

DANUSA DE ALMEIDA MACHADO

QUALIDADE DE VIDA E MORBIDADE PSICOLÓGICA DE
PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE C EM
TRATAMENTO COM INTERFERON PEGUILADO E
RIBAVIRINA

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
Área de Concentração Saúde Pública
da Faculdade de Medicina de Botucatu
– UNESP, para a obtenção do título de
Mestre

Orientadora: Professora Doutora Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

Co-Orientador: Professor Doutor Giovanni Faria Silva

Botucatu
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Machado, Danusa de Almeida.

Qualidade de vida e morbidade psicológica de pacientes portadores de Hepatite C em tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina / Danusa de Almeida Machado. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

Co-orientador: Giovanni Faria Silva

Assunto CAPES: 40101096

1. Hepatite C - Tratamento - Aspectos psicológicos 2. Hepatite C - Vírus

CDD 616.362

Palavras-chave: Hepatite C; Interferon Peguilado; Morbidade psicológica; Qualidade de vida; Ribavirina; Tratamento antiretroviral

DANUSA DE ALMEIDA MACHADO

QUALIDADE DE VIDA E MORBIDADE PSICOLÓGICA DE
PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE C EM TRATAMENTO
COM INTERFERON PEGUILADO E RIBAVIRINA

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Área
de Concentração Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP, para a obtenção do título de
Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

Co-Orientador: Prof. Dr. Giovanni Faria Silva

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira
(UNESP)

Profa. Dra. Fani Eta Korn Malerbi
(PUC)

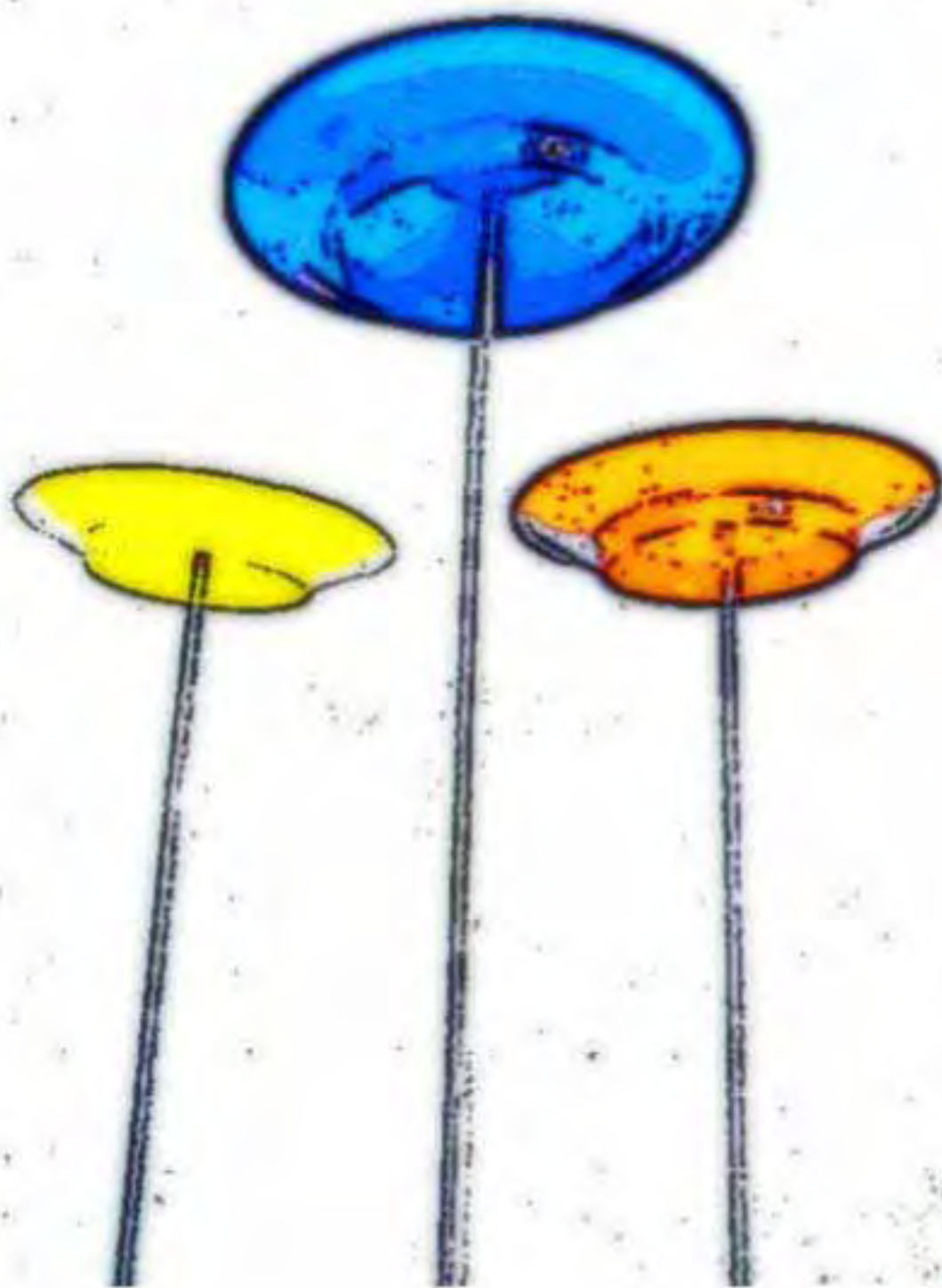
Prof. Dr. Carlos Antônio Caramori
(UNESP)



EPÍGRAFE

*“Quem tem ‘porque’ viver pode suportar
quase qualquer ‘como’.”*

Friedrich Nietzsche



DEDICATÓRIA

Para minha mãe Ana Edene e meu pai Carlos Célio, por sempre me presentear com o seu melhor; por me ensinarem a acreditar na beleza da vida, a sonhar, e a perseverar...

*“Quase todo segredo dos grandes corações está nesta palavra: Perseverando.
A Perseverança está para a coragem como a roda para a alavanca; é a
renovação perpétua do ponto de apoio”*

Victor Hugo



AGRADECIMIENTO ESPECIAL

À Professora Doutora Ana Teresa...

Muito Obrigada pelo olhar atento, pela disponibilidade e incentivo constantes; pelo exemplo cotidiano de postura ética e competência profissional, de amor à Psicologia, à Pesquisa, e por partilhar o que conquista. Por ter acreditado no meu potencial, pelo investimento realizado com dedicação; e pelo verdadeiro privilégio de poder trabalhar (e muito aprender) com você por esses anos...

Muito obrigada sempre!

“Quando trabalhais, sois uma flauta através da qual o sussurro das horas se transforma em música (...)

E eu vos digo que a vida é mesmo escuridão, exceto quando há um impulso

E todo impulso é cego, exceto quando há sabedoria

E toda sabedoria é vã, exceto quando há trabalho

E todo trabalho é vazio, exceto quando há amor.

E quando trabalhais com amor, estais a ligar-vos a vós mesmos, e uns aos outros, e a Deus.

E o que é trabalhar com amor?

É tecer o tecido com fios desfiados do vosso próprio coração, como se o vosso bem-amado fosse usar esse tecido.

É construir uma casa com afeição, como se o vosso bem-amado fosse habitar essa casa.

É semear as sementes com ternura e fazer a colheita com alegria, como se o vosso bem-amado fosse comer os frutos.

É infundirdes em todas as coisas que fazeis um sopro do vosso espírito (...)

E é grande somente aquele que transforma a voz do vento numa canção doce pelo seu amor.

O trabalho é o amor tornado visível.”

Gibran Khalil Gibran



AGRADECIMENTOS

“Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e tudo o que há em mim bendiga o seu santo nome...!!!”⁴

Aos amados pais Carlos Célio e Ana Edene, pela presença, apoio e amor que leva a (re)criar e (re)construir belos sonhos e fatos,...

“Os nossos dias serão para sempre...”⁵

A Dailson, meu único e adorado e lindo irmão... pelas palavras e atitudes para comigo. Pelo seu grande o amor à intensidade da vida, pelo que aprendo com você. Desejo que possamos seguir sempre juntos, “caminhando e cantando e seguindo a canção...”⁶

Ao Professor Doutor Giovanni, meu sincero agradecimento pela co-orientação, pelo acolhimento, disponibilidade e competência, e pela capacidade de agregar pessoas em torno de um ideal.

“O verdadeiro heroísmo está em transformar os desejos em realidades, e as idéias em feitos.”⁷

Aos grandes amigos Ana Carolina, Daniel, Nara e Priscila, pela vida vivida, pela intensidade dos afetos, pela partilha que propicia “uma singularização existencial que coincide com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos...”⁸

A Paula Freire, pela inesquecível parceria...

“unidade complexa: um passo para a vida, um passo para o pensamento. Os modos de vida inspiram maneiras de pensar, os modos de pensar criam maneiras de viver. A vida ativa o pensamento e o pensamento, por seu lado, afirma a vida”⁹

Às amigas “psi”, “botocudas” e mais que queridas: Clarissa, Elenice, Leticia e Regina, companheiras desde o início da minha passagem por esse lugar, pela presença sempre produtora de sentidos... jardins floridos pra todas nós!!

“Não, amigo não envie flores/ me mande mudas/ por certo ouvirei suas preces/ e nas luas cheias novas crescentes serei nome próprio de flor/ bela manhã bem manhãzinha/ eu prometo, amigo um canteiro pleno de vida/ que num punhado de terra indigente vou me viver margaridas”¹⁰

Meu reconhecimento a Ana Luíza, Daniela, Kelyn, Luís Ernesto, Mariane, Mirela, Tatiane, e especialmente a Heloísa e Luciana... Cada um de vocês contribui com a sua singularidade, enriquecendo e inventando meus mundos, tornando-os ainda mais plenos de cores, Voos e possibilidades, afetos e sutilezas...

“Com você eu consigo enxergar bem mais longe/ fica tão colorido mesmo muito distante/ parece que o tempo todo passou nesse instante/ O mundo inteiro girando como uma roda gigante.../ Até parece um sonho, mas estou acordado/ Se estou com meus pés no chão posso voar bem mais alto...”¹²

Aos profissionais que atuaram no Bloco Z e à Equipe do Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP, pelo acolhimento e auxílio prestados durante a minha passagem por aquele território tão intenso... Agradeço

também pelos momentos vivenciados: em Equipe e entre amigos. Mari Nilce, pelo companheirismo, e especialmente pela Amizade, OBRIGADA!!

“Dispara o trem bala veloz feito luzes e integra a estação razão à intuição (...) / Uma criança chora? / Do nada simplesmente temos que partir / Produzir vibrações rotações girassóis, danças saltos gravitações / Inventar novas metas e setas que vão disparar novos corações / O céu está nublado? / As nuvens serão tela para o filme que se quer projetar nas nuvens....”¹¹

Às companheiras dessa jornada que se iniciou nas aulas da Pós-Graduação, Cíntia, Ivana, Micaela, Priscila, Regina, meu carinho... “Tentar mudar o mundo / é a nossa bandeira / mas não é pra já / é luta pra vida inteira”¹²

Meu MUITO OBRIGADA aos Pacientes do Ambulatório de Hepatites Virais, pela confiança depositada. Dias de alegria para todos nós!

“É preciso entender a alegria, considerá-la seriamente como parte da transformação do mundo e de nós, enquanto mundos complexos, habitados por tantas possibilidades de sentimentos.”¹⁴

Agradeço ainda ao Apoio de diversas pessoas e instâncias, que em diferentes situações e momentos foram essenciais para o andamento deste trabalho...

Aos docentes e funcionários do Departamento de Clínica Médica

Aos docentes e funcionários do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Aos docentes e funcionários do Departamento de Saúde Pública

Aos funcionários da Biblioteca do Câmpus

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação

Aos funcionários do Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP)

Ao Professor Doutor Jair Lício Ferreira Santos, pela valiosa colaboração nas análises estatísticas

A Fernando, Gisele Moriel e Karina

Aos professores de Graduação e Pós-Graduação, pelas inquietações engendradas e que sempre ecoam...

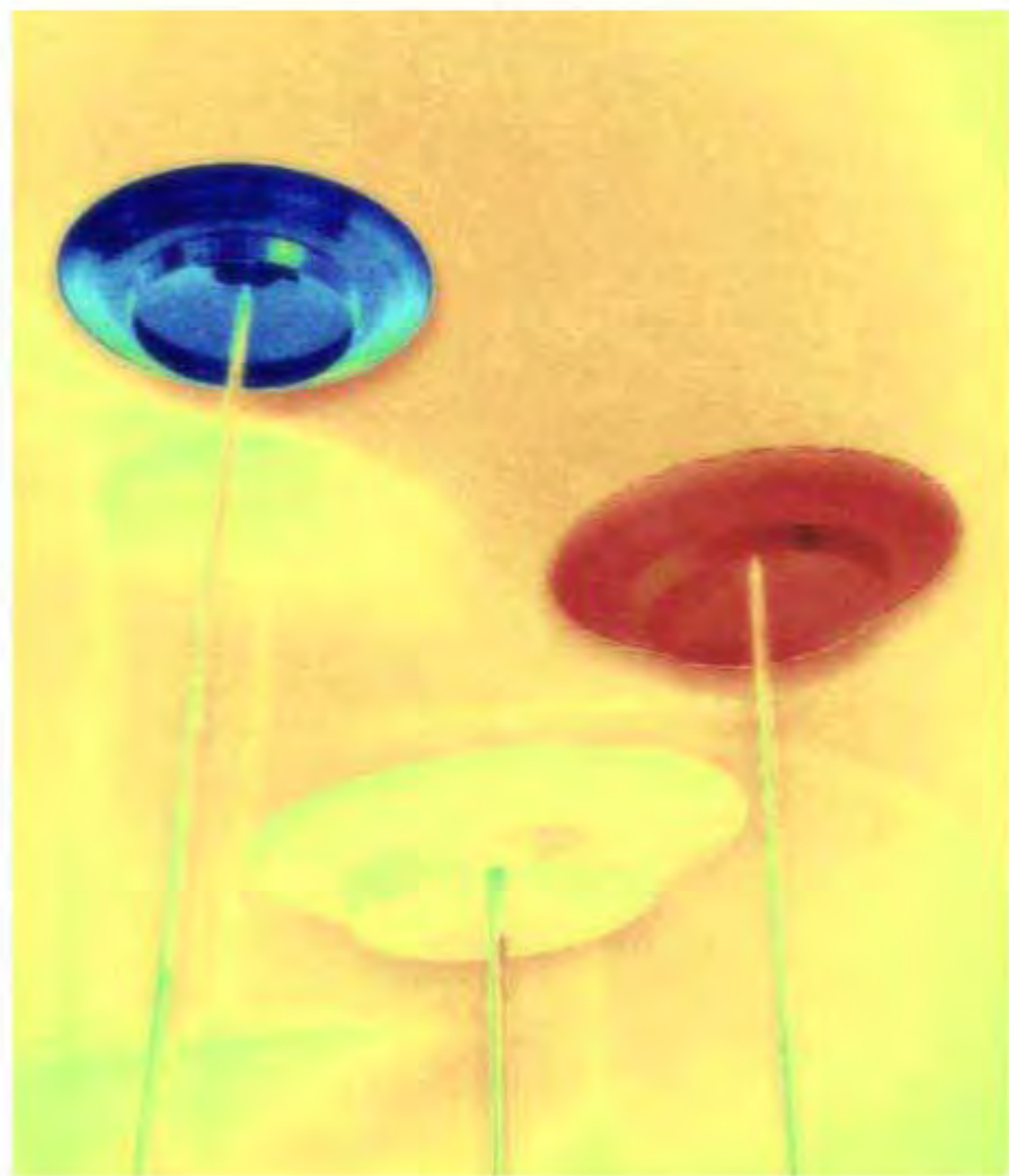
À Banca do Exame Geral de Qualificação, pelas contribuições oportunas

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo –
FAPESP – pela concessão de bolsa de estudos durante o
desenvolvimento deste projeto (processo nº 07/52693-9)

A todos: “luzes acesas/ vozes amigas/ chove melhor”¹⁵

OBRIGADA!!

Este trabalho foi subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, mediante a concessão de bolsa de mestrado, processo número 07/52693-9, no período de 1º de outubro de 2007 a 31 de agosto de 2009.

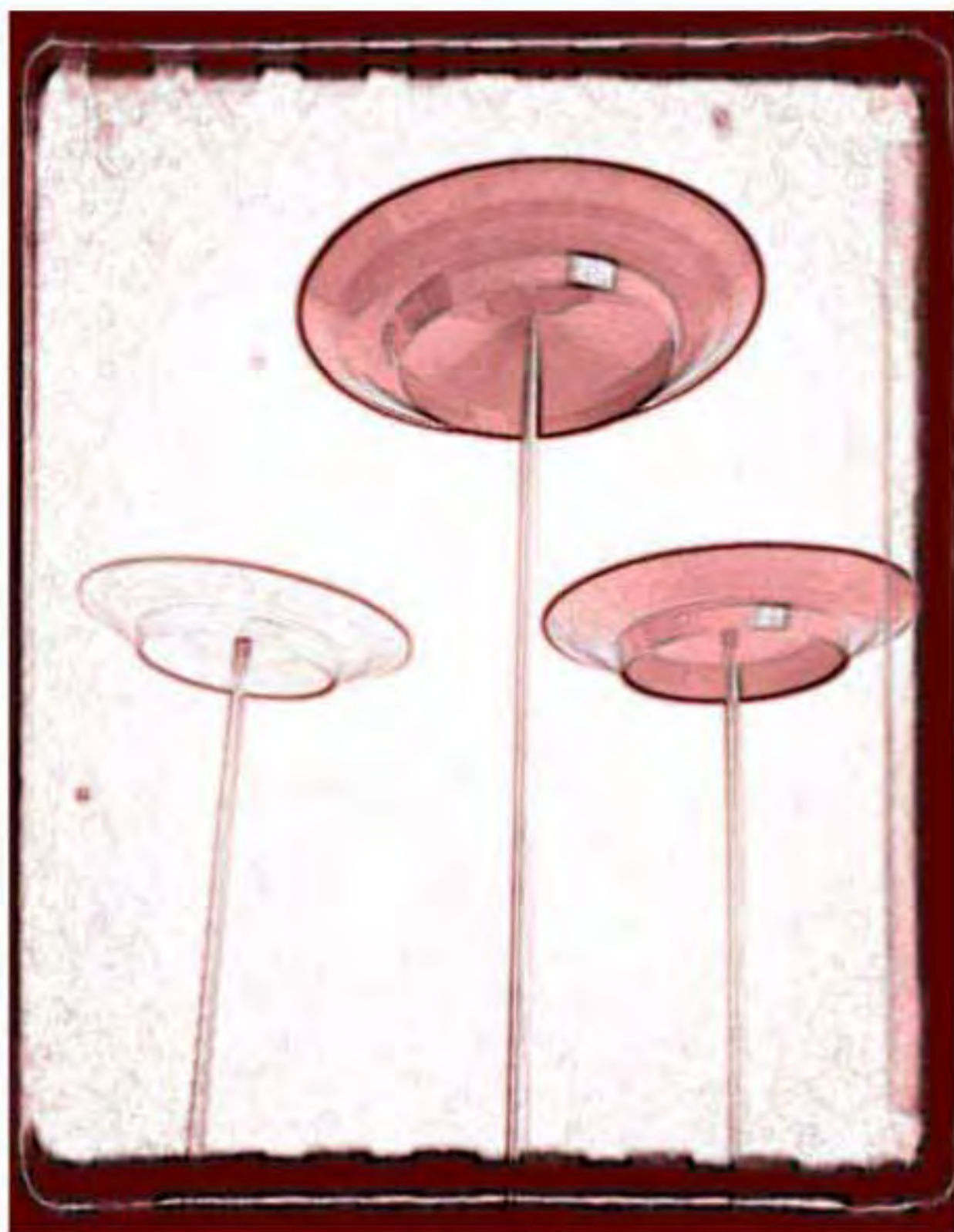


SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS**LISTA DE QUADROS****LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS E SÍMBOLOS****LISTA DE ANEXOS****RESUMO****ABSTRACT**

INTRODUÇÃO	35
Hepatite C – epidemiologia, curso natural.....	36
Depressão e outros transtornos psiquiátricos.....	43
Qualidade de vida e Hepatite C.....	46
Impacto do diagnóstico.....	49
Qualidade de Vida e Tratamento Antiretroviral.....	51
Comorbidades psiquiátricas e tratamento antiretroviral.....	53
JUSTIFICATIVA	56
OBJETIVOS	58
HIPÓTESE	60
METODOLOGIA	62
Participantes da pesquisa.....	63
Desenho do Estudo.....	64
Contexto da Pesquisa.....	64
Características do tratamento antiretroviral e do ambulatório.....	65
Instrumentos utilizados para a obtenção dos dados.....	68
Formulário sócio-demográfico e clínico.....	68
Instrumentos Padronizados.....	68
<i>The Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	68
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	69
<i>Self Reporting Questionnaire (SRQ) - 20</i>	70
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	71
Procedimento.....	71
Período de Realização.....	72
Análise dos dados.....	72
Considerações Éticas.....	73

RESULTADOS	74
Características Clínicas e relacionadas ao tratamento.....	77
Características relacionadas ao estilo de vida e apoio social.....	82
Características relacionadas à presença de sintomas depressivos, de TMC e consumo de álcool.....	84
Características relacionadas à qualidade de vida.....	90
Estudo de Seguimento.....	105
Comparação das características dos participantes do estudo nos três momentos estudados.....	105
Características Clínicas e relacionadas ao tratamento.....	106
Sintomas depressivos, TMC e consumo de álcool.....	107
Resposta ao tratamento antiretroviral.....	110
Características relacionadas à qualidade de vida, presença de sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso nocivo de álcool no estudo de seguimento.....	112
Comparação da amostra do estudo de seguimento e as perdas.....	129
DISCUSSÃO	130
Caracterização Sócio-demográfica, e Clínica	131
Morbidade Psicológica e Aspectos Psicossociais	134
Qualidade de Vida.....	141
Estudo de Seguimento.....	145
Sintomas Depressivos.....	146
Transtorno Mental Comum.....	151
Uso nocivo de álcool.....	152
Qualidade de Vida e Morbidade Psicológica	154
Resposta Viroológica ao tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV.....	157
Resposta Viroológica, Morbidade Psicológica e Qualidade de Vida	158
Limitações.....	159
CONCLUSÕES	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
ANEXOS	184

