menos  
2 = duas a quatro vezes por mês  
3 = duas a três vezes por semana  
4 = quatro ou mais vezes por semana

**9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?**

0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**

0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**Pontuação do AUDIT:**

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7 »» Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19 »» Consumo Nocivo/Abuso

Valores de 20 a 40 »» Dependência

**ANEXO VII: ESCALA: URICA**

CASAA Research Division

**UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE  
ASSESSMENT (URICA) SCALE**

**PROBLEM:** \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY	
_____	Study
_____	ID
_____	Point
_____	Date
_____	Raid
<small>UCA000- Revised 3/25/96 3 Pages</small>	

This questionnaire is to help us improve our services. Each statement describes how a person might feel when starting therapy. Please indicate the extent to which you tend to agree or disagree with each statement. In each case, make your choice in terms of how you feel right now, not what you have felt in the past or would like to feel. For all the statements that refer to your "problem", answer in terms of the problem you have written at the top. And "here" refers to the place of treatment.

There are **FIVE** possible responses to each of the items in the questionnaire: Strongly disagree, disagree, undecided, agree, and strongly agree. Circle the number that best describes how much you agree or disagree with each statement.

There are <b>FIVE</b> possible responses:	Strongly Disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly Agree
1. As far as I'm concerned, I don't have any problems that need changing.	1	2	3	4	5
2. I think I might be ready for some self-improvement.	1	2	3	4	5
3. I am doing something about the problems that had been bothering me.	1	2	3	4	5
4. It might be worthwhile to work on my problem	1	2	3	4	5
5. I'm not the problem one. It doesn't make much sense for me to be here.	1	2	3	4	5
6. It worries me that I might slip back on a problem I have already changed, so I am here to seek help.	1	2	3	4	5
7. I am finally doing some work on my problem.	1	2	3	4	5
8. I've been thinking that I might want to change something about myself.	1	2	3	4	5

<b>There are FIVE possible responses:</b>	<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Undecided</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
<b>9. I have been successful in working on my problem, but I'm not sure I can keep up the effort on my own.</b>	1	2	3	4	5
<b>10. At times my problem is difficult, but I'm working on it.</b>	1	2	3	4	5
<b>11. Being here is pretty much of a waste of time for me because the problem doesn't have to do with me.</b>	1	2	3	4	5
<b>12. I'm hoping this place will help me to better understand myself.</b>	1	2	3	4	5
<b>13. I guess I have faults, but there's nothing that I really need to change.</b>	1	2	3	4	5
<b>14. I am really working hard to change.</b>	1	2	3	4	5
<b>15. I have a problem and I really think I should work on it.</b>	1	2	3	4	5
<b>16. I'm not following through with what I had already changed as well as I had hoped, and I'm here to prevent a relapse of the problem.</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Even though I'm not always successful in changing, I am at least working on my problem.</b>	1	2	3	4	5
<b>18. I thought once I had resolved the problem I would be free of it, but sometimes I still find myself struggling with it.</b>	1	2	3	4	5
<b>19. I wish I had more ideas on how to solve my problem.</b>	1	2	3	4	5
<b>20. I have started working on my problems but I would like help.</b>	1	2	3	4	5

<b>There are FIVE possible responses:</b>	<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Undecided</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
<b>21. Maybe this place will be able to help me.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>22. I may need a boost right now to help me maintain the changes I've already made.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>23. I may be part of the problem, but I don't really think I am.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24. I hope that someone here will have some good advice for me.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>25. Anyone can talk about changing; I'm actually doing something about it.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>26. All this talk about psychology is boring. Why can't people just forget about their problems?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>27. I'm here to prevent myself from having a relapse of my problem.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>28. It is frustrating, but I feel I might be having a recurrence of a problem I thought I had resolved.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>29. I have worries but so does the next guy. Why spend time thinking about them?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>30. I am actively working on my problem.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>31. I would rather cope with my faults then try to change them.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>32. After all I had done to try and change my problem, every now and again it comes back to haunt me.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**ANEXO VIII: QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO**



**INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO AOS UTENTES DO HOSPITAL DE SANTA MARIA - INTERNAMENTO**

A sua opinião é fundamental para nós. Apoiados nela, saberemos aperfeiçoar a prestação dos nossos serviços e melhor corresponder às suas expectativas. É com este espírito que lhe entregamos este questionário.

Contamos com a sua colaboração. Ajude-nos a ajudá-lo.

Data da alta (ano e mês)	<input type="text"/>								
Serviço/Unidade onde foi assistido	<input type="text"/>								
Número de Identificação do Doente (opcional)	<input type="text"/>								
Nome (opcional)	<input type="text"/>			Idade	<input type="text"/>				
Sexo	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>					
					muito mau	mau	satisfatório	bom	muito bom
<b>1. Pessoal de Secretariado e Apoio</b>									
1.1. Atenção e disponibilidade									
1.2. Clareza das informações prestadas									
1.3. Agilidade no processo de admissão									
<b>2. Condições das Instalações</b>									
2.1. Limpeza e higiene									
2.2. Respeito pela privacidade									
2.3. Conforto									
2.4. Silêncio nas enfermarias									
<b>3. Refeições</b>									
3.1. Horário									
3.2. Qualidade									
3.3. Variedade da ementa									
<b>4. Roupas</b>									
4.1. Limpeza									
4.2. Qualidade da roupa									
4.3. Frequência de mudas									
<b>5. Visitas</b>									
5.1. Horário									
5.2. Facilidade de acompanhamento por familiares									
<b>6. Equipa Médica</b>									
6.1. Clareza das explicações sobre tratamentos, medicamentos e exames a que foi submetido									
6.2. Clareza das informações prestadas sobre o seu estado de saúde									
6.3. Atenção e disponibilidade no atendimento									
<b>7. Enfermagem</b>									
7.1. Clareza nas orientações transmitidas sobre rotinas do serviço									
7.2. Orientações sobre os cuidados de enfermagem recebidos									
7.3. Rapidez de resposta									
7.4. Atenção e disponibilidade no atendimento									
<b>8. Outros Profissionais</b>									
8.1. Clareza das orientações transmitidas									
8.2. Atenção e disponibilidade no atendimento									
<b>9. Pessoal Auxiliar</b>									
9.1. Atenção e disponibilidade no atendimento									
9.2. Rapidez de resposta									
<b>10. Processo de Alta</b>									
10.1. Informação disponibilizada quanto aos cuidados e práticas a seguir									
10.2. Tempo de espera entre a informação de alta do médico e a sua saída do hospital									
11. Qual é a sua opinião sobre a qualidade global do serviço prestado no HSM									
								sim	não
12. Considerando a sua experiência, aconselhará o HSM a um familiar, amigo ou colega que tivesse que recorrer a um hospital?									

\* Preenchimento obrigatório



**HOSPITAL DE SANTA MARIA  
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES NA CONSULTA**

Responda com um só "x" na coluna apropriada para cada pergunta

		Concordo plenamente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo plenamente
1	Gostava que a consulta fosse mais demorada					
2	Na consulta compreendi melhor a minha doença					
3	Os cuidados médicos que recebi foram de grande qualidade					
4	É fácil vir ao Hospital					
5	Os problemas de saúde que tive no passado foram ignorados pelo médico					
6	O médico compreendeu exactamente quais os problemas de saúde que me incomodavam					
7	O médico devia ter mostrado mais interesse pelos meus problemas de saúde					
8	Não quero ser consultado pelo mesmo médico na próxima consulta					
9	Tive que esperar semanas/meses por esta consulta					
10	Numa clínica privada o médico possui melhores equipamentos do que no Hospital					
11	O médico fez-me sentir incompreendido					
12	Os outros elementos da equipa de saúde podiam-me ter tratado melhor					
13	Este médico é um dos melhores que eu podia encontrar					
14	O médico explicou-me claramente quais os meus problemas de saúde					
15	O médico devia ter-me explicado como eu posso viver melhor com a minha doença					
16	A sala de espera é agradável					
17	O médico devia ter-se esforçado mais					
18	O médico comportou-se como se estivesse a fazer-me um grande favor ao consultar-me					
19	Tive que esperar muito pela consulta					
20	Na consulta o médico devia ter pedido mais exames					
21	Senti-me satisfeito com as respostas que o médico deu às minhas perguntas					
22	Senti-me completamente satisfeito com a consulta					

Adaptado de "Patient Satisfaction Questionnaire" - USA

**ANEXO IX: ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA**

**Tabela 7 - Análise factorial exploratória - Opinião sobre os Serviços Hospitalares**

	Factor		
	1	2	3
<b>1. Disponibilidade de enfermeiros e outros profissionais</b>			
Outros profissionais claros orientações dadas	<b>,837</b>	,045	-,286
Outros profissionais disponibilidade atendimento	<b>,829</b>	,074	,022
Equipa enf clara orientações trat, med,exames	<b>,773</b>	,017	-,201
Equipa enf disponibilidade atendimento	<b>,769</b>	,050	,227
<b>2. Disponibilidade médica</b>			
Problemas saúde ignorados médicos_inv	-,012	<b>,925</b>	-,117
Médico fez favor ao consultar_inv	,091	<b>,878</b>	-,155
Médico compreendeu exactamente problemas	,082	<b>,853</b>	,081
<b>3. Disponibilidade dos serviços hospitalares</b>			
Teve de esperar meses/sem pela consulta esp	-,067	-,031	<b>,798</b>
Tempo de intervalo entre consultas é excessivo	,031	,185	<b>,782</b>
Consulta mais demorada	,042	-,182	<b>,735</b>
Tempo de espera no dia consulta é demasiado	-,278	-,227	<b>,674</b>

Nota: N=141. Índice de Kaiser-Meyer-Olkin = ,72. O factor *Orientação e disponibilidade de enfermeiros e outros profissionais* explica 24 %, o factor *Disponibilidade médica* explica 23 % e o factor *Disponibilidade dos serviços hospitalares* explica 22 % da variância total. Os pesos factoriais foram obtidos por rotação *Varimax*.