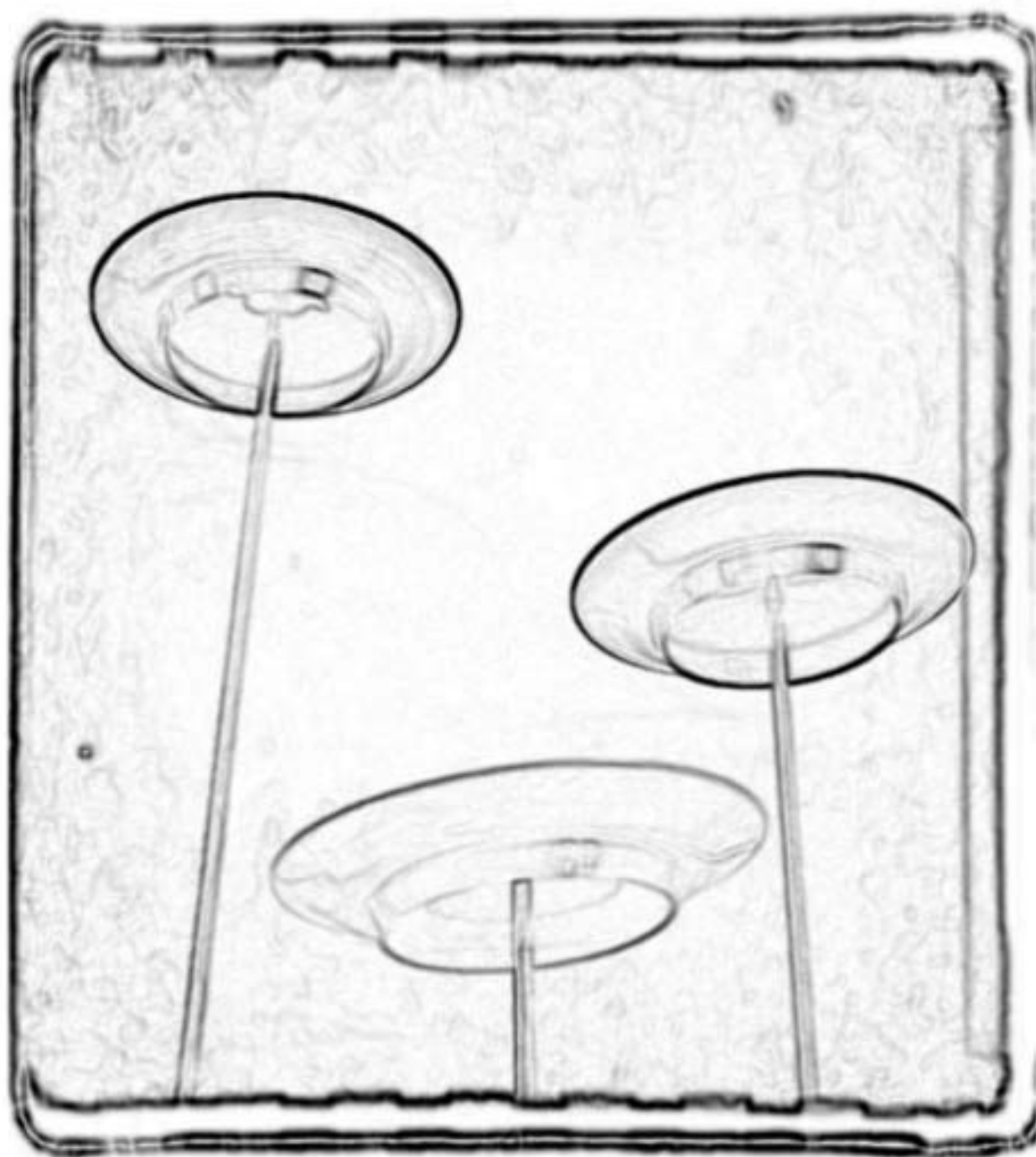


LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características sócio-demográficas segundo sexo (N = 82).....	76
TABELA 2	Variáveis relacionadas à Hepatite C segundo sexo (N = 82).....	78
TABELA 3	Características clínicas segundo sexo (N = 82).....	80
TABELA 4	Variáveis relacionadas ao tratamento antiretroviral segundo sexo (N=82).....	81
TABELA 5	Estilo de Vida segundo sexo (N = 82)	82
TABELA 6	Apoio social segundo sexo (N = 82)	84
TABELA 7	Sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de álcool segundo sexo (N = 82)	85
TABELA 8	Pontuações Médias nos instrumentos psicométricos para avaliação de sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de álcool segundo sexo (N = 82)	85
TABELA 9	Associações estatisticamente significativas de sintomas depressivos com variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais (N = 82)..	87
TABELA 10	Associação estatisticamente significativa da gravidade dos sintomas depressivos com variável sócio-demográfica (N = 82).....	88
TABELA 11	Associações estatisticamente significativas de TMC com variáveis sócio-demográficas e clínicas (N = 82).....	88
TABELA 12	Associações estatisticamente significativas de uso nocivo de álcool com variáveis sócio-demográficas e clínicas (N = 82).....	89
TABELA 13	Associação da gravidade do consumo de álcool com variáveis clínicas e tabagismo (N = 82)	90
TABELA 14	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação ao sexo (N = 82).....	91
TABELA 15	Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a características sócio-demográficas (N = 82)	92
TABELA 16	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à ocupação (N = 82).....	94
TABELA 17	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à renda (N = 82).....	95
TABELA 18	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à situação conjugal (N = 82).....	95
TABELA 19	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à situação da confirmação diagnóstica (N = 82)	96
TABELA 20	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a características clínicas (N = 82).....	97
TABELA 21	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a características clínicas e relacionadas ao tratamento (N = 82)	98
TABELA 22	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a aspectos clínicos e relacionados à Hepatite C (N = 82)	100
TABELA 23	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação ao estilo vida e apoio (N = 82).....	101

TABELA 24	Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação ao apoio (N = 82).....	102
TABELA 25	Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a sintomas depressivos (N=82)	103
TABELA 26	Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a transtorno mental comum e uso de álcool (N = 82)	104
TABELA 27	Distribuição de número e percentagem de características sócio-demográficas nos três momentos estudados (N = 46).....	105
TABELA 28	Variáveis clínicas associadas ao tratamento nos três momentos estudados (N = 46)	106
TABELA 29	Sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de álcool nos três momentos estudados (N = 46).....	107
TABELA 30	Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 na primeira semana, terceiro e sexto meses de tratamento (N = 46).....	109
TABELA 31	Detecção do RNA do VHC (N = 46)	110
TABELA 32	Resposta virológica ao tratamento (detecção do RNA do VHC) nas semanas 04 e 12 (N = 46)	111
TABELA 33	Associação com a presença de sintomas depressivos nas semanas 1, 12 e 24 (N = 46)	113
TABELA 34	Associação com a gravidade dos sintomas depressivos nas semanas 1 e 24 (N = 46)	114
TABELA 35	Associação com a presença de TMC na semana 24 (N = 46).....	115
TABELA 36	Associação com o uso nocivo de álcool nas semanas 1, 12 e 24 (N=46)	116
TABELA 37	Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e variáveis de exposição na semana 1 (N = 46)	118
TABELA 38	Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e as variáveis de exposição nas semanas 12 e 24 (N = 46)	120
TABELA 39	Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e situação conjugal nas semanas 12 e 24 (N = 46)	122
TABELA 40	Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e renda nas semanas 1, 12 e 24 (N = 46)	122
TABELA 41	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a sintomas depressivos e sua gravidade na semana 1 (N = 46)	123
TABELA 42	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de transtorno mental comum na semana 1 (N = 46)	124
TABELA 43	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de sintomas depressivos e sua gravidade na semana 12 (N = 46)	125
TABELA 44	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de transtorno mental comum e uso de álcool na semana 12 (N = 46)	126

TABELA 45	Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de sintomas depressivos e sua gravidade na semana 24 (N = 46)	127
TABELA 46	Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de transtorno mental comum semana 24 (N = 46)	128
TABELA 47	Distribuição de número e porcentagem das características com diferenças estatisticamente significativas entre amostra (N = 46) e das pessoas <i>naïve</i> que não finalizaram o seguimento (N = 12).....	129



LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Entrevistas Realizadas.....	63
QUADRO 2	Pacientes participantes do estudo de seguimento.....	63



LISTA DE ABREVIATURAS
E SIGLAS

ALT	ALANINA AMINOTRANSFERASE
AUDIT	<i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST</i>
BDI	<i>BECK DEPRESSION INVENTORY</i>
CONEP	COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
DP	DESVIO PADRÃO
DSM	<i>DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL</i>
DST	DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
FMB	FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
HADS	<i>HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE</i>
HC	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
HIV	<i>HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS</i>
IFN	INTERFERON
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PCR	REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE
PEG	PEGULADO (POLIETILENO GLICOL)
QV	QUALIDADE DE VIDA
RBV	RIBAVIRINA
RNA DO VHC	ÁCIDO RIBONUCLÉICO DO VÍRUS DA HEPATITE C
RVP	RESPOSTA VIROLÓGICA PRECOCE
RVR	RESPOSTA VIROLÓGICA RÁPIDA
RVS	RESPOSTA VIROLÓGICA SUSTENTADA
SCID	<i>STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW</i>
SF-36	<i>THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36 ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY</i>
SNC	SISTEMA NERVOSO CENTRAL
SRQ	<i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE</i>
UNESP	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
VHB	VÍRUS DA HEPATITE B
VHC	VÍRUS DA HEPATITE C



LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	185
ANEXO 2	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	186
ANEXO 3	PROTOCOLO SÓCIO-DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E ESTILO DE VIDA.....	188
ANEXO 4	<i>THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36 ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36)</i>.....	190
ANEXO 5	<i>BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)</i>	194
ANEXO 6	<i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)</i>	197
ANEXO 7	<i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)</i>	198
ANEXO 8	MOTIVOS DA PERDA DO SEGUIMENTO DOS PACIENTES EM PRIMEIRO TRATAMENTO (N = 12)	199
ANEXO 9	MOTIVOS DA PERDA DO SEGUIMENTO (N = 28)	199
ANEXO 10	VARIÁVEIS DOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	200
ANEXO 11	VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	201
ANEXO 12	VARIÁVEIS CLÍNICAS, RELACIONADAS À HEPATITE C E AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL.....	202
ANEXO 13	VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA.....	204
ANEXO 14	VARIÁVEIS RELACIONADAS AO APOIO SOCIAL.....	204
ANEXO 15	MAPA DOS MUNICÍPIOS INTEGRANTES DO DRS VI – BAURU.....	205
ANEXO 16	NOTAS & DISCOGRAFIA	206



RESUMO

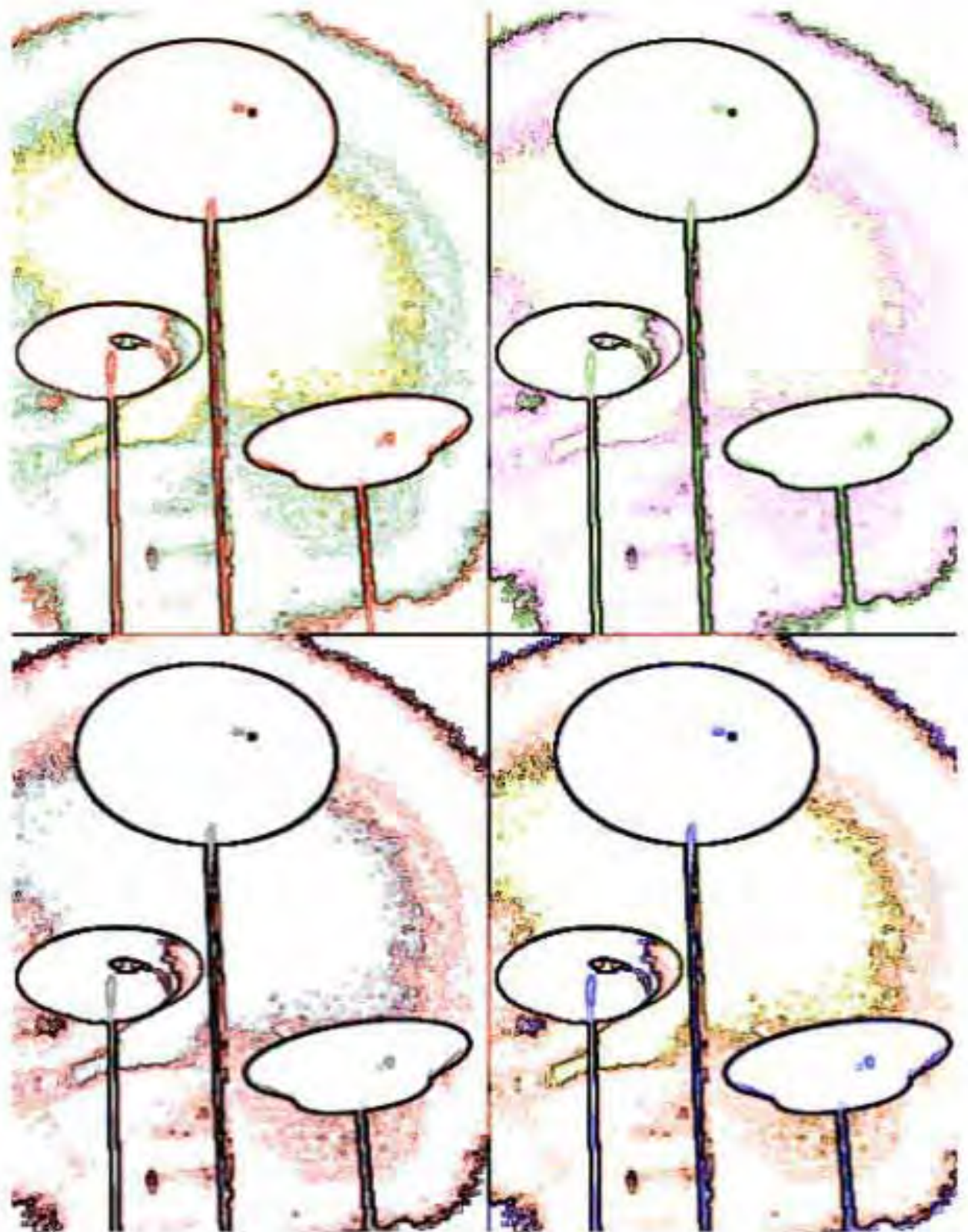
MACHADO, D.A. **Qualidade de Vida e Morbidade Psicológica de Pacientes Portadores de Hepatite C em Tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina.** 2009. Dissertação, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brasil, 2009.

Objetivos: O presente estudo teve por objetivo descrever características sócio-demográficas, psicossociais, clínicas, índices de qualidade de vida, ocorrência de transtorno mental comum, de sintomas depressivos de pacientes portadores de Hepatite C crônica, em tratamento no Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP, em três momentos de seu tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina: antes do início, nas 12^a e 24^a semanas de tratamento. Foram também estudadas as associações das variáveis sócio-demográficas e clínicas, de transtorno mental comum (TMC), sintomas depressivos, da forma de tratamento com índices de qualidade de vida (QV) nos três momentos estudados e com os resultados de exames indicativos da resposta virológica ao tratamento (detecção do RNA do vírus da Hepatite C pelo método de PCR). **Método:** Realizou-se estudo transversal e de seguimento. Uma amostra de conveniência foi estabelecida, tendo-se estudado 82 pacientes no estudo transversal e feito o seguimento de 46 no terceiro e sexto mês após o início do tratamento. Utilizou-se formulário estruturado para investigar aspectos sócio-demográficos e clínicos. Sintomas depressivos foram avaliados pelo *Beck Depression Inventory (BDI)*. Utilizou-se o *Self Reporting Questionnaire (SRQ)* para avaliar Transtorno Mental Comum e o uso nocivo de álcool foi avaliado por meio do *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. A qualidade de vida foi estudada por meio do *The Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey (SF-36)*. O estudo das associações entre variáveis categoriais foi feito pelo teste do Qui-quadrado (ou Fisher, se adequado). Os Testes de Mann-Whitney e de Kruskal Wallis foram utilizados para comparar as distribuições dos vários domínios do SF-36. Para comparação entre os dados nos momentos subsequentes foram utilizados o Teste Exato de McNemar para variáveis categóricas e Teste de Friedman, para a comparação de escores em momentos diferentes. Adotou-se nível de significância padrão de $p < 0,05$. **Resultados:** O estudo dos 82 pacientes avaliados indicou que predominaram homens (63,4%), com idade média 45,1 anos; 64,6% viviam em união consensual; 63,4% trabalhavam fora de casa; estudaram em média 11 anos; 43,9%

pertenciam à DRS VI; 46,3% descobriram o diagnóstico em exames de rotina, há, em média, 3,5 anos, perfil que não se diferenciou das mulheres de forma estatisticamente significativa. Estavam iniciando o primeiro tratamento antiretroviral 80,5%. Eram tabagistas 32,9% e faziam uso de substância psicoativa 14,6%, especialmente os homens. Foram identificadas 30,5% de pessoas com sintomas depressivos, e dessas, 76% tinham sintomas clinicamente graves. O sofrimento psíquico foi detectado em 34,5% e o consumo nocivo de álcool, em 34,2%. No estudo de seguimento, observou-se no terceiro e sexto meses um aumento estatisticamente significativo nos índices de sintomas depressivos e uma diminuição nos índices de QV, não sendo significativo estatisticamente o aumento de TMC. O consumo nocivo de álcool apresentou redução significativa nos dois meses avaliados no seguimento. Presença de sintomas depressivos, TMC e outras comorbidades associaram-se à redução na QV nos três momentos estudados, em todos os domínios. Também se associaram significativamente à piora nos índices de QV, presença de cirrose, não trabalhar fora de casa, e ausência de apoio social. A resposta virológica ao tratamento na semana quatro não foi obtida por 56,5% e associou-se significativamente ao genótipo viral 1, a menor escolaridade e ao uso de substâncias psicoativas no início do tratamento. A resposta precoce (semana 12) associou-se com o genótipo Não 1, tendo sido alcançada por 76,1% dos entrevistados. Na semana 24 o RNA do VHC não foi detectado em 97,8%.

Conclusão: Concluiu-se que a presença de sintomas depressivos, TMC e outras comorbidades exerceram impacto negativo na QV dos portadores de Hepatite C, especialmente na 12^a semana de tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV. Fatores psicossociais que se associaram à obtenção da resposta virológica rápida ao tratamento, foram o não uso atual de substâncias psicoativas e maior escolaridade. Foi evidente o papel dos aspectos psicossociais na piora dos índices de qualidade de vida. Intervenções psicossociais que busquem atuar na diminuição da morbidade psicológica podem ser recursos que auxiliem o paciente a enfrentar o tratamento, mantendo sua adesão e diminuindo o impacto em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Hepatite C, Qualidade de Vida, Morbidade Psicológica, Tratamento Antiretroviral – Interferon Peguilado e Ribavirina.



ABSTRACT

MACHADO, D.A. **Quality of Life and Psychological Morbidity of Patients with Hepatitis C Undergoing Treatment with Pegulated Interferon and Ribavirin.** 2009. Dissertation, Graduate Program in Community Health, Botucatu School of Medicine, São Paulo State University, UNESP. Botucatu, SP, Brazil, 2009.

Objectives: This study aimed at describing socio-demographic, psychosocial and clinical characteristics as well as quality of life indexes, occurrence of common mental disorder and depressive symptoms of patients with chronic hepatitis C undergoing treatment at the Viral Hepatitis Outpatient Unit of the Botucatu Medical School – UNESP, at three different moments of their treatment with Pegulated Interferon and Ribavirin: immediately before treatment, 12 and 24 weeks after its introduction. The association of socio-demographic and clinical variables as well as those for common mental disorder (CMD), depression symptoms and form of treatment with quality-of-life (QL) indexes was evaluated at the three studied moments. The association of such variables with test results indicating virological response to treatment (detection of the hepatitis C virus RNA by the PCR method) was also investigated. **Method:** A convenience sample was established, and 82 patients were studied in a cross-sectional and follow-up investigation. Forty-six patients were followed 3 and 6 months after the beginning of treatment. A structured questionnaire was used to investigate socio-demographic and clinical aspects. Depression symptoms were evaluated by the Beck Depression Inventory (BDI). The Self Reporting Questionnaire (SRQ) was utilized to evaluate common mental disorder, and harmful use of alcohol was evaluated by the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Quality of life was assessed by the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). The study of the associations between categorial variables was performed by the chi-square test (or Fisher, if adequate). The Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests were used to compare the distribution of various domains of SF-36. McNemar's Exact Test was used for category variables to compare the data at the subsequent moments, and Friedman's Test was used for comparison of scores at different variable moments. A level of standard significance of $p < 0.05$ was adopted. **Results:** The assessment of the 82 patients indicated that males (63.4%) predominated with the following characteristics: mean age of 45.1 years, 64.6% had a common-law partner; 63.4% had a job; they had attended school for a mean period of 11 years; 43.9% live in the were assisted by Regional Health Division VI catchment area; 46.3% had been diagnosed during routine tests 3.5 years before on average; 80.5% were beginning their first antiretroviral treatment; 32.9% were smokers, and 14.6% used

psychoactive substances. 30.5% of the individuals showed depression symptoms, and of these, 76% had clinically severe symptoms, Psychological distress was detected in 34.5%, and harmful alcohol ingestion, in 3.2%. In the follow-up study, statistically significant aggravation was observed in those who had depressive symptoms and QoL indexes in the third and sixth months, which was not statistically significant in relation to CMD . Harmful alcohol consumption showed significant reduction in the follow-up. Presence of depressive symptoms, CMD and other comorbidities were associated with QL reduction at the three studied moments in all domains. Cirrhosis, having a job, and absence of social support were also significantly associated with worse QL indexes. Virological response to treatment at week 04 was not achieved by 56.5%, which was significantly associated with viral genotype 1 and the use of psychoactive substances at the beginning of treatment. Early response (week 12) was associated with genotype non-1 and tended to significantly associate with the presence of side effects; it was achieved by 76.1% of the respondents. At week 24, RNA of the Hepatitis C virus was not detected in 97.8% of all patients, and no statistically significant association was found with any of the variables studied.

Conclusion: It is concluded that the presence of CMD, depressive symptoms and other morbidities had a negative impact on QL of patients carrying the hepatitis C virus, particularly in the third week of antiretroviral treatment with PegIFN/RBV. Psychosocial factors were not associated with the achievement of response to treatment, except for the current use of psychoactive substances. Psychosocial interventions to reduce psychological morbidity may help patients cope with treatment, keeping adherence and reducing its impact on quality of life.

Key words: Hepatitis C, Quality of Life, Psychological Morbidity, Antiretroviral Treatment – Peguilated Interferon and Ribavirin.



INTRODUÇÃO

As hepatites podem ser causadas por vários fatores, entre eles os agentes virais.

Os vírus conhecidos com tropismo para o fígado diferem em relação à prevalência, forma de transmissão e maneira como afetam o organismo do hospedeiro (BRASIL, 2008a). São conhecidos os vírus A a E, que têm distribuição universal e já teriam afetado cronicamente mais de 500 milhões de pessoas no mundo (FOSTER & GOLDIN, 2005).

Hepatite C – epidemiologia, curso natural

Entre as hepatites virais destaca-se o vírus da Hepatite C, identificado em 1989 por Choo *et al.* A hepatite C é transmitida principalmente pela via parenteral (BRASIL, 2008a). A prevalência mundial estimada é de 2,2 a 3,0%, o que significa cerca de mais de 170 milhões de pessoas infectadas, com diferentes graus de prevalência em diferentes regiões do mundo (LAVANCHY, 2009).

No Brasil ainda não é conhecida sua prevalência real, sendo a maioria dos trabalhos já realizados em grupos populacionais específicos. FOCCACIA *et al.* (1998) realizaram estudo em uma amostra populacional na cidade de São Paulo, estimando a prevalência do VHC em 1,42%, com índices maiores nos indivíduos entre 50 a 59 anos. A Sociedade Brasileira de Hepatologia aponta que a prevalência do VHC é de 1,23% em doadores de sangue, conforme estudo publicado em 1999. Prevalências regionais devem ser consideradas: testagem realizada em 60% da população acima de 10 anos de uma cidade do interior de São Paulo com oito mil habitantes, Silva *et al.* encontraram prevalência de 0,5%, em investigação realizada em 2007 (comunicação pessoal). Ferrão *et al.* (2009) obtiveram prevalência de 8,8% num distrito de uma cidade do interior de São Paulo. Estimativas internacionais referem prevalência entre 2,5% a 10% (WHO, 2000;

LAVANCHY, 2009), com variada distribuição do VHC em diferentes regiões brasileiras. DIAMENT (2007), considerando estudos já realizados, estima a prevalência brasileira entre 400000 a 3800000, a grande maioria ainda não diagnosticada.

Estima-se que a infecção se torne crônica em cerca de 80,0% das pessoas que entram em contato com o VHC (LAUER & WALKER, 2001; BRASIL, 2008a).

No período de infecção aguda, as pessoas portadoras do VHC apresentam-se assintomáticas em cerca de 80,0% dos casos, ou apresentam apenas elevação em algumas enzimas hepáticas. A porcentagem restante pode desenvolver icterícia, ou ainda sintomas leves e mesmo inespecíficos, como mal-estar, náuseas, fraqueza e diminuição do apetite (SEEF, 2009; LAUER & WALKER, 2001).

A infecção crônica causada pelo VHC é definida como infecção persistente, por um período de pelo menos seis meses, após a exposição ao vírus (MARCELLIN, 2009; SEEF, 2009). A evolução da hepatite C crônica costuma ser lenta, mas com a inflamação crônica e consequente progressão da fibrose, cerca de 20,0% dos portadores crônicos podem vir a desenvolver cirrose hepática num período de três décadas (LAUER & WALKER, 2001), o que seria influenciado por fatores tais como ser do sexo masculino; adquirir o vírus após os 40 anos de idade; consumir álcool; ter esteatohepatite (gordura no fígado); ser coinfestado com HIV ou VHB ou ter o sistema imunológico comprometido (MARCELLIN, 2009; SEEF, 2009).

Com a cirrose desenvolvida, aumentam as chances em 3 a 5 % ao ano de a pessoa apresentar descompensação hepática, e desenvolver carcinoma hepatocelular em 1 a 4% por ano (LAUER & WALKER, 2001; LAVANCHY, 2009). Marcellin (2009) aponta que as consequências do prejuízo hepático causados pelo VHC causam cerca de 3500 mortes por ano na França. Lauer & Walker (2001), em artigo de revisão, destacaram que o VHC é o

maior responsável por indicações de transplante hepático. Tais dados permitem a afirmação de que a hepatite C crônica é um dos maiores problemas de saúde pública atualmente. De acordo com Lavanchy (2009): “Vários estudos conduzidos em países desenvolvidos e com diferentes metodologias, têm previsto um aumento da morbidade, mortalidade e encargo econômico, baseados nas infecções existentes atualmente, mesmo nos países onde se observou uma diminuição na incidência” (p. 76), panorama considerado o “despertar de um gigante” ALTER (1991).

As formas de transmissão e fatores de risco para o VHC são:

✓ Sangue e produtos derivados – transfusões sanguíneas e procedimentos médico-odontológicos realizados no período anterior a 1993. A partir desse ano passou a ser realizado teste sorológico nos hemocentros brasileiros (BRASIL, 2008a), tornando a aquisição através de transfusões virtualmente inexistente (LAVANCHY, 2009). Porém, alguns procedimentos continuam representando risco, quando existe a possibilidade de ocorrência de exposição percutânea, e as normas de biossegurança não são seguidas adequadamente, em situações como consultas odontológicas, acupuntura, endoscopia, hemodiálise, transplantes (BRASIL, 2008a; LAVANCHY, 2009). Destaca-se a prevalência entre 10% e 33% do VHC entre os hemodialisados (LAVANCHY, 2009);

✓ Uso de droga endovenosa e compartilhamento de equipamentos de uso (JOHNSON *et al.*, 1998; REHM *et al.*, 2006; HELLARD *et al.*, 2009; LAVANCHY, 2009) – atualmente a maior rota de transmissão do vírus, contabilizando 90,0% das novas aquisições (HELLARD *et al.*, 2009), que costumam ocorrer nos primeiros seis meses a três anos de uso, embora o tempo de exposição seja um preditor para a soropositividade (OLIVEIRA *et al.*, 2006). O VHC é mais prevalente nessa população do que o VHB e HIV (LAVANCHY, 2009). A literatura mundial traz prevalências entre 65,0 a 98,0%, mas

estudos brasileiros apontam prevalência do VHC entre usuários de drogas injetáveis de 16,8% no Rio de Janeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2006) e 83,0% em São Paulo (MARQUESINI *et al.*, 2007).

O uso de substâncias psicoativas ilícitas não injetáveis, como cocaína inalada, também representa importante fator de risco (SCHEINMANN *et al.*, 2007; CHEN & LIN, 2009). Revisando a relação entre VHC e uso de substâncias psicoativas ilícitas não injetáveis, Scheinmann *et al.* (2007) mencionaram que a prevalência do VHC nesse grupo estaria na faixa de 2,3% a 35,3%.

A contaminação através do compartilhamento de agulhas e seringas para o uso de *Gluconergan*®, complexo vitamínico que era comumente administrado entre os anos 60 e 80, como energético e estimulante, principalmente no contexto da prática esportiva (PARANÁ *et al.*, 1999; PASSOS *et al.*, 2008), também representa fator de risco. Essa forma de aquisição do VHC se destaca em Botucatu e região, como apontam Silva *et al.* (2005), que obtiveram prevalência de 48% em doadores de sangue, e Fellipe *et al.*, 2009.

✓ Transmissão vertical – fator pouco significativo, com prevalência inferior a 5,0% (FOSTER & GOLDIN, 2005), tendo maiores possibilidades de ocorrer no parto (STRAUSS, 2001), e entre mães contaminadas com alta carga viral ou imunossuprimidas, o que seria o caso das co-infectadas pelo HIV (LAUER & WALKER, 2001; LAVANCHY, 2009);

✓ Transmissão sexual – sua ocorrência parece evidente, embora não exista consenso na literatura a respeito de sua importância epidemiológica, uma vez que são relatados índices de contaminação entre zero a 27,0%, com o predomínio de trabalhos que apontem 0 a 3% (CAVALHEIRO, 2007). Em artigo de revisão, Prado (2007) menciona dados americanos, sendo a prevalência em pessoas com história de DST e homens que

fazem sexo com homens de 4% em cada grupo, e em profissionais do sexo de 6%. É mencionada a importância da história de DST, comportamento sexual de risco, ter grande número de parceiros sexuais (ARAÚJO *et al.*, 2007; BRASIL, 2008a), se envolver em práticas que levem à lesão ou sangramento na mucosa genital e ter parceiros soropositivos (RUSSEL *et al.*, 2009) na possibilidade de ser contaminado sexualmente pelo vírus da Hepatite C.

✓ Exposição percutânea a instrumentos de tatuagem e *piercing* e demais perfurocortantes não esterilizados, como lâminas de barbear, alicates de unhas, escovas dentais, entre outros – o risco de transmissão intrafamiliar através do compartilhamento de objetos é possível, tendo Araújo *et al.* (2007), no Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C, destacado esse aspecto.

O compartilhamento de lâminas de barbear, navalhas ou instrumentos para a realização de tatuagens em presídios aumenta a prevalência nesse grupo. Estudos brasileiros realizados com essa população obtiveram prevalências de soropositivos para o VHC de: 6,4% em adolescentes presos em Salvador (FIALHO *et al.*, 2008), 14,5% em presidiárias no sul do Brasil (GABE *et al.*, 2008) e 41,0% em presidiários da Casa de Detenção de São Paulo (GUIMARÃES *et al.*, 2001).

✓ Acidentes ocupacionais – a aquisição do VHC em acidentes que envolvem pacientes contaminados apresenta variação de 0% a 10% (LAUER & WALKER, 2001). Ciorlia & Zanetta (2007) investigaram a prevalência do VHC em profissionais de um hospital-escola do interior de São Paulo e obtiveram prevalência de 1,7%.

Em artigo que trata de aspectos epidemiológicos do VHC no Brasil, Diament (2007) destaca que profissionais como manicures e dentistas apresentam grande exposição ao risco de aquisição do VHC.

Considerando outros grupos em que a prevalência do VHC é maior do que na população geral, destacam-se os estilistas, que apresentam 7 a 10 vezes mais VHC (JAMAL & MORGAN, 2003; GITTO *et al.*, 2009) do que a população geral. O etilismo está relacionado com maior exposição a comportamentos impulsivos e de risco, e é comum em usuários de drogas (ANDERSON *et al.*, 2001). Estudo brasileiro que investigou a prevalência de VHC em pessoas internadas em uma clínica de desintoxicação no sul do Brasil obteve 15,0% em etilistas (GALPERIM *et al.*, 2006).

A vulnerabilidade dessa população se intensifica, uma vez que o consumo de álcool é associado à progressão da doença (MARCELLIN *et al.*, 2008; GITTO *et al.*, 2009; PRASAD *et al.*, 2009). Revisando o tema, Gitto *et al.* (2009) trazem dados da literatura, em que se menciona a possibilidade de o consumo de álcool reduzir a resposta ao tratamento antiretroviral com Interferon e diminuir a adesão ao mesmo, apesar de não haver consenso nesse sentido.

Chama a atenção o fato de que a presença de doença mental grave relaciona-se com maior vulnerabilidade em relação a outras doenças, sendo a Hepatite C associada a altos índices de transtornos psiquiátricos (ZDILAR *et al.*, 2000; ROSENBERG *et al.*, 2001; DINWIDDIE *et al.*, 2003; CARNEY *et al.*, 2006; SECCULL *et al.*, 2006; BRASIL, 2008b). Segundo Rosenberg *et al.* (2001), essa população apresenta probabilidade onze vezes maior do que a população geral de apresentar Hepatite C.

Estudo brasileiro que investigou população masculina em uma instituição pública em Minas Gerais encontrou 5,7% pacientes psiquiátricos com VHC (ALMEIDA & PEDROSO, 2004). Campos *et al.* (2008), revisando a literatura, citam que entre os poucos estudos realizados, nos Estados Unidos e Europa, a prevalência do VHC em portadores de transtornos psiquiátricos foi entre 0,4% a 38,0%, destacando que a população psiquiátrica é

bastante exposta a comportamentos de risco. É frequente a presença de mais de um transtorno psíquico (BRASIL, 2008b): “pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão, ansiedade, transtornos da personalidade anti-social, dentre outros, apresentam altas proporções de outras comorbidades psiquiátricas relacionadas ao abuso ou dependência de substâncias psicoativas, e essa ocorrência pode variar de 25% a 65%” (p. 32), reforçando relatos da literatura (LEHMAN *et al.*, 2002; GALPERIM *et al.*, 2006; SECCUL *et al.*, 2006; COSTENBADER *et al.*, 2007; YATES *et al.*, 2007; GITTO *et al.*, 2009).

Cividini *et al.* (1997), investigando a prevalência de Hepatite C durante internação psiquiátrica em instituição italiana, concluíram que “a prolongada hospitalização em instituição psiquiátrica *per se* não impõe um risco significativo de adquirir Hepatite C” (p. 455), mas por meio de análises estatísticas foram considerados fatores de risco independentes: apresentar psicose e história de trauma. Os fatores apontados no estudo de Jurdi *et al.* (2003) foram: não ter lar, ter história de uso de droga endovenosa, de DST e depressão, reforçando a vulnerabilidade dessa população.

Carta *et al.* (2007) avaliaram pacientes com Hepatites B ou C, sem histórico de abuso de substâncias e que não haviam realizado tratamento antiretroviral, e encontraram associação entre depressão maior e VHC, mencionando a hipótese de que a alteração no humor ocorra devido à presença e atuação do vírus, reforçando a necessidade de maiores estudos para elucidar a questão.

A associação entre sintomas depressivos e Hepatite C pode ser considerada um consenso, pois parece ser evidente que a prevalência de depressão e sintomas depressivos é maior nos portadores do VHC do que na população em geral (LEE *et al.*, 1997; DWIGHT *et al.*, 2000; GOULDING *et al.*, 2001; FONTANA *et al.*, 2002; LEHMAN *et al.*, 2002;

GALLEGOS-OROZCO *et al.*, 2003; HORIKAWA *et al.*, 2003; GOLDEN *et al.*, 2005; KRAUS *et al.*, 2005; YOVTICHEVA *et al.*, 2005; NEVES *et al.*, 2006; STUMPT *et al.*, 2006; CARTA *et al.*, 2007; BATISTA-NEVES *et al.*, 2008; MARTÍN-SANTOS *et al.*, 2008; MIKOCKA-WALUS *et al.*, 2008; WEISSENBORN *et al.*, 2009).

Depressão e outros transtornos psiquiátricos

Em artigo de revisão, Neves *et al.* (2006) descreveram que as taxas de prevalência de depressão em portadores de Hepatite C relatadas pelos estudos variaram entre 21,0% a 58,6% e as de depressão maior estiveram entre 5,7% e 45,0%.

O trabalho de Dwight *et al.* (2000) demonstrou que a presença de depressão em pessoas com Hepatite C pode aumentar queixas clínicas inexplicáveis (ampliando sintomas e aumentando a somatização); predizer fadiga e aumentar a incapacidade física (funcional) das pessoas, em concordância com outros estudos que afirmam que a depressão pode contribuir para a diminuição do funcionamento do indivíduo (FOSTER, 1998; ZDILAR *et al.*, 2000; FONTANA *et al.*, 2001; HUSSAIN *et al.*, 2001; LEHMAN *et al.*, 2002; MCDONALD *et al.*, 2002; HAÜSER *et al.*, 2004; GOLDEN *et al.*, 2005; HILSABECK *et al.*, 2005; OLSON *et al.*, 2005). Dwight *et al.* (2000) ressaltam a importância e o impacto que as comorbidades psiquiátricas podem ter na vida das pessoas, sendo possível relacionar esse aspecto com o fato de que transtornos emocionais podem levar a uma maior exposição a fatores de risco.

O impacto da depressão na vida das pessoas foi estudado por Cavanaugh *et al.* (2001), que investigaram diagnósticos psiquiátricos em adultos internados num Hospital Universitário brasileiro, tendo esses autores concluído que ter história de depressão ou

depressão maior pode predizer a mortalidade durante a internação. Os achados de Mendes-Chiloff *et al.* (2008) reforçam essa questão.

Fontana *et al.* (2002) apontaram a associação entre comorbidade psiquiátrica e sofrimento emocional em portadores do VHC, sugerindo a influência não apenas de depressão, mencionando a alta prevalência de outras comorbidades psiquiátricas, por exemplo, ansiedade, em portadores do VHC. Destaca-se também a presença de outros transtornos psiquiátricos, como o abuso de álcool e de substâncias psicoativas.

Dados da literatura a respeito do consumo de álcool entre os portadores do VHC apresentam ampla variação: entre 4% e 69,0% (LEE *et al.*, 1997; DWIGHT *et al.*, 2000; BACKMUND *et al.*, 2001; HUSSAIN *et al.*, 2001; EL-SERAG *et al.*, 2002; LEHMAN *et al.*, 2002; FIREMAN *et al.*, 2005; CAMPBELL *et al.*, 2006, CHAINUVATI *et al.*, 2006; LIM *et al.*, 2006; HELBLING *et al.*, 2008; DONATO *et al.*, 2009; GITTO *et al.*, 2009; ZANI *et al.*, 2009).

Apesar de não ser conhecida a frequência real desse consumo, Gitto *et al.* (2009), em artigo de revisão sobre hepatites virais e o consumo de álcool, enfatizaram que o álcool teria o potencial de intensificar a morbidade dos quadros. Anand *et al.* (2006) compararam o tratamento antiretroviral de usuários de álcool com pacientes que não apresentavam o consumo, concluindo que a resposta ao tratamento não diferiu entre aqueles que concluíram o mesmo, tendo porém constatado que o diferencial foi a adesão, menor no grupo de indivíduos que fazia uso recente de álcool.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, relatos da literatura apontam o uso na faixa de 17,4% a 92,9% (LEE *et al.*, 2001; HAÜSER *et al.*, 2002; DIEPERINK *et al.*, 2003; RAISON *et al.*, 2005b; DOLLARHIDE *et al.*, 2007; WRIGHT *et al.*, 2007; EVON *et al.*, 2008; HELBLING *et al.*, 2008; WEISS *et al.*, 2008).

O tabagismo parece ser bastante prevalente entre portadores de Hepatite C, tendo sido relatados índices que variavam entre 52,3% a 69,0% (SLADDEN *et al.*, 1998; HAÜSER *et al.*, 2004; BALFOUR *et al.*, 2006; FELIPPE *et al.*, 2009; ZANI *et al.*, 2009).

As explicações propostas pelos pesquisadores para a elevada prevalência de transtornos psiquiátricos, destacando-se a depressão, em portadores de Hepatite C, segundo Golden *et al.* (2005), dividem-se em nas seguintes linhas: há pesquisadores que acreditam que pessoas portadoras do VHC fazem parte de subgrupos nos quais já existe o alto risco de problemas psiquiátricos (CIVIDINI *et al.*, 1997; ROSENBERG *et al.*, 2001; DINWIDDIE *et al.*, 2003; JURDI *et al.*, 2003; CAMPOS *et al.*, 2008). Outros postulam que transtornos psiquiátricos são causados pela confirmação do diagnóstico, seguida por experiências de estigmatização (GILL *et al.*, 2005; GLAKEN *et al.*, 2001; ZICKMUND *et al.*, 2003; CASTERA *et al.*, 2006a; GOLDEN *et al.*, 2006). E também há estudiosos que hipotetizam que a própria progressão da doença traz o aumento no risco de problemas psiquiátricos, pela interação entre os sistemas neuroendócrino e imunológico com o SNC (FORTON *et al.*, 2003; CARTA *et al.*, 2007; MARQUES *et al.*, 2007; ANISMAN, 2009). Nesta linha, considera-se ainda que manifestações neuropsiquiátricas (como a fadiga, depressão e comprometimento cognitivo) podem estar presentes nos portadores do VHC por vários fatores, entre eles, a presença de fragmentos e sequências genômicas do VHC no cérebro (evidenciada em análise de tecido cerebral, na realização de autópsias). Entretanto, os mecanismos e efeitos do VHC no SNC ainda não estão completamente conhecidos (ACHARAYA & PACHECO, 2008; WEISSENBORN *et al.*, 2004; WEISSENBORN *et al.*, 2009).

A alta prevalência de transtornos psíquicos em portadores de Hepatite C é estabelecida na literatura e, apesar de não existir o mesmo consenso a respeito dos

determinantes desse fato, considera-se imprescindível o cuidado e manejo da morbidade psíquica em seus portadores, procurando minimizar o sofrimento dessa população.

Qualidade de vida e Hepatite C

Estudos sobre qualidade de vida tem despertado interesse, devido provavelmente à necessidade crescente de se fazer planejamento em saúde, avaliando as ações sobre esse parâmetro como representantes da eficácia dos serviços de saúde.

O conceito de qualidade de vida é considerado de natureza subjetiva, sendo definido de forma geral pela “satisfação total do indivíduo com a vida e senso geral de bem estar, incluindo elementos relacionados à saúde, realização e recursos pessoais, situação de vida, espiritualidade, nível de atividade e apoio social” (DIENER *et al.*, 1997). Vários pesquisadores têm se direcionado para a investigação da qualidade de vida relacionada à saúde, buscando conhecer melhor a avaliação/percepção da pessoa sobre sua saúde e seu bem estar (KOFF, 1999; RAMOS-CERQUEIRA & CREPALDI, 2000; HAÜSER *et al.*, 2004).

Existem instrumentos psicométricos considerados eficazes na avaliação e mensuração da percepção da pessoa em relação à doença e seu tratamento, pois consideram o impacto desses aspectos no funcionamento da pessoa como um todo. Esses instrumentos podem captar diferenças individuais no decorrer do tempo, permitindo comparações entre estudos e também entre populações diferentes (CICONELLI, 1997).

Estudos em Hepatite C buscam preditores da qualidade de vida, da adesão e prognóstico do tratamento. Diversas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de identificar os motivos da redução no funcionamento físico e mental dos portadores da

Hepatite C crônica em relação à população geral (FOSTER *et al.*, 1999; WARE *et al.*, 1999; HUSSAIN *et al.*, 2001; HAÜSER *et al.*, 2004; DESMORAT *et al.*, 2005; CONSTANT *et al.*, 2005; OLSON *et al.*, 2005; DAN *et al.*, 2006; STRAUSS & TEIXEIRA, 2006; QUARANTINI *et al.*, 2008; BATISTA-NEVES *et al.*, 2008).

Segundo Strauss & Teixeira (2006) e Abdo (2008), fatores apontados na literatura que podem exercer impacto sobre a QV são: a presença e influência da fadiga, impacto do diagnóstico, ação do VHC, presença de cirrose hepática, comorbidades físicas e psiquiátricas, comprometimento cognitivo, e experiências estigmatizantes, panorama que pode ser agravado durante a realização do tratamento antiretroviral.

Foster *et al.* (1998) mostraram que pessoas com Hepatite C apresentam marcante redução na qualidade de vida, que não se associou com indicadores da gravidade da doença hepática nem com a forma de contaminação do VHC. Afirmam que “a hepatite C *per se* se associa com sintomas que pioram a qualidade de vida” (p. 209), porém os mecanismos responsáveis por esse fato ainda não são plenamente conhecidos.

Por outro lado, estudo de Teuber *et al.* (2008) sugerem uma associação entre o estágio de fibrose a presença de fadiga com os domínios relacionados ao componente físico da qualidade de vida, segundo o SF-36.

Os sintomas apresentados pelos portadores do vírus C que podem interferir na redução na qualidade de vida como, por exemplo, a fadiga, são inespecíficos e não ameaçam diretamente a integridade física das pessoas, mas reduzem consideravelmente seu funcionamento (WARE *et al.*, 1999; HOOFNAGLE, 1999; STRAUSS & TEIXEIRA, 2006; ABDO, 2008), o que pode trazer consequências na vida das pessoas em fase economicamente ativa, além de repercutir na necessidade de cuidados médicos, influenciando também nos aspectos econômico e social.

A fadiga é queixa bastante comum em portadores de doenças crônicas, e na Hepatite C seria a queixa mais comum (DWIGHT *et al.*, 2000; WESSELY & PARIANTE, 2002; HILSABECK *et al.*, 2005; ABDO, 2008). KALLMAN *et al.* (2007) consideram que a fadiga é o sintoma que exerce maior impacto negativo na qualidade de vida de portadores de hepatite C.

Helbling *et al.* (2007) defendem que características dos portadores do VHC são responsáveis pela redução na QV, e não aspectos relacionados ao VHC, destacando o impacto de perfil socioeconômico precário. Hilsabeck *et al.* (2005) avaliaram que o maior preditor da fadiga era o funcionamento social do indivíduo, seguido por funcionamento físico, depressão e gênero. Colocaram a importância do apoio social na redução da morbidade e mortalidade, e mencionaram que “a força da associação entre apoio social e mortalidade seria comparável a outros fatores de risco padrão (por exemplo, fumo, falta de atividade física) para a mortalidade” (HOUSE, 1988).

Olson *et al.* (2005) mostraram que a qualidade de vida é afetada por fatores médicos e sociais, trazendo o tema do estilo de vida. Referem que influenciaram no aspecto físico das pessoas: a presença de comorbidades médicas, o nível de ALT, a falta de atividades físicas, além de fatores sociais como nível educacional, estar empregado. No aspecto mental, influenciaram: história de câncer e depressão, consumo de álcool, gênero e falta de atividade física, apesar de algumas diferenças serem encontradas entre homens e mulheres.

McDonald *et al.* (2002) descreveram que a fadiga é fortemente associada com depressão e outros transtornos psicopatológicos, porém não conseguiram distinguir entre a fadiga causada pela doença hepática ou fadiga como manifestação de um sintoma

psiquiátrico, concluindo que o tratamento dos transtornos mentais poderia melhorar a qualidade de vida das pessoas com Hepatite C.

Impacto do diagnóstico

Estudo realizado por Rodger *et al.* em 1999, com usuários de drogas que tiveram hepatite aguda há 25 anos, mostrou que aqueles conscientes de sua condição de portador do VHC percebiam sua saúde física e mental como pior que a da população geral, 26 anos após a infecção ter iniciado. Essas pessoas referiram sentirem-se mais limitadas sob diversos aspectos, enquanto aquelas que não estavam conscientes do diagnóstico apresentaram diminuição apenas nos domínios vitalidade e saúde geral do SF-36 em relação à população geral, talvez devido à fadiga. Esse trabalho coloca a questão do conhecimento do diagnóstico como um dos fatores que pode influenciar a percepção da pessoa sobre si mesma e sua qualidade de vida.

Nessa mesma linha, Córdoba *et al.* (2003) defendem que a confirmação do diagnóstico traz consigo um “rótulo” que poderia interferir negativamente na qualidade de vida dessas pessoas, além das características do processo de seguimento médico (com a necessidade de constantes consultas, exames e mesmo biópsia), que podem ser consideradas uma “sobrecarga”. Castera *et al.* (2006a) compararam a percepção das pessoas com Hepatite C em relação à doença e a outros eventos de vida marcantes. Verificaram que a hepatite C foi considerada um evento mais estressante do que ser demitido e se mudar de endereço, mas menos estressante do que perder um ente querido e se divorciar. Em relação a outras doenças, Hepatite C foi considerada mais amena do que aids e câncer, porém, mais grave do que diabetes e hipertensão, pontuando 74 pontos em

uma escala de 0 a 100, o que significaria que a Hepatite C é considerada uma doença grave.

O impacto do diagnóstico pode fazer com que as pessoas alterem seu estilo de vida, como afirmam Scognamiglio *et al.* (2007). Gill *et al.* (2005) apontaram a alta porcentagem de pessoas que realizaram alterações em vários aspectos de suas vidas após confirmação do diagnóstico, por exemplo, restrições na dieta alimentar, diminuição da prática sexual, e do consumo de álcool e fumo, o que sugere considerável impacto do diagnóstico para essas pessoas, assim como Zacks *et al.* (2006) e Castera *et al.* (2006b).

Gill *et al.* (2005) reforçam a importância e a necessidade de informação e diálogo direcionados para os portadores de Hepatite C, para que restrições desnecessárias sejam evitadas e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessas pessoas não piore, concordando com Zickmund *et al.* (2003) e Gallegos-Orozco *et al.* (2003), estes destacaram a influência da informação e compreensão a respeito da Hepatite C na qualidade de vida de seus portadores.

Constant *et al.* (2005) acrescentaram que informações fornecidas pelos profissionais especializados são potencialmente tranquilizadoras, enfatizando o papel do médico hepatologista nesse processo. Tompkins *et al.* (2005) indicaram a importância dos momentos de aconselhamento, testagem e pós-teste sorológico para oferecimento de medidas de suporte, que minimizem o impacto da confirmação do diagnóstico.

Zacks *et al.* (2006) ressaltaram a questão de que doenças epidêmicas, crônicas e transmissíveis sempre se associaram a preconceito, e que a Hepatite C é relacionada a comportamentos considerados desviantes, assim como ter HIV positivo. Esse trabalho aponta que portadores de Hepatite C apresentaram sentimentos como vergonha, insegurança e experiências percebidas como sendo de rejeição social, que não se

associaram com características demográficas ou fatores de risco. Em estudo qualitativo, pessoas com Hepatite relatam a vivência de situações em que foram estigmatizadas, independente do apoio social de que dispunham (JANKE *et al.*, 2008).

A percepção da pessoa em relação a um determinado evento pode repercutir na maneira como ela vai reagir e lidar com o mesmo, podendo influenciar o seu desfecho. A forma como o indivíduo percebe a doença é influenciada por sua experiência, suas habilidades, crenças, preocupações, fatores ambientais (como a possibilidade de ter acesso a cuidado médico), sua qualidade de vida e apoio social (SHAPIRO, 2002; CONSTANT *et al.*, 2005; CASTERA *et al.*, 2006b). Kraus *et al.* (2000) afirmaram que estratégias de enfrentamento (mecanismos de *coping*) que a pessoa utiliza, seu estado emocional e demais fatores psicossociais podem influenciar sua adesão e mesmo comportamentos de risco em relação à doença, como por exemplo, ingestão de álcool e uso de drogas, comportamentos que podem trazer consequências perceptíveis nas políticas e gastos em saúde (REHM *et al.*, 2006).

Qualidade de Vida e Tratamento Antiretroviral

Pesquisadores apontam para a piora nos índices de QV durante o tratamento antiretroviral, especialmente nos primeiros meses de tratamento (DAN *et al.*, 2006; GUTTELING *et al.*, 2006; RAISON *et al.*, 2005b; FONTANA *et al.*, 2002, WARE *et al.*, 1999).

Há consenso na literatura sobre a melhora na qualidade de vida após a obtenção da resposta virológica sustentada (FOSTER *et al.*, 1998; FOSTER, 1999; WARE *et al.*, 1999; McHUTCHISON *et al.*, 2001, STRAUSS, 2001; BERNSTEIN *et al.*, 2002; DESMORAT

et al., 2005; BONKOVSKY *et al.*, 2007). Esses autores indicam que pessoas que eliminaram o vírus após o tratamento apresentaram menos sofrimento e limitações e mais sentimentos positivos, vitalidade e bem estar, muito embora exista divergência se essa melhora atinge o nível de qualidade de vida da população geral. Bonkovsky *et al.* (2007) destacam que obter a resposta virológica sustentada melhora a qualidade de vida e saúde sexual de pacientes com cirrose hepática. Esses mesmos autores, em 1999, demonstraram que a eliminação do vírus após o tratamento melhora a qualidade de vida e que o grau dessa melhora é relacionado com a resposta virológica sustentada ou resposta bioquímica ao tratamento. Apesar das discordâncias a respeito do grau e dos determinantes dessa melhora, Foster (1999) reforça que a melhora da QV é um dos efeitos mais importantes do sucesso do tratamento antiretroviral.

Dados sobre a QV dos não respondedores e recidivantes são discordantes. Desmorat *et al.* (2005) defendem que os não respondedores não melhoram a qualidade de vida da mesma maneira que os respondedores, muito embora apresentem benefícios na saúde emocional e geral.

Em contrapartida, Ware *et al.* (1999), apontaram que apesar da piora durante o tratamento, a qualidade de vida após seis meses do final do tratamento retornou aos índices anteriores ao seu início, enquanto os não respondedores não melhoraram a qualidade de vida. Fontana *et al.* (2001) observaram escores reduzidos na QV de pacientes que não obtiveram a resposta virológica sustentada. Estes autores mencionaram que comorbidades psiquiátricas (e com menor peso as clínicas) podem ter efeito na redução da QV dos pacientes, respondedores ou não ao tratamento. Considerando a influência negativa de comorbidades psiquiátricas e físicas, esses pesquisadores ressaltam a necessidade de

intervenção direcionada para o cuidado das comorbidades, para que se possa avaliar a real repercussão do tratamento antiretroviral na vida das pessoas.

A qualidade de vida é considerada, juntamente com a fadiga, preditora da adesão ao tratamento (BERNSTEIN *et al.*, 2002). A adesão é fortemente associada com a resposta virológica sustentada (McHUTCHISON *et al.*, 2002; RAPTOPOULOU *et al.*, 2005; HAYASHI *et al.*, 2006). Para Bernstein *et al.* (2002), é necessário manter a qualidade de vida de forma que seja possível que os pacientes consigam dar continuidade ao tratamento, minimizando efeitos colaterais causados pelo IFN e RBV. Considerando-se o alto custo do tratamento atualmente disponível (STRAUSS, 2001), fornecido pelo Governo brasileiro, ressalta-se que o abandono do tratamento pode ser considerado negativo também sob o ponto de vista do custo para o sistema de saúde. Gallucci *et al.* (2001) reforçam, num estudo de caso, a importância da realização de um contrato entre profissionais envolvidos no tratamento, como medida para promover adesão e melhor monitoramento do paciente, em especial aqueles com diagnóstico psiquiátrico.

Comorbidades psiquiátricas e tratamento antiretroviral

Os relatos da literatura divergem em relação ao valor que deve ser atribuído à qualidade de vida e comorbidades prévias (principalmente as psiquiátricas) em relação à indicação de realização de tratamento antiretroviral. Como exemplo, destaca-se recente estudo italiano, em que foi realizada testagem e avaliação dos portadores do VHC, obtendo 68,3% de pessoas com contra-indicação para iniciar o tratamento antiretroviral. Do total, as contra-indicações psiquiátricas contabilizaram 42,9%; abuso de álcool e substância 17,9%. Autores concluem que pode ser considerado alto o número de pessoas que não

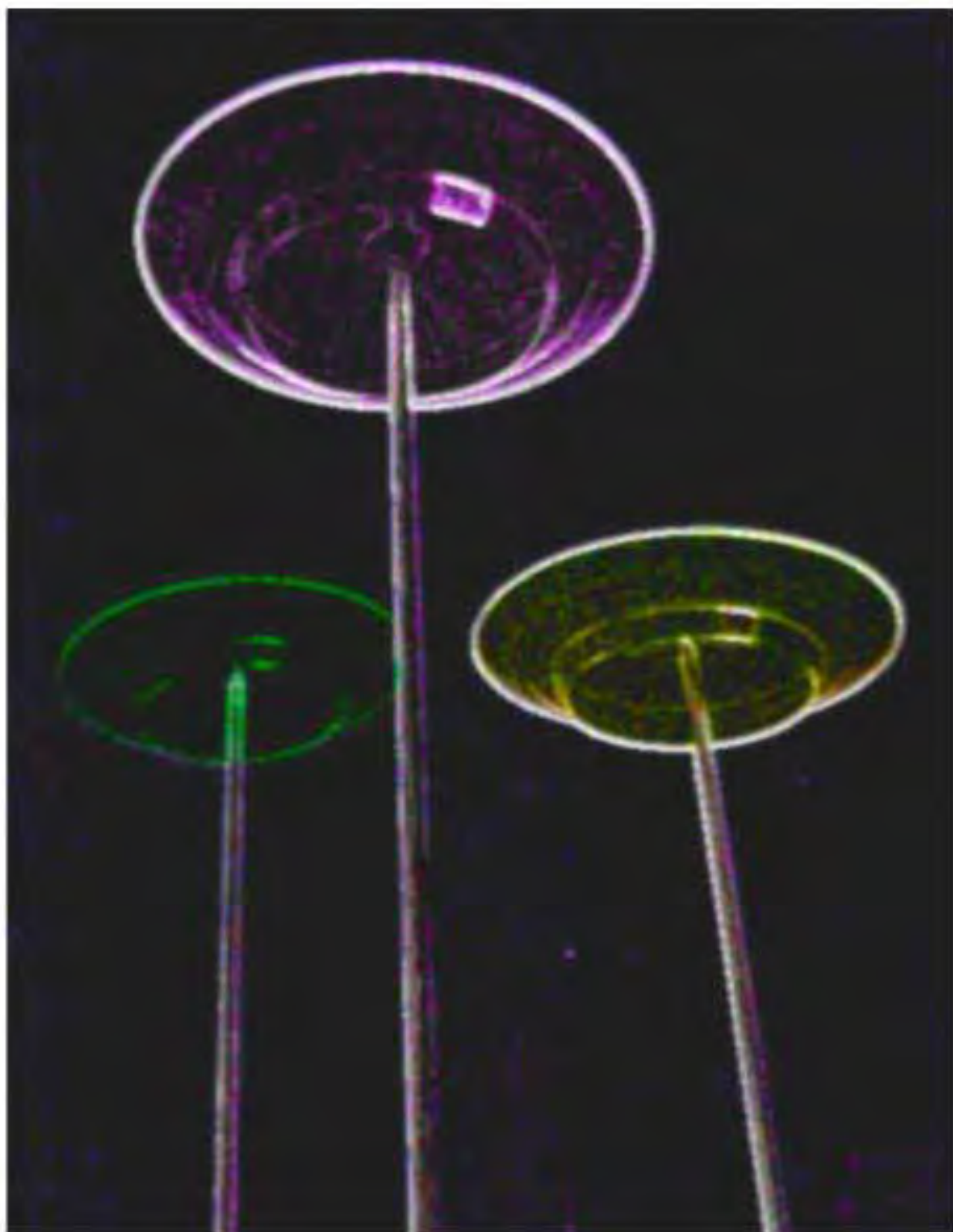
preencheriam os requisitos para a realização do tratamento (MARIANO *et al.*, 2009). Porém, essa tendência vem aos poucos se modificando com o passar dos anos, diante de resultados favoráveis à realização de tratamento antiretroviral na população com morbidade psiquiátrica, sendo fortemente recomendados: avaliação dos riscos e benefícios, atendimento em instituições que ofereçam atendimento em Equipe para que seja realizado monitoramento constante, e que a condição psiquiátrica não esteja ativa (BACKMUND *et al.*, 2001, CHAINUVATI *et al.* 2006; SCHÄFER *et al.*, 2007b; ARAÚJO *et al.* 2007; HELLARD *et al.*, 2009).

Chainuvati *et al.* (2006) apontaram que a adesão e a taxa de resposta virológica sustentada não diferiram entre grupos de pessoas com ou sem comorbidades psiquiátricas, colocando-se a favor da indicação do tratamento antiretroviral para essas pessoas. Schäfer *et al.* (2007a) acompanharam o tratamento de 101 pacientes em seu primeiro tratamento antiretroviral e concluíram que a presença de depressão não exerceu influência na eficácia (resposta) ao tratamento.

Por outro lado, Raison *et al.* (2005a) defendem que “sintomas depressivos são sérios complicadores do tratamento com Interferon alfa, com consequências adversas significativas” (p. 273), tendo suas afirmações sido consideradas “provocativas” (DOUGLAS, 2005), uma vez que a depressão é um dos efeitos colaterais mais frequentes durante o tratamento com IFN (RAISON *et al.*, 2005a,b; DIEPERINK *et al.*, 2003; FONTANA *et al.*, 2002; HAÜSER *et al.*, 2002, SCALORI *et al.*, 2000; DIEPERINK *et al.*, 2000; HORIKAWA *et al.*, 2003; MIYAOKA *et al.*, 1999; EVON *et al.*, 2008; CASTERA *et al.*, 2005, LOTRICH *et al.*, 2007). Alguns trabalhos têm atribuído a presença de efeitos neuropsiquiátricos durante o tratamento de IFN ao histórico de depressão (EVON *et al.*, 2008) e à presença de sintomas depressivos, mesmo subclínicos, no seu

início (RAISON *et al.*, 2005b; DIEPERINK *et al.*, 2003; FONTANA *et al.*, 2002; HAÜSER *et al.*, 2002; SCALORI *et al.*, 2000), tornando o debate mais intenso. Entretanto, não há consenso nesse sentido, e outras explicações para a incidência de transtornos psiquiátricos durante o tratamento com IFN são a dose e duração do tratamento e mecanismos fisiológicos e genéticos (DIEPERINK *et al.*, 2000; RAISON *et al.* 2005b,c; TRIPPLER *et al.*, 2009).

Considera-se que uma vez iniciado o tratamento antiretroviral, fatores psicossociais podem estar implicados na adesão e desfecho do mesmo



JUSTIFICATIVA

A Hepatite C é um preocupante problema de saúde pública, estimando-se que cerca de três milhões de brasileiros estejam contaminados pelo vírus.

O tratamento antiretroviral demanda grandes gastos por parte do Sistema de Saúde e traz importante sobrecarga para pacientes e seus familiares.

É preciso conhecer melhor as variáveis que podem influenciar na qualidade de vida do paciente durante o tratamento, bem como aquelas que podem estar associadas à obtenção da resposta virológica ao mesmo.



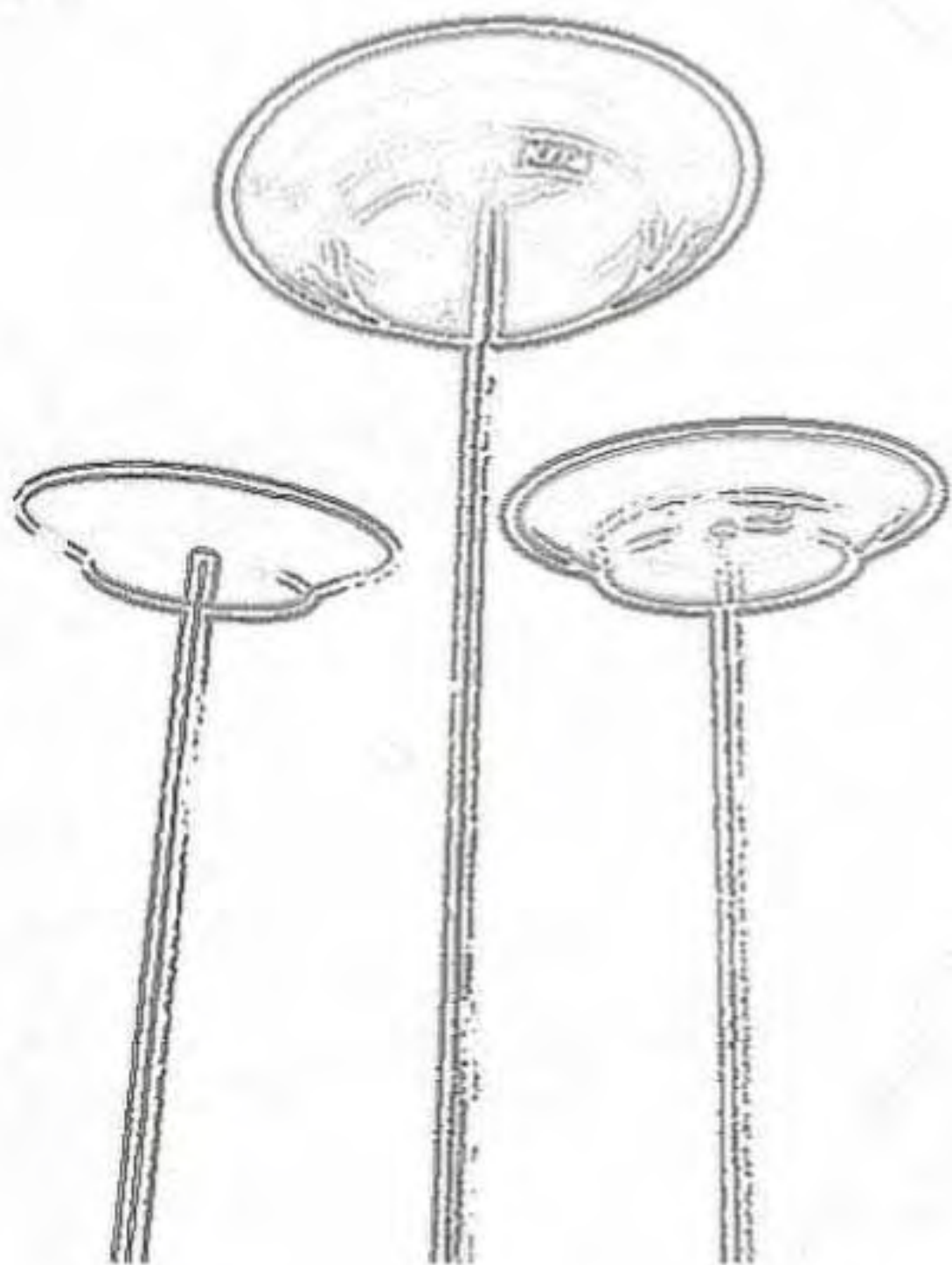
OBJETIVOS

Os objetivos desse estudo foram:

- ✓ Descrever características sócio-demográficas, clínicas e psicossociais, índices de qualidade de vida, ocorrência de transtorno mental comum, de sintomas depressivos e uso nocivo de álcool de pacientes portadores de Hepatite C crônica, em tratamento no Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP;

 - ✓ Comparar os pacientes, segundo as variáveis descritas, nos três momentos tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina: antes do início, nas 12^a e 24^a semanas;

 - ✓ Estudar a associação das variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais, com a ocorrência de transtorno mental comum, sintomas depressivos, uso nocivo de álcool e índices de qualidade de vida nos três momentos estudados e com os resultados de exames indicativos da resposta virológica (detecção do RNA – VHC por PCR) obtidos nas semanas 4, 12 e 24.
-



HIPÓTESE

A hipótese do presente estudo foi que aspectos da vida do paciente (variáveis sócio-demográficas), variáveis clínicas (presença de comorbidades) e psicossociais teriam impacto sobre a qualidade de vida do paciente e sobre a resposta virológica ao tratamento antiretroviral.

Esperava-se que:

✓ Ocorressem mais casos de TMC, sintomas depressivos entre os participantes da pesquisa do que entre a população geral;

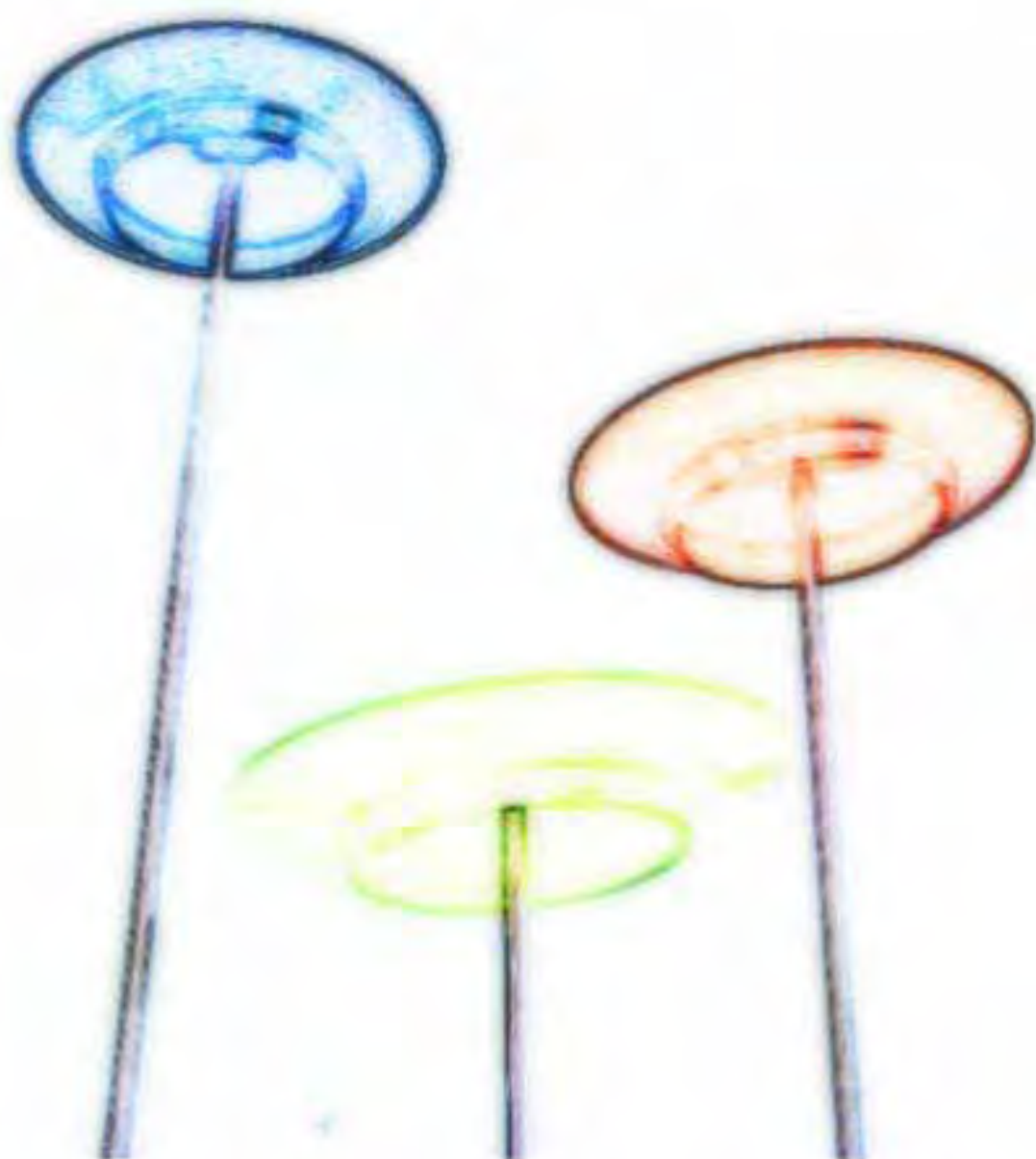
✓ Ocorressem mais casos de sintomas depressivos, TMC e pior qualidade de vida nas semanas 12 e 24 do tratamento antiretroviral;

✓ Ocorresse associação entre presença de sintomas psíquicos e pior qualidade de vida;

✓ Ocorresse associação entre presença de sintomas psíquicos e resposta virológica durante o tratamento antiretroviral;

✓ Ocorressem mais casos de consumo de risco de álcool e presença de dano hepático em pessoas do sexo masculino;

✓ Ocorressem mais sintomas depressivos, TMC e pior qualidade de vida entre os que não se sentiam em satisfeitos com apoio.



METODOLOGIA

Participantes da pesquisa

Foram estudados 82 pacientes no início do tratamento antiretroviral, tendo sido estabelecido como amostra de conveniência 40 pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica, cujo diagnóstico havia sido realizado através do exame anti-HCV pelo método ELISA II ou III, com confirmação por meio da determinação qualitativa do RNA do VHC, como propõe o Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C (ARAÚJO *et al.*, 2007). Esse exame foi realizado no HC da FMB-UNESP. Os pacientes que preencheram os critérios diagnósticos preconizados pelo Consenso poderiam iniciar o tratamento no Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP.

Foram critérios de inclusão para participar da presente pesquisa ser monoinfectado pelo VHC, estar iniciando o tratamento com PegIFN associado com Ribavirina.

Foram estudados na primeira fase dessa pesquisa tanto os pacientes *naïve* (os de primeiro tratamento) como aqueles em retratamento.

Nos Quadros 1 e 2 estão o detalhamento da obtenção dos dados.

Quadro 1 - Entrevistas Realizadas

Pacientes no início do tratamento antiretroviral	82
Perdas no estudo de Seguimento	28
Total	54

Quadro 2 - Pacientes participantes do estudo de seguimento

Primeiro tratamento	46
Retratamento	8
Total de pessoas com seguimento finalizado em primeiro tratamento	46

As entrevistas foram realizadas nos três momentos propostos com 54 pessoas, 46 em primeiro tratamento e oito em retratamento. Optou-se por analisar apenas os pacientes *naïve* (N = 46).

Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal e de seguimento de pacientes submetidos ao tratamento antiretroviral para Hepatite C no Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP.

As avaliações foram realizadas antes do início do tratamento, e no terceiro e sexto meses subsequentes.

Contexto da Pesquisa

O HC da FMB possui um pólo assistido para atendimento e tratamento de pessoas com Hepatite C. Os pacientes foram tratados com medicação antiretroviral (Interferon Peguilado injetável semanal e doses diárias de Ribavirina via oral), disponibilizada pelo MS de acordo com a Portaria 34/2007, sendo o tratamento realizado de acordo com o Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C de 2007 (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Os pacientes em tratamento poderiam comparecer semanalmente para tomar a medicação, fazer os exames necessários e receber o atendimento de diversos profissionais. O comparecimento no ambulatório deveria ser regular, porém não era necessário que fosse semanal, e a medicação poderia ser levada para ser administrada em casa ou em farmácias.

A decisão sobre a frequência do comparecimento ambulatorial era baseada em critérios clínicos, logísticos e do paciente, sendo tomada conjuntamente pelo paciente e médico hepatologista responsável pelo caso.

Os critérios clínicos diziam respeito ao estado de saúde do paciente, por exemplo, se ele estava estável em relação à doença hepática, como estavam se apresentando os possíveis efeitos colaterais da medicação, que necessitavam de monitoramento, e a presença de comorbidades.

Entre os fatores referentes à logística estavam aqueles que relacionados à disponibilidade de transporte e acesso ao serviço de saúde, bem como às consultas em outras especialidades que compunham o atendimento multiprofissional do serviço.

Características do tratamento antiretroviral e do ambulatório

O tratamento para Hepatite C atualmente preconizado atualmente é composto por injeções (subcutâneas) semanais de Interferon Peguilado associadas a doses diárias de Ribavirina via oral.

IFN é uma substância da família das citocinas naturais que são produzidas pelo sistema imune inato para agir contra infecções virais (HAYASHI & TAKEHARA, 2006), sendo indicado para tratamento de uma série de doenças, tais como doenças virais, malignas, e esclerose múltipla (DIEPERINK *et al.*, 2000), por serem um agente antiinflamatório com ação antifibrótica e imunomoduladora. Os efeitos secundários do IFN são febre e calafrio, dor muscular, dor de cabeça, fadiga, perda de peso, anemia, prurido e queda de cabelo, alteração na tireóide; entre os efeitos psíquicos depressão, labilidade emocional, ansiedade, insônia, e ainda transtorno de estresse pós-traumático, ideação

suicida e psicose (HAYASHI & TAKEHARA, 2006; WEIGANG *et al.*, 2007; GHANY *et al.*, 2009).

O Peguilado é uma molécula artificial de polietileno glicol que modifica o efeito do IFN, permitindo que a ação deste se estenda por um período de tempo bem maior, o que potencializa seu efeito no organismo do homem (HAYASHI & TAKEHARA, 2006).

A Ribavirina, desenvolvida em 1972, é um ácido nucléico modificado que tem poder contra vários tipos de vírus, causando mutações no RNA, impedindo a replicação viral (HAYASHI & TAKEHARA, 2006; SHIFFMAN, 2009). Os efeitos colaterais do uso de RBV são anemia, fadiga, náusea e diarreia, tosse, erupções cutâneas, além do seu potencial efeito teratogênico (SHIFFMAN, 2009).

A combinação do IFN com PEG com a Ribavirina está associada com melhor efetividade no tratamento, sendo consolidada atualmente (HAYASHI & TAKEHARA, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2007; BRASIL, 2008a; SHIFFMAN, 2009).

Os pacientes podem apresentar três formas de resposta ao tratamento antiretroviral, que são analisadas de acordo com o resultado do exame de detecção do RNA – VHC pelo método de PCR. Esse exame é realizado através das amostras de sangue e tem a finalidade de detectar o vírus da hepatite C:

- ✓ Respondedores – pacientes que apresentam a chamada resposta virológica sustentada, em que o RNA do VHC não é detectado em exames realizados após seis meses do término do tratamento, sendo o objetivo maior do tratamento antiretroviral;

- ✓ Recidivantes – a recidiva é definida pelo fato de no final do tratamento o vírus não é mais detectado em exames específicos, porém volta a ser detectado após o término do tratamento;

✓ Não respondedores – situação em que o vírus permanece detectável, mantendo-se presente no organismo da pessoa, no fim do tratamento.

Considera-se resposta virológica rápida a não detecção do RNA viral na semana quatro do tratamento. Poordard *et al.* (2008) reforçam que a RVR tem se estabelecido como um “marco”, devido ao seu forte valor preditivo positivo da resposta ao tratamento antiretroviral, ou seja, a “RVR está rapidamente se tornando uma nova ferramenta para prever quais pacientes com hepatite C têm uma elevada probabilidade de atingir RVS” (POORDARD *et al.*, 2008, p. 82).

Resposta virológica precoce, referente a exame realizado na semana 12, é definida como a ausência de RNA viral ou a diminuição para até dois logaritmos da carga viral em relação ao início do tratamento. A RVP tem forte valor preditivo negativo. Poordard *et al.* (2008) mencionam que quase 100% dos pacientes que não apresentarem a RVP também não irão obter a RVS.

A detecção do RNA do VHC feita pelo método do PCR pode ser qualitativo, em que se constata a presença ou não do vírus; ou quantitativo, quando se realiza a contagem do vírus (carga viral) por cada mililitro de sangue, utilizando o nível de detecção internacional de 50 unidades por mililitro de sangue. Durante o tratamento esses exames são realizados, mais especificamente nas semanas quatro, 12 e 24, sendo quantitativo no terceiro mês e qualitativo nas semanas quatro e 12. A detecção do RNA do VHC fornece parâmetros para avaliação da resposta ao tratamento antiretroviral.

A enfermeira da equipe acompanha os pacientes em tratamento avaliando suas reações ao tratamento e encaminhando para cuidados específicos, se necessário. O paciente em tratamento pode ainda ter consultas agendadas com o médico hepatologista, psicólogo ou nutricionista.

Instrumentos utilizados para a obtenção dos dados

Formulário sócio-demográfico e clínico

Foi aplicado formulário específico para a presente pesquisa, destinado à obtenção de dados relativos a variáveis sócio-demográficas e variáveis relacionadas à doença e ao tratamento.

Os dados para preenchimento desse formulário foram obtidos diretamente com o paciente ou extraídos do protocolo de atendimento do paciente neste ambulatório.

Instrumentos Padronizados

The Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey (SF-36)

Esta escala foi traduzida e validada no Brasil por Ciconelli (1997). É um instrumento utilizado para avaliação da Qualidade de Vida, que avalia de forma genérica a saúde da pessoa, sendo considerado de fácil administração e compreensão.

Possui 36 itens, com pontuação de 0 a 100, estando os escores maiores indicando melhor saúde. Avalia em diferentes domínios o funcionamento da pessoa, sendo os domínios do componente físico: capacidade funcional (capacidade da pessoa de realizar suas atividades diárias, profissionais, e relacionadas ao cuidado pessoal), aspectos físicos (capacidade de realização de atividades cotidianas considerando o estado de saúde física), dor (impacto da dor na vida da pessoa) e estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral). No componente emocional estão os domínios saúde mental (humor no dia a

dia), aspectos emocionais (impacto do estado emocional na realização de atividades diárias), aspectos sociais (impacto da saúde nessas atividades) e vitalidade (percepção da pessoa sobre sua saúde). Cada domínio é avaliado separadamente e não há um escore final para que a média dos valores não obscureça a importância de cada domínio individualmente (CICONELLI, 1997).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Este instrumento foi desenvolvido por solicitação da OMS em 1992, por Barbor et al, tendo sido validado para amostras brasileiras por Lima *et al.*, em 2005.

O AUDIT avalia o consumo (nocivo) e dependência de álcool em serviços de atenção primária, visando detectar casos de acordo com a definição proposta pelo DSM IV (1994).

Possui 10 questões, que investigam, no último ano, o uso em relação a quantidade e frequência, a dependência e as consequências do consumo de álcool, com pontuação máxima de 40 pontos.

Em 2003, Babor *et al.* propuseram para a atenção primária a classificação de até sete pontos como consumo de baixo risco ou abstenção; consumo de risco a partir de oito e até 15 pontos; uso nocivo ou consumo de alto risco entre 16 e 19; e provável dependência 20 pontos ou mais.

Mendonza-Sassi *et al.* (2003) colocam que os pontos de corte podem variar de acordo com o contexto e da proposta do estudo, adotando o critério de considerar caso a partir de 8 pontos.

Neste estudo utilizou-se ponto de corte para caso (consumo de risco) acima de oito pontos, considerando como caso leve acima de oito e até 15, e como caso grave (consumo de alto risco) mais de 16 pontos.

Self Reporting Questionnaire (SRQ) - 20

Este instrumento foi desenvolvido por Harding *et al.* em 1980 e validado por Mari & Willians (1986), para o Brasil. Esse questionário rastreia transtornos psiquiátricos menores, chamado Transtorno Mental Comum (TMC), investigando a situação de saúde de pessoas que não preencheriam os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações atuais (DSM IV (1994), mas que apresentam sintomas que acarretam incapacitação e sofrimento psíquico.

Possui 20 questões relativas aos últimos 30 dias e sua forma de resposta é binária (com alternativas de sim ou não para cada questão).

Mari & Willians (1986) obtiveram uma especificidade de 80,0% e uma sensibilidade de 83,0%, com um ponto de corte de 7/8.

Foram utilizados pontos de corte diferenciados para homens (5/6) e mulheres (7/8), conforme sugestão de Mari & Willians (1986), que encontraram um valor preditivo positivo menor para homens que para mulheres, quando se empregava para ambos o ponto de corte 7/8 (66,0% e 83,0%, respectivamente).

Beck Depression Inventory (BDI)

O BDI foi desenvolvido por Beck *et al.*, em 1961, tendo sido revisado e com alguns itens atualizados de acordo com o DSM-IV (1994).

Foi traduzido e validado por GORENSTEIN & ANDRADE (2000), que afirmam que o BDI é um inventário amplamente utilizado em pesquisas e na clínica para avaliação de “aspectos específicos da depressão”.

Possui 21 itens em que estão incluídos atitudes e sintomas de depressão. Cada questão possui quatro itens, com escala para cada questão entre 0 a 3 pontos, sendo a pontuação máxima 63 pontos.

Optou-se, para a análise desses dados, pelos pontos de corte sugeridos por Kendall *et al.* (1997) para amostras não diagnosticadas. Esses autores consideraram escores acima de 15 para detectar disforia e mais de 20 pontos para depressão.

Procedimento

As entrevistas foram realizadas antes do início do tratamento no Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP, e novamente no terceiro e sexto meses de tratamento antiretroviral.

A pesquisadora teve acesso aos pacientes em início de tratamento através da enfermeira da Equipe. O primeiro contato com os participantes do estudo foi realizado por meio de contato telefônico, na semana do início do tratamento, agendando-se o horário para a entrevista da pesquisa no próprio ambulatório.

Aqueles que concordaram em participar responderam imediatamente ao protocolo, que foi aplicado pela pesquisadora ou por outra psicóloga treinada para aplicar os instrumentos da pesquisa, sempre antes de receberem a medicação. Esses pacientes foram novamente avaliados nas 12^a e 24^a semanas de tratamento, com os mesmos instrumentos utilizados na primeira avaliação. Foi estabelecido um prazo de até duas semanas após a data prevista (12 semanas ou 24 semanas) para as reavaliações.

Período de Realização

A coleta de dados ocorreu entre 15 de março de 2007 a 18 de dezembro de 2008.

Análise dos dados

Os dados desse estudo foram digitados em planilha eletrônica do programa Excel, sendo feita a seguir uma listagem de frequência das variáveis com o objetivo de analisar a consistência dos dados que foram então revistos e corrigidos quando necessário. Corrigido o banco, esse foi transferido para o programa STATA 8.0 (STATA CORPORATION, 2003), no qual foi realizada a análise estatística. As variáveis desse estudo foram classificadas em: categóricas, ordenadas e contínuas para se efetuar a análise. Inicialmente foi feita análise descritiva, para se estabelecer os testes adequados para a análise univariada visando estudar as associações entre os diferentes parâmetros do estudo. As estimativas das médias obtidas, segundo critérios padronizados de avaliação do SF-36, foram acompanhadas de desvios-padrão. Utilizou-se para estudar as associações das variáveis categóricas o Teste do Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher, quando adequado. Para as variáveis contínuas

foram utilizados o Teste de Mann–Whitney e Teste de Kruskal Wallis. Adotou-se o nível de significância estatístico padrão de $p < 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade. Considerou-se, na análise dos dados, como “tendência” à significância estatística os resultados que apresentaram no estudo das associações probabilidade entre 0,06 e 0,08. Para comparação entre os dados em momentos subsequentes foram utilizados o Teste Exato de McNemar para até duas variáveis categóricas, comparando-se dois momentos (semana 1 com a 12 e 12 com a 24) e Teste de Friedman, para a comparação de escores em momentos diferentes.

Foram considerados desfechos: os índices de qualidade de vida nos seus diferentes domínios, a presença de sintomas depressivos, TMC e consumo nocivo de álcool, e a resposta virológica ao tratamento antiretroviral, avaliada por meio dos resultados da detecção do RNA do VHC pelo método de PCR. Essas variáveis, tomadas como desfecho, foram associadas a todas as variáveis de exposição.

Considerações Éticas

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (Ofício 609/2006).

Na ocasião da realização do convite para participação neste estudo, e após as pessoas terem sido esclarecidas dos objetivos e métodos do mesmo, as que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determinação do CONEP (Resolução Nº 196, de 10 de Outubro de 1996).



RESULTADOS

Serão apresentados os dados obtidos das avaliações feitas na primeira semana de tratamento, ou seja, a caracterização de um corte transversal de amostra de pacientes com diagnóstico de Hepatite C, segundo os critérios descritos, antes do início do tratamento (N=82).

Considerando os resultados observados, tornou-se importante realizar a diferenciação das variáveis segundo sexo.

As porcentagens das diferentes categorias devem ser lidas na linha e a somatória das mesmas na coluna.

A tabela 1 apresenta as variáveis sócio-demográficas dos entrevistados.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p*
	N	%	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA							0,67
20 a 39 anos	15	60,0	10	40,0	25	30,5	
≥ 40 anos	37	64,9	20	35,1	57	69,5	
IDADE (anos)	Média 45,1 (DP ± 10,3; 22 – 69)						
ESCOLARIDADE							0,10
≤ 7ª série	15	51,7	14	48,3	29	35,4	
≥ 8ª série	37	69,8	16	30,2	53	64,6	
TEMPO DE ESTUDO (anos)	Média 11 (DP ± 5,4; 0 – 26)						
QUALIFICAÇÃO DA OCUPAÇÃO							0,007
Qualificada	47	70,1	20	29,9	67	81,7	
Não Qualificada	5	33,3	10	66,7	15	18,3	
SITUAÇÃO OCUPACIONAL							
Empregado	35	67,3	17	32,7	52	63,4	
Desempregado	6	100,0	0	0,0	6	7,3	
Aposentado	3	50,0	3	50,0	6	7,3	
Licença Médica	8	57,1	6	48,6	14	17,1	
Do lar / Estudante	0	0,0	4	100,0	4	4,9	
TRABALHO FORA DE CASA							0,33
Sim	35	67,3	17	32,7	52	63,4	
Não	17	56,7	13	43,3	30	36,6	
RENDA FAMILIAR	Média 2943,5 (DP ± 2996,7: 150 – 20000)						
RENDA PER CAPITA							0,53
< 1 SM	18	66,7	9	33,3	27	32,9	
1 – 2 SM	13	54,2	11	45,8	24	29,3	
≥ 2 SM	21	67,7	10	32,3	31	37,8	
SITUAÇÃO CONJUGAL							
União Consensual	34	64,1	19	35,9	53	64,6	
Solteiro	9	90,0	1	10,0	10	12,2	
Separado ou Divorciado	7	41,2	10	55,8	17	20,7	
Viúvo	2	100,0	0	0,0	2	2,4	
PRESENÇA DE COMPANHEIRO							0,85
Sim	34	64,1	19	35,9	53	64,6	
Não	18	62,1	11	37,9	29	35,4	
CHEFIA FAMILIAR							0,000
Sim	38	79,2	10	20,8	48	58,5	
Não	14	41,2	20	58,8	34	41,5	
NÚMERO DE PESSOAS NA CASA	Média 3,5 (DP ± 1,5; 1 – 8)						
PROCEDÊNCIA							0,14
DRS VI	26	72,2	10	27,8	36	43,9	
Outra DRS	26	56,5	20	43,5	46	56,1	

*Teste do χ^2

Predominaram pessoas do sexo masculino (63,4%). A idade dos participantes variou entre 22 e 69 anos, tendo 69,5% das pessoas mais de 40 anos, sendo a média de idade de 45,1 anos. A maioria concluiu o ensino médio (64,6%), com média de 11 anos de estudo. Apesar de a amostra ser composta tanto por pessoas que nunca frequentaram a escola, como por aquelas com 26 anos de estudo formal, destacou-se a presença de pessoas com alto nível de escolaridade. A maior parte dos entrevistados tinha alguma atividade profissional (63,4%), seguida por 17,1% em licença médica. Realizavam atividades classificadas como qualificadas (aquelas que exigiam para seu exercício algum tipo de treinamento) 81,7% dos entrevistados. A renda *per capita* familiar variou bastante, com 37,8% tendo renda *per capita* de dois salários mínimos ou mais. Predominaram pessoas em união consensual (64,6%), seguidos pelos separados ou divorciados (20,7%). Grande parte dos entrevistados era chefe da família à qual pertencia (58,5%), e a média de moradores nas casas dos entrevistados de 3,5 pessoas (Tabela 1).

Contabilizaram 56,1% aqueles que não procediam da região do DRS VI e frequentavam o serviço em que foi realizado presente trabalho.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em relação à qualificação da ocupação ($p < 0,05$), sendo homens 70,1% daqueles que realizavam ocupações qualificadas; em relação à chefia familiar, 79,2% dos homens exerciam o papel de chefes de família, num total de 58,5% das pessoas que ocupavam esse lugar ($p < 0,001$).

Características Clínicas e relacionadas ao tratamento

As tabelas que se seguem apresentam as principais características clínicas, relacionadas à Hepatite C e ao tratamento antiretroviral dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas à Hepatite C segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p*
	N	%	N	%	N	%	
CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA							0,12
Doação de Sangue	11	73,3	4	26,7	15	18,3	
Busca de confirmação	18	78,3	5	21,8	23	28,1	
Check up	19	50,0	19	50,0	38	46,3	
Sintomas específicos	4	66,7	2	33,3	6	7,3	
TEMPO DE CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO (anos)**	Média 3,5 (DP ± 4,5; 0 – 18)						
TEMPO DE CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO (anos)							0,07
≤ 05	37	58,7	26	41,3	63	76,8	
06 a 10	7	63,6	4	36,4	11	13,4	
≥ 11	8	100,0	0	0,0	8	9,8	
FATOR ATRIBUÍDO À CONTAMINAÇÃO **							
Transusão / Procedimentos	19	43,2	25	56,8	44	53,7	
Uso de substância psicoativa ilícita	19	95,0	1	5,0	20	24,4	
Gluconergan®	11	100,0	0	0,0	11	13,4	
Não conhecido / Outros	3	42,9	4	57,1	7	8,5	
TEMPO DE CONTAMINAÇÃO (anos)¹							0,97
≤ 10	2	66,7	1	33,3	3	3,8	
11 a 20	16	66,7	8	33,3	24	30,4	
21 a 30	32	64,0	18	36,0	50	63,3	
≥ 30	1	50,0	1	50,0	2	2,5	
ESTIMATIVA DE TEMPO DA CONTAMINAÇÃO (anos)^{2**}	Média 22,8 (DP ± 6,3; 1 – 40)						
PRESENÇA DE CIRROSE³							0,44
Sim	21	67,7	10	32,3	31	38,7	
Não	29	59,2	20	40,8	49	61,3	
GENÓTIPO VIRAL⁴							0,13
1	32	69,6	14	30,4	46	57,5	
Não 1	18	52,9	16	47,1	34	42,5	

*Teste do χ^2

**variável não submetida a teste estatístico

¹ três casos sem informação² três casos sem informação³ dois casos sem informação⁴ dois casos sem informação

Vê-se na Tabela 2 que a confirmação do diagnóstico da Hepatite C ocorreu, segundo relato de 46,3% das pessoas, na realização de exames de rotina. A seguir, 28,1% relataram que supunham que pudessem ter Hepatite C pelos mais diversos motivos, e optaram por realizar a testagem para conhecer sua possível soropositividade, e 18,3% responderam que souberam do diagnóstico ao doarem sangue. A grande maioria recebeu o diagnóstico da Hepatite C há menos de cinco anos (76,8%), sendo a média de tempo de confirmação diagnóstica de 3,5 anos.

Predominaram entre os que informaram duas formas possíveis de contaminação pelo vírus da Hepatite C: 53,7% relataram ter contraído o vírus em procedimentos médicos, seguido pela transmissão endovenosa e/ou inalada através do uso de substâncias psicoativas ilícitas (24,4%), e 13,4% consideraram ter adquirido o vírus através do uso compartilhado de seringas na administração de *Gluconergan*®. A aquisição da Hepatite C através do consumo de substâncias psicoativas e do uso de *Gluconergan*® foi mais frequente em pessoas do sexo masculino.

Estimou-se que o tempo médio de contaminação pelo HCV em 22,8 anos; 63,3% das pessoas relataram que contraíram o vírus entre 21 e 30 anos.

Ainda na tabela 2, vê-se que apresentavam dano hepático (cirrose) 38,7% da amostra. O genótipo viral 1, considerado mais agressivo, estava presente em 57,5% das pessoas estudadas.

Percebeu-se uma tendência à significância estatística no tempo de confirmação diagnóstica ($p = 0,07$). Todos aqueles que souberam da Hepatite C há mais de 11 anos eram do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 3 - Características clínicas segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p
	N	%	N	%	N	%	
PRESENÇA DE COMORBIDADE*							0,71
Sim	23	65,7	12	34,3	35	42,7	
Não	29	61,7	18	38,3	47	57,3	
COMORBIDADE ***							
Diabetes	5	100,0	0	0,0	5	14,3	
Hipertensão	3	60,0	2	40,0	5	14,3	
Diabetes + Hipertensão	5	83,3	1	16,7	6	17,1	
Depressão	4	57,1	3	48,9	7	20,0	
Ansiedade	1	33,3	2	66,7	3	8,6	
Outras	5	55,6	4	44,4	9	25,7	
TIPO DE COMORBIDADE**							0,61
Clínica	18	69,2	8	30,8	26	74,3	
Psiquiátrica	4	50,0	4	50,0	8	22,9	
Clínica + Psiquiátrica	1	100,0	0	0,0	1	2,9	
USO DE MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE*							0,99
Sim	19	63,3	11	36,7	30	36,6	
Não	33	63,5	19	36,5	52	63,4	
MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE***							
Aspectos clínicos	12	66,7	6	33,3	18	60,0	
Antidepressivos	3	100,0	0	0,0	3	10,0	
Ansiolíticos	1	25,0	3	75,0	4	13,3	
Aspectos clínicos + Psicofármacos	3	60,0	2	40,0	5	16,7	
TIPO DE MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE*							0,89
Clínica	12	66,7	6	33,3	18	60,0	
Psiquiátrica	4	57,1	3	42,9	7	23,3	
Clínica + Psiquiátrica	3	60,0	2	40,0	5	16,7	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

***variável não submetida a teste estatístico

Apesar de não constituir a maioria, considerável parcela de pessoas apresentava alguma comorbidade (42,7%). Destacou-se a presença de comorbidades clínicas (74,3%), e, apesar de a maioria possuir outras comorbidades (25,7%), chamou atenção a presença de hipertensão, diabetes e depressão. Usavam outros medicamentos no início do tratamento 36,6% dos entrevistados, sendo 60% da medicação indicada para manejo de comorbidades clínicas (Tabela 3).

Não foram encontradas diferenças significativas estatisticamente entre homens e mulheres estudados no que dizia respeito às comorbidades.

Tabela 4 - Variáveis relacionadas ao tratamento antiretroviral segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p*
	N	%	N	%	N	%	
NÚMERO DO TRATAMENTO ATUAL							0,28
Primeiro	40	60,6	26	34,4	66	80,5	
Retratamento	12	75,0	4	25,0	16	19,5	
DESFECHO DE TRATAMENTO ANTERIOR							0,72
Recidiva	6	75,0	2	25,0	8	50,0	
Não respondedor	6	75,0	2	25,0	8	50,0	
ADEQUAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTERIOR							0,39
Sim – Adequado	6	66,7	3	33,3	9	56,3	
Não – Não adequado	6	85,7	1	14,3	7	43,7	
DECISÃO POR REALIZAR O TRATAMENTO							0,11
Paciente	48	67,6	23	32,4	71	86,6	
Familiares	3	42,8	4	57,1	7	8,5	
Equipe	1	25,0	3	75,0	4	4,9	

*Teste Exato de Fisher

A Tabela 4 mostra que a grande maioria dos pacientes recebia o tratamento antiretroviral pela primeira vez (80,5%). Entre aqueles em retratamento (19,5%), 50% não haviam respondido a tratamento anterior e os outros 50% haviam apresentado recidiva. As condições de realização do tratamento prévio foram consideradas adequadas em relação à duração e dosagem para 56,3% dessas pessoas, de acordo com o protocolo utilizado no Ambulatório de Hepatites Virais da Disciplina de Gastroenterologia Clínica do HC da FMB-UNESP.

De acordo com o relato dos entrevistados, 86,6% buscaram a realização do tratamento espontaneamente, embora também tenham mencionado a influência direta de familiares e da equipe médica para a realização do tratamento antiretroviral (Tabela 4).

Características relacionadas ao estilo de vida e apoio social

As tabelas 5 e 6 apresentam a distribuição de número e porcentagem das categorias referentes ao estilo de vida e apoio social dos entrevistados.

Tabela 5 - Estilo de Vida segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		P
	N	%	N	%	N	%	
TABAGISMO PRÉVIO*							0,001
Sim	39	78,0	11	22,0	50	61,0	
Não	13	40,6	19	59,4	32	39,0	
TABAGISMO ATUAL*							0,017
Sim	22	81,5	5	18,5	27	32,9	
Não	30	54,5	25	45,5	55	67,1	
USO PRÉVIO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**							0,000
Sim	34	94,4	2	5,6	36	43,9	
Não	18	39,1	28	60,9	46	56,1	
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA UTILIZADA PREVIAMENTE***							
<i>Gluconergan®</i>	5	100,0	0	0,0	5	13,9	
Cocaína	18	94,7	1	5,3	19	52,8	
Maconha	2	66,1	7	33,3	3	8,3	
<i>Gluconergan®</i> + Cocaína	9	100,0	0	0,0	9	25,0	
USO ATUAL DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**							0,002
Sim	12	100,0	0	0,0	12	14,6	
Não	40	57,1	30	42,9	70	85,4	
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA UTILIZADA ATUALMENTE***							
Cocaína	4	100	0	0,0	4	33,3	
Maconha	8	100	0	0,0	8	66,7	
CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL **							0,000
Sim	25	89,3	3	10,7	28	34,2	
Não	27	50,0	27	50,0	54	65,8	
GRAVIDADE DO CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL **							0,21
Consumo de Alto Risco	11	100,0	0	0,0	11	39,3	
Consumo de Risco	14	82,3	3	17,7	17	60,7	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

***variável não submetida a teste estatístico

Vê-se na Tabela 5 que eram tabagistas 32,9% dos entrevistados, e 61,0% referiram terem sido tabagistas.

Notou-se a redução do consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida, pois 43,9% referiram ter feito uso de alguma substância psicoativa em determinada época da vida, tendo sido o uso atual referido por 14,6% dos entrevistados. Entre os que mencionaram consumir substâncias psicoativas, 52,8% referiram o consumo de cocaína, seguido por 13,9% que faziam uso de *Gluconergan*®. Essas substâncias ainda eram utilizadas por 25% da amostra, e maconha era consumida por 8,3% dos entrevistados. No momento da entrevista, 66,7% referiram fazer uso de maconha e 33,3% ainda eram usuários de cocaína, embora priorizando o consumo através da inalação da substância (Tabela 5).

O uso problemático de álcool foi identificado em 34,2% das pessoas, de acordo com o AUDIT. O padrão de consumo considerado de alto risco foi considerado em 39,3% daqueles que relataram consumir álcool.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em relação ao consumo de tabaco. Os homens contabilizaram 78,0% das pessoas que já foram tabagistas ($p = 0,001$). No início do tratamento, relataram que faziam uso de tabaco 18,5% mulheres e 81,5% dos homens ($p < 0,05$).

O uso de substâncias psicoativas em algum momento da vida também diferiu de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), sendo homens 94,4% das pessoas que responderam afirmativamente. Todas as pessoas que relataram o uso de alguma substância psicoativa ilícita no início do tratamento eram do sexo masculino ($p < 0,05$).

A tabela 5 mostra ainda que o consumo de álcool apresentou diferença significativa do ponto de vista estatístico entre homens e mulheres ($p < 0,001$), sendo que 89,3% das pessoas da amostra que consumiam álcool eram do sexo masculino.

Tabela 6 - Apoio social segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p*
	N	%	N	%	N	%	
SENTIMENTO DE APOIO							0,98
Sim	45	63,4	26	36,6	71	86,6	
Não	7	63,6	4	36,4	11	13,4	
SATISFAÇÃO COM APOIO							0,43
Sim	42	65,5	22	34,4	64	78,1	
Não	10	55,6	8	44,4	18	21,9	
FONTE PRINCIPAL DE APOIO¹							0,32
Cônjuge	15	75,0	5	25,0	20	27,4	
Familiares	28	58,3	20	41,7	48	65,8	
Amigos	4	80,0	1	20,0	5	6,8	

*Teste do χ^2 ¹ nove casos não mencionaram apoiadores

A Tabela 6 mostra que as pessoas que se sentiam apoiadas contabilizaram 86,6% do total, e 78,1% relataram satisfação com o apoio recebido. No início do tratamento, as principais fontes de apoio eram diversas, predominando o suporte familiar (65,8%), seguido do apoio dos cônjuges (27,4%).

Características relacionadas à presença de sintomas depressivos, de TMC e consumo de álcool

A tabela 7 mostra a porcentagem de casos e não casos, segundo os instrumentos utilizados, de sintomatologia depressiva e transtorno mental comum por parte dos participantes.

Tabela 7 - Sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de álcool segundo sexo (N = 82)

Variável	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p
	N	%	N	%	N	%	
SINTOMAS DEPRESSIVOS *							0,36
Sim	14	56,0	11	44,0	25	30,5	
Não	38	66,7	19	33,3	57	69,5	
GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS **							0,55
Caso clinicamente grave	11	57,9	8	42,1	19	76,0	
Caso clinicamente leve	3	50,0	3	50,0	6	24,0	
TRANSTORNO MENTAL COMUM *							0,51
Sim	17	58,6	12	41,4	29	35,4	
Não	35	66,0	18	34,0	53	64,6	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

A frequência de sintomas depressivos no início do tratamento antiretroviral foi de 30,5%, sendo que em 76,0% dos casos os sintomas de depressão foram considerados clinicamente graves (Tabela 7).

Iniciaram o tratamento com escores indicativos da presença de TMC 35,4% dos entrevistados.

A tabela 8 traz as pontuações médias nos instrumentos utilizados de acordo com o sexo.

Tabela 8 - Pontuações Médias nos instrumentos psicométricos para avaliação de sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de álcool segundo sexo (N = 82).

Instrumento Psicométrico	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p*
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
BDI – SINTOMAS DEPRESSIVOS (0 – 63)	12,4	10,4	14,5	12,2	13,1	11,1	0,52
SRQ – TRANSTORNO MENTAL COMUM (0 – 20)	4,4	4,2	7,0	5,7	5,4	4,9	0,035
AUDIT – CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL (0–40)	9,5	7,3	2,5	3,6	6,9	7,0	0,000

*Teste de Mann–Whitney

A média da pontuação obtida no BDI na primeira avaliação foi de 13,1 (DP± 11,1). No SRQ obteve-se o escore médio de 5,4 (DP± 4,9) e no AUDIT a média obtida foi de 6,9 pontos (DP±7,0).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa na pontuação média do SRQ ($p < 0,05$). As mulheres apresentaram escore médio de 7,0, enquanto que os homens pontuaram em média 4,4 pontos (Tabela 8).

Verificou-se diferença estatisticamente significante na pontuação média do AUDIT. Foram obtidas as médias de 9,5 e 2,5 para homens e mulheres, respectivamente ($p < 0,001$).

As tabelas de 9 a 13 apresentam as associações estatisticamente significativas obtidas entre as diferentes categorias sócio-demográficas, clínicas e psicossociais em relação à presença de sintomas depressivos e sua gravidade, TMC e uso nocivo de álcool.

Tabela 9 - Associações estatisticamente significativas de sintomas depressivos com variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais (N = 82)

Variável	SINTOMAS DEPRESSIVOS				p
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
CHEFIA FAMILIAR*					0,024
Sim	10	20,8	38	79,2	
Não	15	44,1	19	55,9	
TRABALHO FORA DE CASA*					0,000
Sim	8	15,4	44	84,6	
Não	17	56,7	13	43,3	
PRESENÇA DE COMORBIDADE*					0,036
Sim	15	42,9	20	57,1	
Não	10	21,3	37	78,7	
USO DE MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE*					0,016
Sim	14	46,7	16	53,3	
Não	11	21,1	41	78,9	
TABAGISMO ATUAL*					<i>0,054</i>
Sim	12	44,4	15	55,6	
Não	13	23,6	42	76,4	
SENTIMENTO DE APOIO**					0,002
Sim	17	23,9	54	76,1	
Não	8	72,7	3	27,3	
SATISFAÇÃO COM APOIO*					0,001
Sim	14	21,9	50	78,1	
Não	11	61,1	7	38,9	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

Apresentar sintomas depressivos associou-se significativamente, do ponto de vista estatístico, com: não ser chefe de família ($p < 0,05$); não trabalhar fora de casa ($p < 0,001$); apresentar comorbidades ($p < 0,05$); fazer uso de medicação para controle das mesmas ($p < 0,05$); referir não se sentir apoiado socialmente ($p = 0,001$) e não apresentar satisfação com o apoio ($p = 0,001$).

Tabela 10 - Associação estatisticamente significativa da gravidade dos sintomas depressivos com variável sócio-demográfica (N = 82)

Variável	GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS				p*
	CLINICAMENTE GRAVES		CLINICAMENTE LEVES		
	N	%	N	%	
QUALIFICAÇÃO DA OCUPAÇÃO					0,07
Qualificada	17	85,0	3	15,0	
Não Qualificada	2	40,0	3	60,0	

*Teste do χ^2

Exercer ocupação qualificada apresentou tendência à significância estatística em relação à gravidade dos sintomas depressivos ($p = 0,07$). Entre as pessoas que exerciam atividades profissionais consideradas qualificadas, 85,0% apresentaram maior gravidade nos sintomas depressivos, como se vê na Tabela 10.

Tabela 11. Associações estatisticamente significativas de TMC com variáveis sócio-demográficas e clínicas (N = 82)

Variável	TRANSTORNO MENTAL COMUM				p*
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
CHEFIA FAMILIAR*					0,06
Sim	13	27,1	35	72,9	
Não	16	47,1	18	52,9	
TRABALHO FORA DE CASA*					0,035
Sim	14	26,9	38	73,1	
Não	15	50,0	15	50,0	
TEMPO DE CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO (ANOS)**					0,012
≤ 05	20	31,8	43	68,2	
06 a 10	8	72,7	3	27,3	
≥ 11	1	12,5	7	87,5	
PRESENÇA DE COMORBIDADE*					0,009
Sim	18	51,4	17	48,6	
Não	11	23,4	36	76,6	
USO DE MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE*					0,035
Sim	15	50,0	15	50,0	
Não	14	26,9	38	73,1	
PRESENÇA DE CIRROSE*¹					0,006
Sim	17	54,8	14	45,2	
Não	12	24,5	37	75,5	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

¹ dois casos sem informação

Em relação à presença de TMC, a análise univariada evidenciou associações estatisticamente significativas com: não trabalhar fora de casa ($p < 0,05$); tempo de conhecimento do diagnóstico ($p < 0,05$), sendo maior a prevalência de TMC entre os que sabiam do seu diagnóstico há seis e 10 anos; apresentar outras comorbidades ($p < 0,05$); usar medicação para tratamento dessas comorbidades ($p < 0,05$) e ter cirrose hepática ($p < 0,05$).

Tabela 12 - Associações estatisticamente significativas de uso nocivo de álcool com variáveis sócio-demográficas e clínicas (N = 82)

Variável	USO NOCIVO DE ÁLCOOL				P
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
QUALIFICAÇÃO DA OCUPAÇÃO**					0,06
Qualificada	26	38,8	41	61,2	
Não Qualificada	2	13,3	13	86,7	
FATOR ATRIBUÍDO À CONTAMINAÇÃO*					0,004
Transusão / Procedimentos	9	20,5	35	79,5	
Uso de substância psicoativa ilícita	12	60,0	8	40,0	
<i>Gluconergan®</i>	6	54,6	5	45,4	
Não conhecido / Outros	1	14,3	6	85,7	
TABAGISMO ATUAL*					0,018
Sim	14	51,8	13	48,1	
Não	14	25,4	41	74,6	
USO ATUAL DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**					0,000
Sim	10	83,3	2	16,7	
Não	18	25,7	52	74,3	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o consumo nocivo de álcool e as seguintes variáveis: fator atribuído à aquisição do VHC ($p < 0,05$); tabagismo atual ($p < 0,05$) e uso atual de substância psicoativa ilícita ($p < 0,001$), chamando a atenção que 83,3% das pessoas que faziam uso nocivo de álcool, também usavam substâncias psicoativas ilícitas (Tabela 12).

Tabela 13 - Associação da gravidade do consumo de álcool com variáveis clínicas e tabagismo (N = 82)

Variável	GRAVIDADE DO CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL				p
	CONSUMO DE ALTO RISCO		CONSUMO DE RISCO		
	N	%	N	%	
CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA**					0,042
Doação de Sangue	1	14,3	6	85,7	
Busca de confirmação	7	77,8	2	22,2	
<i>Check up</i>	2	22,2	7	77,8	
Sintomas específicos	3	33,3	2	66,7	
FATOR ATRIBUÍDO À CONTAMINAÇÃO**					0,041
Transusão / Procedimentos	1	11,1	8	88,9	
Uso de substância psicoativa ilícita	8	66,7	4	33,3	
<i>Gluconergan®</i>	2	33,3	4	66,7	
Não conhecido / Outros	0	0,0	1	100,0	
GENÓTIPO VIRAL*					0,05
1	5	27,8	13	72,2	
Não 1	6	66,7	3	33,3	
TABAGISMO ATUAL*					0,06
Sim	8	57,1	6	42,9	
Não	3	21,4	11	78,6	

*Teste do χ^2

**Teste Exato de Fisher

Observa-se na Tabela 13 que se associaram significativamente ao consumo de álcool de alto risco a situação de confirmação diagnóstica ($p < 0,05$); ao fator atribuído à contaminação pelo VHC ($p < 0,05$) e ao genótipo viral Não 1 ($p < 0,05$).

Características relacionadas à qualidade de vida

A pontuação média obtida por homens e mulheres nos domínios do SF-36 e os respectivos desvios-padrão estão apresentados na tabela 14.

Tabela 14 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação ao sexo (N = 82).

Domínio	HOMENS (N=52)		MULHERES (N=30)		TOTAL (N=82)		p*
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
COMPONENTE FÍSICO							
Capacidade Funcional	83,6	20,6	78,2	24,0	81,6	21,9	0,20
Aspectos Físicos	71,6	35,0	67,5	38,9	70,1	36,3	0,75
Dor	68,4	24,6	62,8	25,7	66,3	24,9	0,34
Estado Geral de Saúde	73,6	18,6	70,4	27,7	72,4	22,3	0,86
COMPONENTE EMOCIONAL							
Vitalidade	62,9	24,8	54,5	27,7	59,9	26,1	0,17
Aspectos Sociais	71,6	30,3	68,8	35,0	70,6	31,9	0,96
Aspectos Emocionais	66,7	37,3	70,0	41,4	67,9	38,7	0,49
Saúde Mental	64,8	24,0	52,4	26,2	60,3	25,4	0,028

*Teste de Mann–Whitney

Observou-se que ao iniciarem o tratamento, o domínio da QV, segundo o SF-36, com maior comprometimento foi vitalidade (pontuação média de 59,9), seguido pelo escore da saúde mental (média de 60,3), ambos do componente emocional (Tabela 14).

O domínio com pontuação mais alta no início do tratamento foi capacidade funcional (média de 81,6).

A pontuação no domínio da saúde mental diferiu de forma estatisticamente significativa entre homens e mulheres entrevistados ($p < 0,05$), sendo a média masculina de 64,8 e a feminina 52,4 pontos (Tabela 14).

As tabelas de 15 a 18 apresentam a comparação entre as diferentes categorias sócio-demográficas as distribuições médias obtidas em cada domínio da qualidade de vida dos entrevistados.

Tabela 15 - Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a características sócio-demográficas (N = 82)

Domínio	20 A 39		≥ 40		p*
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
IDADE (ANOS)					
Capacidade Funcional	88,4	16,3	78,6	23,5	0,043
Aspectos Físicos	81,0	33,3	65,3	36,8	0,028
Dor	69,4	26,6	65,0	24,4	0,46
Estado Geral de Saúde	76,8	17,0	70,5	24,1	0,40
Vitalidade	66,6	23,5	56,9	26,8	0,14
Aspectos Sociais	78,0	31,5	67,3	31,8	0,06
Aspectos Emocionais	80,0	31,9	62,6	40,4	0,08
Saúde Mental	64,6	22,6	58,4	26,5	0,40
ESCOLARIDADE					
	≤ 7ª SÉRIE		≥ 8ª SÉRIE		
Capacidade Funcional	74,8	27,5	85,3	17,4	0,07
Aspectos Físicos	61,2	41,0	75,0	32,9	0,18
Dor	61,9	27,3	68,8	23,5	0,36
Estado Geral de Saúde	69,3	26,2	74,1	19,8	0,70
Vitalidade	60,2	29,9	59,7	24,0	0,78
Aspectos Sociais	73,3	34,5	69,1	30,7	0,40
Aspectos Emocionais	74,7	38,5	64,2	38,6	0,19
Saúde Mental	60,7	27,2	60,1	24,6	0,76
PRESENÇA DE COMPANHEIRO					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	81,3	21,8	82,1	22,4	0,65
Aspectos Físicos	70,3	33,3	69,8	41,9	0,68
Dor	66,1	22,7	66,9	29,1	0,76
Estado Geral de Saúde	72,5	23,0	72,3	21,2	0,88
Vitalidade	61,2	25,6	57,4	25,6	0,59
Aspectos Sociais	69,6	31,8	72,4	32,6	0,52
Aspectos Emocionais	69,8	37,1	64,4	41,7	0,70
Saúde Mental	61,7	26,1	57,8	24,2	0,36
CHEFIA FAMILIAR					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	84,6	18,0	77,4	26,2	0,36
Aspectos Físicos	75,5	31,6	62,5	41,4	0,22
Dor	69,0	22,2	62,6	28,4	0,50
Estado Geral de Saúde	73,7	19,4	70,6	26,0	0,97
Vitalidade	59,6	25,8	60,3	26,9	0,92
Aspectos Sociais	72,7	29,9	67,6	34,8	0,76
Aspectos Emocionais	71,5	37,0	62,7	40,8	0,36
Saúde Mental	62,7	25,5	56,9	25,2	0,25
PROCEDÊNCIA					
	DRS VI		OUTRA DRS		
Capacidade Funcional	76,7	26,4	85,4	16,9	0,18
Aspectos Físicos	60,4	37,5	77,7	33,8	0,024
Dor	64,9	25,7	67,5	24,6	0,67
Estado Geral de Saúde	71,5	23,3	73,2	21,6	0,83
Vitalidade	57,8	27,2	61,5	25,3	0,56
Aspectos Sociais	70,5	33,0	70,7	31,4	0,87
Aspectos Emocionais	61,1	41,8	73,2	35,6	0,19
Saúde Mental	60,2	26,1	60,3	25,1	0,98

* Teste de Mann-Whitney

Constatou-se que foram estatisticamente significativas as associações entre idade e as distribuições de pontuação em alguns domínios do SF-36, a saber: capacidade funcional ($p < 0,05$) e aspectos físicos ($p < 0,05$), observando-se tendência à significância entre idade e aspectos sociais ($p = 0,06$) e aspectos emocionais ($p = 0,08$). Nesses casos, pessoas com mais de 40 anos de idade apresentaram pontuações menores, como nota-se na tabela 15.

Houve tendência a se diferenciarem as distribuições de pontuação na capacidade funcional segundo a escolaridade ($p = 0,07$), havendo pontuação menor para as pessoas com menor escolaridade.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas distribuições de pontuação da qualidade de vida em relação à presença de companheiro e chefia familiar (Tabela 15).

A distribuição da pontuação no domínio aspectos físicos diferenciou-se de forma estatisticamente significativa em relação à procedência dos entrevistados ($p < 0,05$), de forma que a pontuação obtida entre aqueles que residiam na região correspondente à DRS VI foi menor.

Tabela 16. Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à ocupação (N = 82).

Domínio	QUALIFICADA		NÃO QUALIFICADA		p*
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
QUALIFICAÇÃO DA OCUPAÇÃO					
Capacidade Funcional	82,3	20,0	78,3	29,5	0,96
Aspectos Físicos	70,9	35,8	66,7	39,7	0,71
Dor	67,8	25,7	59,9	21,3	0,21
Estado Geral de Saúde	72,7	21,2	71,0	27,4	0,90
Vitalidade	61,0	25,4	54,7	29,2	0,42
Aspectos Sociais	69,8	30,9	74,2	37,3	0,31
Aspectos Emocionais	64,7	38,9	82,2	35,3	0,08
Saúde Mental	59,4	24,7	64,3	28,7	0,42
TRABALHO FORA DE CASA					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	89,4	12,6	68,0	27,4	0,000
Aspectos Físicos	78,8	29,4	55,0	42,2	0,016
Dor	70,7	21,6	58,8	28,8	0,23
Estado Geral de Saúde	75,5	17,7	67,2	28,1	0,36
Vitalidade	61,9	23,5	56,3	30,1	0,51
Aspectos Sociais	76,4	27,3	60,4	37,0	0,06
Aspectos Emocionais	75,6	33,7	54,4	43,3	0,031
Saúde Mental	63,6	20,7	54,5	31,5	0,25

* Teste de Mann–Whitney

Em relação à qualificação da ocupação obteve-se a tendência à diferença significativa entre as distribuições no domínio aspectos emocionais ($p = 0,08$). As pessoas que exerciam ocupações qualificadas apresentaram escores mais baixos.

Foram estatisticamente significativas as associações entre trabalhar fora de casa e alguns domínios do SF-36: capacidade funcional ($p < 0,001$), aspectos físicos ($p < 0,05$) e aspectos emocionais ($p < 0,05$); e tendência à associação significativa com aspectos sociais ($p = 0,06$). Foram encontradas pontuações menores entre os que não trabalhavam fora de casa nos domínios citados (Tabela 16).

Tabela 17 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à renda (N = 82)

Domínio	RENDA PER CAPITA						p*
	BAIXA		MÉDIA		ALTA		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	75,7	29,1	80,8	19,3	87,3	14,5	0,41
Aspectos Físicos	65,7	40,5	62,5	41,7	79,8	25,3	0,50
Dor	63,7	27,7	60,8	23,9	72,9	22,5	0,24
Estado Geral de Saúde	70,0	25,8	70,3	24,3	76,2	17,0	0,78
Vitalidade	53,7	26,9	58,1	29,6	66,6	21,3	0,17
Aspectos Sociais	66,2	35,2	71,9	32,6	73,4	29,0	0,77
Aspectos Emocionais	64,2	42,3	61,1	40,1	76,3	33,5	0,37
Saúde Mental	59,1	26,0	54,0	25,9	66,2	23,9	0,19

* Teste de Kruskal Wallis

A renda *per capita* não apresentou diferença significativa entre as distribuições dos diferentes domínios de avaliação da qualidade de vida segundo o SF-36 (Tabela 17).

Tabela 18 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à situação conjugal (N = 82).

Domínio	SITUAÇÃO CONJUGAL								p*
	UNIÃO CONSENSUAL		SOLTEIRO		SEPARADO/DIVORCIADO		VIÚVO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	81,3	21,8	81,5	28,0	81,2	20,6	92,5	3,5	0,90
Aspectos Físicos	70,3	33,3	67,5	44,2	69,1	43,8	87,5	17,7	0,96
Dor	66,1	22,7	67,2	32,7	63,7	27,9	92,0	11,3	0,39
Estado Geral de Saúde	72,5	23,0	69,3	18,4	72,6	23,8	84,5	10,6	0,74
Vitalidade	61,2	25,6	68,0	17,8	48,2	29,6	82,5	3,5	0,13
Aspectos Sociais	69,6	31,8	77,5	28,1	67,6	36,5	87,5	17,7	0,79
Aspectos Emocionais	69,8	37,1	63,3	42,9	62,7	43,9	83,4	23,5	0,94
Saúde Mental	61,7	26,1	68,8	17,8	47,8	23,4	88,0	5,7	0,03

* Teste de Kruskal Wallis

A pontuação no domínio saúde mental diferenciou-se de forma estatisticamente significativa em relação à situação conjugal ($p < 0,05$), havendo pontuações menores entre os separados ou divorciados (Tabela 18).

As tabelas 19 a 22 comparam as pontuações médias obtidas cada domínio do SF-36 entre as categorias clínicas e relacionadas ao tratamento antiretroviral.

Tabela 19 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à situação da confirmação diagnóstica (N = 82).

Domínio	CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA								p*
	DOAÇÃO DE SANGUE		BUSCA DE CONFIRMAÇÃO		CHECK UP		SINTOMAS ESPECÍFICOS		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	83,0	19,5	89,8	9,6	78,0	25,4	69,2	30,7	0,45
Aspectos Físicos	68,3	41,7	77,2	32,8	69,1	35,6	54,2	43,1	0,61
Dor	64,1	29,3	63,1	22,2	66,8	25,3	81,0	21,8	0,41
Estado Geral de Saúde	75,3	24,4	77,1	16,0	69,5	24,9	65,5	19,8	0,50
Vitalidade	61,7	31,2	68,3	19,2	54,9	26,4	55,0	31,3	0,35
Aspectos Sociais	82,5	32,3	78,8	20,1	62,8	33,5	58,3	46,5	0,13
Aspectos Emocionais	82,2	30,5	68,1	39,5	59,7	39,6	83,3	40,8	0,14
Saúde Mental	66,7	31,7	62,6	14,6	56,5	27,4	59,3	29,5	0,59
	FATOR ATRIBUÍDO À CONTAMINAÇÃO								
	TRANSFUSÃO / PROCEDIMENTOS		USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA ILÍCITA		GLUCONERGAN®		NÃO CONHECIDO / OUTROS		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	82,2	21,7	77,5	26,7	85,0	18,8	84,3	12,4	0,923
Aspectos Físicos	71,6	34,4	57,5	43,8	79,5	31,3	82,1	27,8	0,49
Dor	68,4	23,5	62,7	29,6	63,4	24,9	68,4	23,5	0,88
Estado Geral de Saúde	74,7	24,2	69,0	23,6	70,3	11,0	71,1	21,3	0,41
Vitalidade	61,7	26,9	57,7	28,9	56,8	23,4	59,3	20,1	0,82
Aspectos Sociais	69,6	32,5	73,1	34,2	61,4	28,8	83,9	26,7	0,36
Aspectos Emocionais	72,7	38,2	56,7	56,7	60,6	32,7	81,0	37,8	0,22
Saúde Mental	61,4	28,0	57,0	24,5	67,3	19,2	52,0	18,2	0,36

* Teste de Kruskal Wallis

A situação da confirmação diagnóstica não levou a diferenças significativas entre as distribuições dos diferentes domínios de QV (Tabela 19).

A distribuição das pontuações no SF-36 não diferiu de forma significativa quando comparados os escores das pessoas que adquiriram o VHC de maneiras diferentes.

Tabela 20 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a características clínicas (N = 82).

Domínio	PRESENÇA DE COMORBIDADE				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	71,1	23,9	89,4	16,7	0,000
Aspectos Físicos	55,0	40,1	81,4	28,8	0,001
Dor	55,4	26,1	74,5	20,8	0,003
Estado Geral de Saúde	64,1	24,4	78,6	18,5	0,004
Vitalidade	52,9	27,0	65,1	24,4	0,033
Aspectos Sociais	54,3	34,0	82,7	24,2	0,000
Aspectos Emocionais	51,4	40,7	80,1	32,3	0,001
Saúde Mental	50,7	26,4	67,4	22,4	0,006
MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	68,8	24,4	88,9	16,5	0,000
Aspectos Físicos	53,3	37,6	79,8	32,1	0,001
Dor	59,3	27,0	70,4	23,0	0,12
Estado Geral de Saúde	62,3	25,3	78,3	18,1	0,004
Vitalidade	50,7	27,4	65,2	24,0	0,017
Aspectos Sociais	53,8	34,8	80,3	25,9	0,001
Aspectos Emocionais	56,7	40,3	74,4	36,5	0,06
Saúde Mental	48,5	27,0	67,1	21,9	0,003
PRESENÇA DE CIRROSE					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	72,7	27,7	87,7	15,4	0,017
Aspectos Físicos	58,1	39,5	77,6	33,2	0,018
Dor	64,7	26,7	67,6	24,6	0,78
Estado Geral de Saúde	65,3	27,5	77,1	17,5	0,09
Vitalidade	55,3	29,8	63,5	23,1	0,31
Aspectos Sociais	59,3	34,3	78,8	28,1	0,01
Aspectos Emocionais	60,2	40,8	72,1	37,5	0,22
Saúde Mental	53,8	29,4	64,2	22,4	0,15

* Teste de Mann–Whitney

Constatou-se que as pontuações médias obtidas em todos os domínios da qualidade de vida diferenciaram-se de forma estatisticamente significativa com a presença de comorbidade. As pessoas que possuíam alguma comorbidade obtiveram pontuações menores ($p < 0,05$).

Foram estatisticamente significativas as associações entre uso de medicação para manejo de comorbidades e as distribuições de pontuação em alguns domínios do SF-36. No componente físico: capacidade funcional ($p < 0,001$), aspectos físicos ($p < 0,001$) e estado geral de saúde ($p < 0,05$). No componente emocional: vitalidade ($p < 0,05$),

aspectos sociais ($p < 0,001$) e saúde mental ($p < 0,05$), além da tendência à significância estatística com aspectos emocionais ($p = 0,06$). Observou-se pontuação menor entre aqueles que usavam medicamentos para manejo de outras doenças além da Hepatite C.

As pontuações obtidas nos seguintes domínios diferenciaram-se em relação à presença de cirrose: capacidade funcional ($p < 0,05$), aspectos físicos ($p < 0,05$) e aspectos sociais ($p < 0,05$). Os entrevistados com cirrose hepática obtiveram pontuações menores nos domínios mencionados (Tabela 20).

Tabela 21 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a características clínicas e relacionadas ao tratamento (N = 82).

Domínio	GENÓTIPO VIRAL				p*
	1		NÃO 1		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	84,1	17,8	78,8	26,8	0,74
Aspectos Físicos	71,2	36,9	68,4	37,1	0,64
Dor	68,2	25,3	64,1	25,4	0,49
Estado Geral de Saúde	73,7	22,8	71,0	22,5	0,48
Vitalidade	59,8	25,3	61,0	27,3	0,68
Aspectos Sociais	74,5	29,8	66,9	34,5	0,52
Aspectos Emocionais	68,8	36,8	65,7	42,2	0,99
Saúde Mental	60,0	24,4	60,4	27,6	0,77
NÚMERO DO TRATAMENTO ATUAL					
	PRIMEIRO		RETRATAMENTO		
Capacidade Funcional	83,3	21,4	74,4	23,2	0,06
Aspectos Físicos	73,9	33,8	54,7	43,0	0,09
Dor	66,4	24,6	66,0	27,2	0,87
Estado Geral de Saúde	75,0	20,5	61,8	26,4	0,06
Vitalidade	60,2	26,1	58,4	26,8	0,84
Aspectos Sociais	73,9	30,9	57,0	33,5	0,05
Aspectos Emocionais	70,7	38,1	56,2	39,9	0,17
Saúde Mental	61,0	23,8	57,3	31,7	0,92
DESFECHO DE TRATAMENTO ANTERIOR					
	RECIDIVA		NÃO RESPONDEDOR		
Capacidade Funcional	73,8	24,5	75,0	23,6	0,83
Aspectos Físicos	50,0	48,2	59,4	39,9	0,62
Dor	72,6	25,6	59,4	28,9	0,45
Estado Geral de Saúde	72,1	21,8	51,5	27,9	0,08
Vitalidade	65,0	23,8	51,9	29,6	0,26
Aspectos Sociais	68,8	36,0	45,3	28,3	0,11
Aspectos Emocionais	75,0	38,8	37,5	33,0	0,06
Saúde Mental	65,0	30,7	49,5	32,6	0,16

* Teste de Mann-Whitney

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações obtidas no SF-36 entre as pessoas com genótipo viral 1 e não 1 (Tabela 21).

A variável número do tratamento que estava sendo iniciado diferiu de forma significativa estatisticamente em relação ao domínio aspectos sociais ($p = 0,05$). Ocorreram diferenças nas pontuações com tendência à significância em: capacidade funcional ($p = 0,06$) e estado geral de saúde ($p = 0,06$). As pessoas que estavam em retratamento apresentaram pontuações menores.

A comparação entre as distribuições das pontuações obtidas no SF-36 com os desfechos de tratamento anterior, quando realizado, segundo o Teste de Mann–Whitney, evidenciou tendência à diferenciação estatística nos domínios estado geral de saúde ($p = 0,08$) e aspectos emocionais ($p = 0,06$). Foram obtidas pontuações menores entre os não respondedores ao tratamento prévio.

Tabela 22 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a aspectos clínicos e relacionados à Hepatite C (N = 82)

Domínio	TEMPO DE CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO (anos)						p*
	≤ 05		06 a 10		≥ 11		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	82,1	22,7	75,9	20,2	85,0	18,7	0,50
Aspectos Físicos	74,2	34,5	43,2	38,9	75,0	35,4	0,034
Dor	65,9	25,4	58,2	22,6	80,9	21,1	0,17
Estado Geral de Saúde	72,3	21,2	66,0	30,7	82,1	15,7	0,43
Vitalidade	60,1	25,9	47,7	29,9	75,0	11,6	0,12
Aspectos Sociais	70,4	32,1	59,1	36,3	87,5	16,4	0,27
Aspectos Emocionais	70,9	37,6	39,4	41,7	83,3	25,2	0,044
Saúde Mental	61,7	22,9	43,3	35,2	73,0	19,6	0,11
TIPO DE COMORBIDADE							
	CLÍNICA		PSIQUIÁTRICA		CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA		
Capacidade Funcional	75,6	21,3	64,4	22,1	10,0	0,0	0,10
Aspectos Físicos	57,7	42,9	53,1	28,1	0,0	0,0	0,36
Dor	55,3	22,2	61,4	35,0	10,0	0,0	0,22
Estado Geral de Saúde	66,6	22,8	56,3	30,7	62,0	0,0	0,68
Vitalidade	56,9	25,5	41,9	31,2	35,0	0,0	0,37
Aspectos Sociais	58,2	33,2	45,3	37,8	25,0	0,0	0,43
Aspectos Emocionais	53,8	42,2	45,8	39,6	33,3	0,0	0,84
Saúde Mental	54,9	26,2	37,0	25,2	52,0	0,0	0,24
TIPO DE MEDICAÇÃO UTILIZADA – MANEJO DE COMORBIDADE							
	CLÍNICA		PSIQUIÁTRICA		CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA		
Capacidade Funcional	75,0	20,9	65,7	23,5	51,0	32,5	0,19
Aspectos Físicos	59,7	37,5	57,1	27,8	25,0	43,3	0,21
Dor	64,6	19,8	55,9	33,8	45,2	38,8	0,49
Estado Geral de Saúde	68,2	21,9	63,6	24,5	39,2	29,7	0,14
Vitalidade	57,5	26,4	44,3	32,8	35,0	17,0	0,21
Aspectos Sociais	60,4	34,4	48,2	39,8	37,5	28,0	0,33
Aspectos Emocionais	64,8	40,4	47,6	42,4	40,0	36,5	0,39
Saúde Mental	55,8	26,0	41,1	24,1	32,8	29,9	0,17

* Teste de Kruskal Wallis

Em relação ao tempo de conhecimento do diagnóstico da Hepatite C, obteve-se diferença estatisticamente significativa entre as distribuições em aspectos físicos ($p < 0,05$) e aspectos emocionais ($p < 0,05$). As pessoas que receberam o diagnóstico entre seis a dez anos apresentaram pontuações menores (Tabela 22).

Não foram encontradas diferenças nas distribuições de pontuação da qualidade de vida em relação ao tipo de comorbidade e o tipo de medicação utilizada pelos entrevistados.

As tabelas 23 e 24 comparam as características do estilo de vida e apoio em relação às distribuições das pontuações médias obtidas nos diferentes domínios do SF-36.

Tabela 23 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação ao estilo vida e apoio (N = 82)

Domínio	TABAGISMO ATUAL				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	79,6	24,4	82,5	20,8	0,80
Aspectos Físicos	66,7	41,0	71,8	34,0	0,76
Dor	67,0	26,7	66,0	24,4	0,83
Estado Geral de Saúde	68,1	24,6	74,5	20,9	0,26
Vitalidade	55,9	29,9	61,8	24,0	0,43
Aspectos Sociais	71,8	32,1	70,0	32,1	0,70
Aspectos Emocionais	54,3	40,5	74,5	36,3	0,021
Saúde Mental	53,6	27,3	63,6	24,0	0,10
USO ATUAL DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	92,9	10,5	79,6	22,8	0,027
Aspectos Físicos	87,5	25,0	67,1	37,2	0,06
Dor	79,4	20,0	64,1	25,2	0,046
Estado Geral de Saúde	75,7	12,7	71,9	23,5	0,96
Vitalidade	66,7	23,0	58,7	26,5	0,40
Aspectos Sociais	74,0	28,4	70,0	32,7	0,79
Aspectos Emocionais	69,5	33,2	67,6	39,7	0,87
Saúde Mental	69,3	16,9	58,7	26,3	0,29

* Teste de Mann-Whitney

Verificou-se diferença do ponto de vista estatístico entre as distribuições no domínio aspectos emocionais, segundo o tabagismo atual ($p < 0,05$). Os tabagistas apresentaram pontuações menores (Tabela 23).

A comparação entre as distribuições das pontuações obtidas no SF-36 com o uso atual de substância psicoativa, indicou a diferença significativa nos domínios capacidade

funcional ($p < 0,05$) e estado geral de saúde ($p < 0,05$). Observou-se essa tendência em relação ao domínio aspectos emocionais ($p = 0,06$). Foram obtidas pontuações maiores entre os entrevistados que relataram fazer uso de substâncias (Tabela 23).

Tabela 24 - Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação ao apoio (N = 82)

Domínio	SENTIMENTO DE APOIO				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	83,9	20,2	66,3	27,2	0,018
Aspectos Físicos	73,2	33,9	50,0	46,1	0,09
Dor	68,7	24,3	51,4	25,5	0,024
Estado Geral de Saúde	73,3	22,4	66,9	21,3	0,23
Vitalidade	63,7	24,1	35,0	25,9	0,002
Aspectos Sociais	71,7	30,6	63,6	40,5	0,66
Aspectos Emocionais	71,8	35,9	42,4	47,4	0,05
Saúde Mental	63,7	24,6	38,5	19,5	0,002
SATISFAÇÃO COM APOIO					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	83,7	21,0	74,2	24,0	0,04
Aspectos Físicos	71,5	35,0	65,3	41,2	0,53
Dor	69,7	24,6	54,3	23,1	0,014
Estado Geral de Saúde	73,4	23,0	68,9	19,7	0,21
Vitalidade	62,6	25,5	50,3	26,6	0,07
Aspectos Sociais	71,1	31,3	68,8	34,9	0,94
Aspectos Emocionais	74,5	34,0	44,4	45,7	0,01
Saúde Mental	63,5	25,3	48,9	22,7	0,014

* Teste de Mann-Whitney

Foram estatisticamente significativas as associações entre sentir-se apoiado e as distribuições das pontuações relacionadas com a qualidade de vida. No componente físico: capacidade funcional ($p < 0,05$) e dor ($p < 0,05$). No componente emocional: vitalidade ($p < 0,05$), aspectos sociais ($p = 0,05$) e saúde mental ($p < 0,05$), havendo pontuações menores entre as pessoas que referiram não se sentir apoiadas (Tabela 24)

As pontuações obtidas nos seguintes domínios do SF-36 diferenciaram-se em relação à satisfação com o apoio: dor ($p < 0,05$), aspectos emocionais ($p < 0,05$) e saúde

mental ($p < 0,05$). Observou-se essa tendência em relação à vitalidade ($p = 0,07$). Aqueles que não estavam satisfeitos com o apoio apresentaram pontuações menores (Tabela 24).

A tabela 25 compara a presença de sintomas depressivos com pontuações médias obtidas com o SF-36.

Tabela 25 - Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a sintomas depressivos (N = 82)

Domínio	SINTOMAS DEPRESSIVOS				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	61,4	25,4	90,4	12,5	0,000
Aspectos Físicos	41,0	40,1	82,9	25,9	0,000
Dor	54,6	31,5	71,5	19,7	0,034
Estado Geral de Saúde	54,4	24,5	80,4	15,8	0,000
Vitalidade	38,4	21,4	69,3	22,2	0,000
Aspectos Sociais	47,5	35,0	80,7	24,7	0,000
Aspectos Emocionais	38,7	41,6	80,7	29,5	0,000
Saúde Mental	37,3	24,7	70,4	18,2	0,000
GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS					
	CLINICAMENTE GRAVE		CLINICAMENTE LEVE		
Capacidade Funcional	58,4	24,6	70,8	28,2	0,26
Aspectos Físicos	34,2	38,4	62,5	41,1	0,18
Dor	52,2	31,1	62,5	34,6	0,70
Estado Geral de Saúde	48,5	25,1	72,8	8,6	0,024
Vitalidade	31,8	19,6	59,2	11,6	0,007
Aspectos Sociais	46,1	34,9	52,1	38,3	0,70
Aspectos Emocionais	29,8	38,3	66,7	42,1	0,06
Saúde Mental	32,8	24,4	51,3	21,7	0,07

* Teste de Mann–Whitney

Nota-se na Tabela 25 que as pontuações médias obtidas em todos os domínios da qualidade de vida diferenciaram-se de forma estatisticamente significativa com o resultado do BDI. As pessoas que apresentavam sintomas depressivos obtiveram pontuações menores ($p < 0,05$).

A distribuição das pontuações obtidas nos domínios estado geral de saúde ($p < 0,05$) e vitalidade ($p < 0,05$) diferenciou-se de forma estatisticamente significativa em

relação à gravidade dos sintomas depressivos. Observou-se a tendência à significância entre essa variável e aspectos emocionais ($p = 0,06$), e saúde mental ($p = 0,07$). As pessoas com sintomas depressivos considerados clinicamente graves apresentaram pontuações menores nos domínios citados.

A tabela 26 compara a presença de TMC e consumo de álcool com pontuações médias obtidas no SF-36.

Tabela 26 - Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a transtorno mental comum e uso de álcool (N = 82)

Domínio	TRANSTORNO MENTAL COMUM				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	66,7	26,5	89,7	13,4	0,000
Aspectos Físicos	42,2	37,3	85,4	25,2	0,000
Dor	53,2	28,5	73,5	19,7	0,000
Estado Geral de Saúde	57,8	25,4	80,4	15,5	0,003
Vitalidade	40,0	22,9	70,8	20,9	0,000
Aspectos Sociais	45,7	32,8	84,2	21,8	0,000
Aspectos Emocionais	43,7	37,9	81,1	32,4	0,000
Saúde Mental	37,4	22,1	72,8	16,9	0,000
CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	80,1	24,2	82,3	20,8	0,75
Aspectos Físicos	69,6	36,2	70,4	36,7	0,94
Dor	66,9	25,8	66,0	24,8	0,94
Estado Geral de Saúde	75,1	18,2	71,1	24,1	0,76
Vitalidade	58,6	28,0	60,6	25,3	0,84
Aspectos Sociais	65,2	32,9	73,4	31,4	0,24
Aspectos Emocionais	63,1	36,7	70,4	39,7	0,26
Saúde Mental	56,3	26,1	62,4	25,0	0,27
GRAVIDADE DO CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL					
	CONSUMO DE ALTO RISCO		CONSUMO DE RISCO		
Capacidade Funcional	82,7	26,7	78,6	23,2	0,68
Aspectos Físicos	75,0	37,1	66,2	36,4	0,42
Dor	66,6	28,4	67,1	24,9	0,72
Estado Geral de Saúde	77,1	12,9	73,8	21,2	0,85
Vitalidade	64,5	25,9	54,7	29,4	0,43
Aspectos Sociais	67,0	29,2	64,0	35,9	0,90
Aspectos Emocionais	63,6	40,7	62,7	35,1	0,86
Saúde Mental	56,7	17,4	56,0	31,0	1,00

* Teste de Mann–Whitney

Vê-se na Tabela 26 que a comparação entre as distribuições das pontuações obtidas no SF-36 com a presença de TMC, segundo o Teste de Mann–Whitney, evidenciou diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios ($p < 0,05$). As pessoas que apresentavam TMC obtiveram pontuações menores.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas distribuições das pontuações nos diferentes domínios de QV, entre pessoas consideradas casos e não casos em relação a uso nocivo de álcool, segundo o AUDIT. Também não se constatou diferença estatisticamente significativa nas pontuações obtidas no SF-36 em relação à gravidade do consumo de álcool (Tabela 26).

ESTUDO DE SEGUIMENTO

Comparação das características dos participantes do estudo nos três momentos estudados

As tabelas a seguir descrevem a comparação entre as variáveis investigadas nos três momentos, utilizando para essa análise o Teste de McNemar.

Tabela 27 - Variáveis sócio-demográficas e satisfação com apoio nos três momentos estudados (N = 46)

Variável	SEMANA 1		SEMANA 12		p*	SEMANA 24		p*
	N	%	N	%		N	%	
SITUAÇÃO OCUPACIONAL					0,000			0,000
Empregado	30	65,2	24	52,2		22	47,8	
Desempregado	2	4,4	5	10,9		6	13,0	
TRABALHO FORA DE CASA					0,27			1,00
Sim	30	65,2	24	52,2		22	47,8	
Não	16	34,8	22	47,8		24	52,2	
SATISFAÇÃO COM APOIO					0,000			0,005
Sim	38	82,6	34	73,9		31	67,4	
Não	8	17,4	12	26,0		15	32,6	

*Teste Exato de McNemar

No momento 1 exerciam atividade profissional 65,2% dos sujeitos, diminuindo para 52,2% e 47,8% nas semanas 12 e 24, respectivamente. Examinando-se a associação entre pessoas empregadas e desempregadas nos três momentos, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa, observando-se diminuição no vínculo empregatício ($p < 0,05$), como se vê na Tabela 27. Constatou-se também um aumento da porcentagem de pessoas em licença médica (dados não apresentados).

Estavam satisfeitos com o apoio no início do tratamento 82,6%; no terceiro mês 73,9% e, no sexto mês, 67,4% dos entrevistados referiram satisfação com o apoio social.

A tabela 27 mostra que houve uma mudança estatisticamente significativa em relação à satisfação com o apoio entre os momentos 1 e 2 ($p < 0,001$). As pessoas que não se sentiam satisfeitas com o apoio recebido contabilizaram 17,4% na primeira entrevista, e no terceiro mês eram 26,0% do total. Essa alteração também foi percebida quando comparados os momentos 2 e 3 ($p < 0,05$), estando insatisfeitos com o apoio 32,6% dos sujeitos avaliados no sexto mês do tratamento.

Características Clínicas e relacionadas ao tratamento

Tabela 28 - Variáveis clínicas associadas ao tratamento nos três momentos estudados (N=46).

Variável	SEMANA 1		SEMANA 12		p*	SEMANA 24		p*
	N	%	N	%		N	%	
PRESENÇA DE COMORBIDADE					0,41			1,00
Sim	16	34,8	23	50,0		23	50,0	
Não	30	65,2	23	50,0		23	50,0	
USO DE MEDICAÇÃO					0,35			0,67
Sim	14	30,4	24	52,2		26	56,5	
Não	32	69,6	22	47,8		20	43,5	
PRESENÇA DE EFEITO COLATERAL								0,67
Sim	0	0,0	23	50,0		27	58,7	
Não	0	0,0	23	50,0		19	41,3	

* Teste Exato de McNemar

Possuíam comorbidade 34,8% dos entrevistados na semana 1; e 50 % no terceiro mês, mantendo-se essa porcentagem na semana 24. Vê-se na tabela 28 que 30,4% dos entrevistados iniciaram o tratamento fazendo uso de medicamento para tratamento de comorbidades. No terceiro mês 52,2% usavam outra medicação além da antiretroviral e, no sexto mês, pouco mais da metade usava outros medicamentos (56,5%). Na semana 12, 50,0% das pessoas relataram ou havia anotação no prontuário sobre a presença de efeitos secundários ao uso de PegIFN/RBV, aumentando essa porcentagem para 58,7% no sexto mês de tratamento (Tabela 28).

As diferenças verificadas não foram estatisticamente significativas.

Sintomas depressivos, TMC e consumo de álcool

A tabela 29 mostra a porcentagem de caso e não caso segundo os instrumentos psicométricos utilizados, para avaliar a presença de sintomatologia depressiva, transtorno mental comum e o uso de álcool no início e nas semanas 12 e 24 do tratamento.

Tabela 29 - Sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de álcool nos três momentos estudados (N = 46).

Variável	SEMANA 1		SEMANA 12		p*	SEMANA 24		p*
	N	%	N	%		N	%	
SINTOMAS DEPRESSIVOS					0,009			0,040
Sim	12	26,1	15	32,6		16	34,8	
Não	34	73,6	31	67,4		30	65,2	
GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS					0,21			0,55
Caso grave	7	58,3	11	73,3		7	43,7	
Caso leve	5	41,7	4	26,7		9	56,3	
TRANSTORNO MENTAL COMUM					0,25			0,66
Sim	11	23,9	25	54,4		25	54,4	
Não	35	76,1	21	45,6		21	45,6	
CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL					0,000			0,000
Sim	14	30,4	10	78,3		5	10,9	
Não	32	69,6	36	21,7		41	89,1	
GRAVIDADE DO CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL					0,039			0,008
Consumo de Alto Risco	4	28,6	2	20,0		0	0,0	
Consumo de Risco	10	71,4	8	80,0		5	100,0	

* Teste Exato de McNemar

Observou-se um aumento significativo estatisticamente na presença dos sintomas depressivos ao longo dos seis meses de tratamento ($p < 0,05$); o mesmo não se verificou quando se estudou a gravidade desses sintomas (Tabela 29).

Iniciaram o tratamento com escores indicativos da presença de TMC 23,9% dos entrevistados. Na semana 12, a porcentagem de TMC foi de 54,4% e na semana 24, essa porcentagem foi mantida. No entanto, não foi encontrada diferença significativa estatisticamente (Tabela 29).

O consumo nocivo de álcool foi constatado, no início do tratamento, em 30,4% dos entrevistados, sendo que em 28,6% a gravidade desse consumo foi avaliada como de alto risco, de acordo com o AUDIT. No terceiro mês de tratamento, 21,7% das pessoas pontuaram como caso, sendo que em 20% dessas o padrão de consumo foi avaliado como de alto risco. No sexto mês 10,9% ainda apresentavam consumo nocivo, e nenhuma pessoa apresentou padrão de consumo considerado de alto risco. O consumo abusivo de álcool apresentado no início do tratamento, quando comparado com o do terceiro mês, apresentou uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Essa diminuição significativa, do ponto de vista estatístico, se manteve quando foi realizada a comparação da semana 12 com a 24 ($p < 0,001$). A gravidade do consumo de álcool também foi diminuindo, de forma estatisticamente significativa, no terceiro ($p < 0,05$) e sexto meses ($p < 0,05$).

A pontuação média obtida dos domínios do SF-36 e os desvios-padrão nos três momentos avaliados estão apresentados na tabela 30.

Tabela 30 - Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 na primeira semana, terceiro e sexto meses de tratamento (N = 46)

Domínio	SEMANA 1		SEMANA 12		p*	SEMANA 24		p*
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP		MÉDIA	DP	
COMPONENTE FÍSICO								
Capacidade Funcional	86,1	17,4	69,1	24,2	0,019	68,7	25,3	0,003
Aspectos Físicos	75,5	33,5	44,0	38,1	0,12	55,4	40,1	0,036
Dor	67,1	24,9	52,0	22,1	0,11	57,3	22,1	0,025
Estado Geral de Saúde	76,6	20,0	71,3	20,5	0,007	72,3	22,1	0,010
COMPONENTE EMOCIONAL								
Vitalidade	63,6	22,2	47,7	22,7	0,019	52,7	24,2	0,10
Aspectos Sociais	74,7	30,2	51,4	29,8	0,28	63,9	28,9	0,023
Aspectos Emocionais	75,4	36,1	50,7	42,0	0,21	60,1	40,1	0,42
Saúde Mental	65,0	22,8	55,9	26,1	0,022	62,5	25,9	0,028

*Teste de Friedman

Na semana 1 o domínio com maior comprometimento foi vitalidade (pontuação média de 63,6), seguido pelo escore da saúde mental (65,0), ambos do componente emocional.

O domínio com maior pontuação no início do tratamento foi capacidade funcional (média de 86,1 pontos), seguido pelo estado geral de saúde, com média de 76,6 pontos (Tabela 30).

A tabela 30 indica que no terceiro mês de tratamento antiretroviral as menores médias encontradas foram nos domínios: aspectos físicos (44,0) e vitalidade (47,7). Nesse momento as maiores médias obtidas foram estado geral de saúde (71,3) e capacidade funcional (69,1).

No período seguinte, a vitalidade foi o domínio com maior comprometimento, tendo sido obtido o escore médio de 52,7. Na semana 24, o domínio estado geral de saúde atingiu a pontuação média de 72,3, sendo a maior pontuação média, seguida pela capacidade funcional, com 68,7 pontos (Tabela 30).

Alguns domínios apresentaram mudanças estatisticamente significativas entre os três momentos estudados.

A capacidade funcional no terceiro mês apresentou redução estatisticamente significativa, quando comparada com a média obtida no início do tratamento ($p < 0,05$). Essa redução se manteve quando se comparou a pontuação da semana 12 com a 24 ($p < 0,05$), segundo o Teste de Friedman (Tabela 30).

As pontuações médias nos domínios estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental diminuíram de forma estatisticamente significativa na semana 12, quando comparadas com médias apresentadas na semana 1 ($p < 0,05$). Esses domínios, em relação à semana 24, aumentaram a pontuação, de forma significativa do ponto de vista estatístico ($p < 0,05$). No sexto mês, os escores nos domínios: aspectos físicos, dor e aspectos sociais foram maiores, de forma significante, em comparação ao momento anterior. Apesar da melhora percebida, esses índices não alcançaram os patamares encontrados na primeira semana de tratamento.

Resposta ao tratamento antiretroviral

Os resultados dos exames indicativos de resposta virológica ao tratamento (exame de detecção do RNA do VHC pelo método de PCR) das pessoas que finalizaram o seguimento estão na tabela 351.

Tabela 31 - Detecção do RNA do VHC (N = 46)

Resultado	SEMANA 4		SEMANA 12		p*	SEMANA 24		p*
	N	%	N	%		N	%	
DETECTADO	26	56,5	11	23,9	0,15	1	2,2	0,000
NÃO DETECTADO	20	43,5	35	76,1		45	97,8	

* Teste Exato de McNemar

A resposta virológica rápida foi obtida por 43,5% dos entrevistados. Alcançaram a resposta virológica precoce, de acordo com o exame da semana 12, 76,1% dos sujeitos, e no sexto mês o vírus não foi encontrado em 97,8% dos entrevistados (Tabela 31).

A comparação entre o número de pessoas que responderam ao tratamento nas semanas 12 e 24, segundo o teste de McNemar, indica que houve um aumento significativo na resposta ao tratamento na semana 24.

A tabela 32 apresenta as variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais que, no estudo da associação com a resposta ao tratamento antiretroviral, nas semanas 04 e 12, obtiveram significância estatística.

Tabela 32 - Resposta virológica ao tratamento (detecção do RNA do VHC) nas semanas 04 e 12 (N = 46)

	Variável	DETECTADO		NÃO DETECTADO		P
		(N=26)		(N=20)		
		N	%	N	%	
SEMANA 4	ESCOLARIDADE**					0,046
	≤ 7ª série	11	78,6	3	21,4	
	≥ 8ª série	15	46,9	17	53,1	
	GENÓTIPO VIRAL*					0,047
	1	18	69,2	8	30,8	
	Não 1	8	40,0	12	60,0	
	USO ATUAL DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**					0,012
Sim	7	100	0	0,0		
Não	19	48,7	20	51,3		
SEMANA 12						
	GENÓTIPO VIRAL*					0,05
	1	9	34,6	17	65,4	
	Não 1	2	10,0	18	90,0	

*Teste do χ^2

** Teste Exato de Fisher

Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o número de pessoas que apresentaram resposta virológica rápida ao tratamento em relação à escolaridade. A maioria das pessoas em que o RNA do VHC foi detectado possuía baixa escolaridade ($p < 0,05$).

O genótipo viral Não 1 associou-se à obtenção da resposta virológica rápida ($p < 0,05$), observada em 60,0% das pessoas que possuíam o genótipo viral Não 1.

O resultado do exame de detecção do RNA do VHC diferiu em relação ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas ($p < 0,05$). Todas as pessoas que relataram o uso de substância psicoativa ilícita no início do tratamento tiveram o RNA do VHC detectado (Tabela 32).

Analisando-se as associações do RNA do VHC na semana 12, constatou-se que a obtenção da resposta virológica precoce associou-se de forma estatisticamente significativa ao genótipo Não 1 ($p < 0,05$), sendo que 90% das pessoas portadoras desse genótipo alcançaram a RVP.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas e o resultado indicativo de resposta ao tratamento na semana 24.

Características relacionadas à qualidade de vida, presença de sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso nocivo de álcool no estudo de seguimento

As tabelas a seguir indicam apenas as diferenças entre as características investigadas em sua associação com a presença de sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso nocivo de álcool nas semanas 12 e 24, que foram estatisticamente significativas.

Tabela 33 - Associação com a presença de sintomas depressivos nas semanas 1, 12 e 24 (N= 46)

	Variável	SINTOMAS DEPRESSIVOS				p
		SIM		NÃO		
		N	%	N	%	
SEMANA 1	TRABALHO FORA DE CASA*					0,046
	Sim	5	16,7	25	83,3	
	Não	7	43,8	9	56,3	
	SATISFAÇÃO COM APOIO**					0,020
	Sim	7	18,4	31	81,6	
	Não	5	62,5	3	37,5	
SEMANA 12						
	PRESENÇA DE COMPANHEIRO*					<i>0,07</i>
	Sim	6	22,2	21	77,8	
	Não	9	47,4	10	52,6	
SEMANA 24						
	PRESENÇA DE COMORBIDADE*					<i>0,06</i>
	Sim	11	47,8	12	52,2	
	Não	5	21,7	18	78,3	
	RENDA**					0,023
	< 1 SM	2	11,8	15	88,2	
	1 – 2 SM	6	60,0	4	40,0	
> 2 SM	8	42,1	11	57,9		

*Teste do χ^2

*Teste Exato de Fisher

Observou-se, na semana 1, associação significativa entre trabalhar fora de casa e apresentar sintomas depressivos. A maioria das pessoas que iniciaram o tratamento trabalhando fora de casa não apresentou sintomas depressivos ($p < 0,05$). A satisfação com o apoio diferenciou-se de maneira estatisticamente significativa em relação a vários indicadores de sofrimento psíquico, entre eles com a presença de sintomas depressivos no início do tratamento ($p < 0,05$). Do total de entrevistados que não apresentaram sintomas depressivos, 81,6 % sentiam-se satisfeitos com o apoio recebido (Tabela 33).

Observou-se na semana 12 do tratamento antiretroviral que a variável presença de companheiro apresentou tendência à diferenciação estatística em relação à presença de sintomas depressivos ($p = 0,07$). Constatou-se maior frequência de sintomas depressivos entre as pessoas que não tinham companheiro.

Verificou-se, na semana 24, que a presença de sintomas depressivos apresentou tendência à significância estatística em relação à presença de comorbidade ($p = 0,06$); observou-se ainda a associação com a renda ($p < 0,05$). Do total de pessoas que apresentaram sintomas depressivos, 60,0% tinham renda intermediária.

Tabela 34 - Associação com a gravidade dos sintomas depressivos nas semanas 1 e 24 (N = 46)

	Variável	GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS				p*
		CLINICAMENTE GRAVES		CLINICAMENTE LEVES		
		N	%	N	%	
SEMANA 1	PRESENÇA DE COMPANHEIRO					0,045
	Sim	1	20,0	4	80,0	
	Não	6	85,7	1	14,3	
SEMANA 24	PRESENÇA DE COMPANHEIRO					0,006
	Sim	1	11,1	8	88,9	
	Não	6	85,7	1	14,3	

*Teste do χ^2

No início do tratamento observou-se associação significativa entre presença de companheiro e menor gravidade dos sintomas depressivos ($p < 0,05$). Os entrevistados com companheiro apresentaram sintomas depressivos de menor gravidade, considerados clinicamente leves, quando comparados com aqueles que não possuíam companheiro. Essa mesma associação foi constatada no sexto mês ($p < 0,05$).

Tabela 35 - Associação com a presença de TMC na semana 24 (N = 46)

	Variável	TRANSTORNO MENTAL COMUM				p*
		SIM		NÃO		
		N	%	N	%	
SEMANA 24	FAIXA ETÁRIA					0,047
	20 a 39 anos	6	35,3	11	64,7	
	≥ 40 anos	19	65,5	10	34,5	
	PRESENÇA DE COMORBIDADE					0,038
	Sim	16	69,6	7	30,4	
	Não	9	39,1	14	60,9	
	SATISFAÇÃO COM APOIO					0,015
	Sim	13	41,9	18	58,1	
	Não	12	80,0	3	20,0	

*Teste do χ^2

Foram significativas estatisticamente as associações da presença de TMC, no sexto mês de tratamento, com as seguintes variáveis: ter mais de 40 anos ($p < 0,05$), apresentar comorbidades ($p < 0,05$) e referir não se sentir apoiado socialmente ($p < 0,05$).

Tabela 36 - Associação com o uso nocivo de álcool nas semanas 1, 12 e 24 (N = 46)

	Variável	USO NOCIVO DE ÁLCOOL				P
		SIM		NÃO		
		N	%	N	%	
SEMANA 1	ESCOLARIDADE**					0,022
	≤ 7ª série	1	7,4	13	92,9	
	≥ 8ª série	13	40,6	19	59,4	0,052
	QUALIFICAÇÃO DA OCUPAÇÃO**					
	Qualificada	13	38,2	21	61,8	
	Não Qualificada	1	8,3	11	91,7	
	USO ATUAL DE TABACO*					0,015
	Sim	7	58,3	5	41,7	
	Não	7	20,6	27	79,4	
USO ATUAL DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**					0,020	
Sim	5	71,4	2	28,6		
Não	9	23,1	30	76,9		
SEMANA 12	FAIXA ETÁRIA*					0,047
	20 a 39 anos	1	5,9	16	94,1	
	≥ 40 anos	9	31,0	20	69,0	
	TRABALHO FORA DE CASA**					0,049
	Sim	8	33,3	16	66,7	
Não	2	9,1	20	90,9		
SEMANA 24						
	PRESENÇA DE COMPANHEIRO*					0,08
	Sim	1	3,7	26	96,3	
	Não	4	21,1	15	78,9	
	PRESENÇA DE COMORBIDADE**					0,025
	Sim	0	0,0	23	100,0	
	Não	5	21,7	18	78,3	
USO DE MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE**					0,011	
Sim	0	0,0	26	100,0		
Não	5	25,0	75	75,0		

*Teste do χ^2

*Teste Exato de Fisher

O consumo nocivo de álcool associou-se tanto a características sócio-demográficas, como às relacionadas ao estilo de vida, na avaliação realizada no início do tratamento. Entre as sócio-demográficas: ter mais escolaridade, e exercer ocupações qualificadas ($p < 0,05$). Os hábitos que se associaram de forma estatisticamente significativa ao consumo abusivo de álcool foram ser tabagista e consumir substâncias psicoativas ilícitas ($p < 0,05$). Entre os entrevistados que faziam uso nocivo de álcool, as características mencionadas foram mais frequentes (Tabela 36).

No terceiro mês, o consumo nocivo de álcool apresentou associação estatisticamente significativa com ter mais idade e trabalhar fora de casa ($p < 0,05$). Do total de pessoas que apresentava consumo nocivo de álcool, a maioria era formada por de pessoas com mais de 40 anos de idade, e que trabalhavam fora de casa ($p < 0,05$).

Observou-se no sexto mês a associação do uso abusivo de álcool com: não ter comorbidade e não fazer uso de medicamento para controle das mesmas ($p < 0,05$), além da tendência à significância com não ter companheiro ($p = 0,08$).

Tabela 37 - Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e variáveis de exposição na semana 1 (N = 46)

	Variável	TRABALHO FORA				p*
		SIM		NÃO		
		MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
SEMANA 1	Capacidade Funcional	90,8	13,5	77,2	20,7	0,013
	PRESENÇA DE COMORBIDADE					
		SIM		NÃO		
	Capacidade Funcional	76,9	20,6	91,0	13,4	0,012
	Dor	54,9	27,6	73,7	21,0	0,045
	Aspectos sociais	64,1	34,7	80,4	26,4	<i>0,07</i>
	Saúde Mental	55,0	25,8	70,4	19,5	0,05
	PRESENÇA DE CIRROSE					
		SIM		NÃO		
	Aspectos sociais	64,8	28,9	77,9	30,3	<i>0,08</i>
	USO DE MEDICAÇÃO – MANEJO DE COMORBIDADE					
		SIM		NÃO		
	Capacidade Funcional	77,1	20,9	90,0	14,3	0,041
	USO ATUAL DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA					
		SIM		NÃO		
Dor	86,6	17,1	63,3	24,6	0,019	

* Teste de Mann–Whitney

Em relação à qualidade de vida, observaram-se distribuições diferentes em diversos domínios do SF-36, de forma estatisticamente significativa.

Na primeira avaliação, as pessoas que trabalhavam fora apresentaram escores mais altos na capacidade funcional ($p < 0,05$).

Entre as características clínicas, a presença de comorbidade associou-se de forma significativa a menores pontuações em: capacidade funcional, dor e saúde mental ($p < 0,05$), tendo sido observada essa tendência em aspectos sociais ($p = 0,07$).

A presença de cirrose tendeu à diferenciação estatística em relação ao domínio aspectos sociais no início do tratamento ($p = 0,08$). Os portadores de cirrose hepática apresentaram pontuações menores.

Nota-se na Tabela 37 a diferença estatisticamente significativa no domínio capacidade funcional em relação ao uso de medicamento para manejo de comorbidades ($p < 0,05$). Aqueles que faziam uso de medicamentos na semana 1 apresentaram médias menores.

Quanto aos hábitos de vida, as pessoas que faziam uso de substância psicoativa ilícita apresentaram escores maiores no domínio dor, ou seja, sentiram menos dor quando comparadas com as pessoas que não usavam substâncias ($p < 0,05$).

Tabela 38 - Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e as variáveis de exposição nas semanas 12 e 24 (N = 46)

Domínio	Variável	SEXO				p*
		MASCULINO		FEMININO		
		MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
SEMANA 12	Capacidade Funcional	75,4	21,1	61,0	26,1	0,035
	Aspectos Físicos	53,8	38,5	31,3	34,3	0,046
	ESCOLARIDADE					
		$\leq 7^{\text{a}}$ SÉRIE		$\geq 8^{\text{a}}$ SÉRIE		
	Estado Geral de Saúde	61,3	25,2	75,6	16,8	0,07
	PRESENÇA DE CIRROSE					
		SIM		NÃO		
	Capacidade Funcional	54,5	31,7	73,7	19,8	0,08
	PRESENÇA DE COMORBIDADE					
		SIM		NÃO		
	Capacidade Funcional	62,0	23,0	76,3	23,7	0,011
	Aspectos Emocionais	37,7	40,6	63,8	40,1	0,033
	Saúde Mental	48,2	24,6	63,7	25,8	0,034
	SATISFAÇÃO COM APOIO					
	SIM		NÃO			
Aspectos Físicos	50,7	40,1	25,0	23,8	0,06	
SEMANA 24	IDADE (ANOS)*					
		20 A 39		≥ 40		
	Estado Geral de Saúde	79,9	20,8	67,9	21,9	0,029
	SEXO					
		MASCULINO		FEMININO		
	Capacidade Funcional	76,7	21,4	58,3	26,7	0,015
	Aspectos Físicos	70,2	35,4	36,3	38,4	0,005
	Dor	61,8	19,8	51,5	24,1	0,049
	Vitalidade	58,8	21,9	44,8	25,2	0,035
	ESCOLARIDADE					
		$\leq 7^{\text{a}}$ SÉRIE		$\geq 8^{\text{a}}$ SÉRIE		
	Vitalidade	63,6	25,3	47,9	22,4	0,035
	Saúde Mental	71,7	25,8	58,5	25,3	0,07
	QUALIFICAÇÃO DA OCUPAÇÃO					
	QUALIFICADA		NÃO QUALIFICADA			
Aspectos Emocionais	53,9	38,5	77,8	41,0	0,045	
PRESENÇA DE COMORBIDADE						
	SIM		NÃO			
Aspectos Sociais	51,6	29,0	76,1	23,5	0,003	
Saúde Mental	51,3	26,9	73,7	19,6	0,003	
SATISFAÇÃO COM APOIO						
	SIM		NÃO			
Capacidade Funcional	73,7	27,4	58,3	16,9	0,008	
Estado Geral de Saúde	75,7	22,6	65,4	19,8	0,06	
Aspectos Emocionais	68,8	39,4	42,2	36,7	0,033	
Saúde Mental	67,1	27,8	53,1	18,9	0,023	

** Teste de Mann-Whitney

Nos dois momentos do estudo de seguimento, as mulheres apresentaram escores menores, de forma significativa, quando comparados com a pontuação masculina. Na semana 12, em capacidade funcional e aspectos físicos; e na semana 24, nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos dor e vitalidade ($p < 0,05$).

A escolaridade exerceu influência de forma distinta durante o seguimento. Na semana 12, as pessoas com menor escolaridade apresentaram médias menores no estado geral de saúde ($p < 0,05$). Na semana 24, as pessoas com mais escolaridade apresentaram maior comprometimento, em vitalidade e saúde mental ($p < 0,05$).

A qualificação na ocupação associou-se de forma estatisticamente significativa a menores escores em aspectos emocionais no sexto mês de tratamento ($p < 0,05$).

Em relação às variáveis clínicas, a presença de comorbidade foi a variável que mais diferenciou, de forma estatisticamente significativa, as pontuações nos dois momentos do seguimento. Na semana 12, capacidade funcional, aspectos emocionais e saúde mental foram mais comprometidos entre as pessoas com comorbidades ($p < 0,05$). No sexto mês, os domínios aspectos sociais e saúde mental foram menores entre aqueles com comorbidades ($p < 0,05$).

Houve uma tendência a se diferenciarem as distribuições de pontuação na capacidade funcional segundo a presença de cirrose ($p = 0,08$), havendo pontuação menor para as pessoas com cirrose hepática (Tabela 38).

Entre as variáveis psicossociais, ter satisfação com o apoio tendeu a diferenciar-se no domínio capacidade funcional na semana 12 ($p = 0,08$), com escores menores entre os não satisfeitos com o apoio recebido. No sexto mês, as pontuações em capacidade funcional, aspectos emocionais e saúde mental foram menores entre os não satisfeitos com o apoio, com a mesma tendência em relação ao domínio estado geral de saúde ($p = 0,06$).

Tabela 39 - Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e situação conjugal nas semanas 12 e 24 (N = 46)

	Domínio	SITUAÇÃO CONJUGAL								p*
		UNIÃO CONSENSUAL		SOLTEIRO		SEPARADO/ DIVORCIADO		VIÚVO		
		MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
SEMANA 12	Saúde Mental	61,5	22,2	74,4	18,5	40,3	27,5	16,0	0,0	0,025
SEMANA 24	Vitalidade	52,8	20,4	79,0	9,6	44,6	28,8	25,0	0,0	0,016

* Teste de Kruskal Wallis

A distribuição na pontuação no domínio saúde mental no terceiro mês de tratamento diferenciou-se de forma estatisticamente significativa em relação à situação conjugal ($p < 0,05$), havendo pontuação menor entre as pessoas que não tinham companheiro (viúvos, seguidos pelos separados ou divorciados).

No sexto mês de tratamento encontrou-se diferença estatisticamente significativa na vitalidade em relação à situação conjugal ($p < 0,05$), sendo que as pessoas sem companheiro apresentaram pontuações menores (Tabela 39).

Tabela 40 - Comparação das distribuições de pontuação no SF-36 e renda nas semanas 1, 12 e 24 (N = 46)

	Domínio	RENDA						p*
		< 1 SM		1 – 2 SM		> 2 SM		
		MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
SEMANA 1	Dor	68,8	24,4	49,3	21,4	75,1	23,4	0,027
SEMANA 12	Capacidade funcional	74,1	26,5	56,5	24,7	71,3	20,5	0,06
SEMANA 24	Capacidade funcional	77,1	24,4	51,5	29,2	70,3	20,4	0,043
	Aspectos Sociais	72,1	28,5	43,8	27,2	67,1	26,4	0,041

* Teste de Kruskal Wallis

Em relação à renda, os entrevistados com renda intermediária iniciaram o tratamento com pontuação mais baixa no domínio dor ($p < 0,05$).

No terceiro mês de tratamento a variável renda apresentou tendência à associação significativa em relação à capacidade funcional ($p = 0,06$). Os entrevistados com renda intermediária apresentaram médias menores, associação que permaneceu na semana 24 ($p < 0,05$).

Vê-se na tabela 40 que a pontuação média obtida no domínio aspectos sociais diferenciou-se de forma estatisticamente significativa com a renda. As pessoas com renda intermediária apresentaram pontuações menores ($p < 0,05$).

Tabela 41 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação a sintomas depressivos e sua gravidade na semana 1 (N = 46)

Domínio	SINTOMAS DEPRESSIVOS				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	70,8	18,7	91,5	13,5	0,000
Aspectos Físicos	54,2	42,4	83,1	26,6	0,021
Dor	53,1	31,5	72,1	20,40	0,08
Estado Geral de Saúde	59,2	21,3	82,7	15,6	0,001
Vitalidade	44,2	17,2	70,4	19,7	0,001
Aspectos Sociais	52,1	31,9	82,7	25,6	0,003
Aspectos Emocionais	50,0	43,8	84,3	28,7	0,009
Saúde Mental	41,7	24,6	73,23	15,5	0,000
GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS					
	CLINICAMENTE GRAVES		CLINICAMENTE LEVES		
Estado Geral de Saúde	48,6	21,4	74,0	9,1	0,034
Vitalidade	35,0	14,7	57,0	11,5	0,027

*Teste de Mann-Witney

As pontuações médias obtidas em quase todos os domínios da qualidade de vida diferenciaram-se de forma estatisticamente significativa em relação à presença de sintomas

depressivos, com exceção do domínio dor. As pessoas que apresentavam sintomas depressivos na primeira semana do tratamento obtiveram pontuações menores ($p < 0,05$).

Em relação à gravidade dos sintomas depressivos, obteve-se diferença estatisticamente significativa entre as distribuições nos domínios estado geral de saúde ($p < 0,05$) e vitalidade ($p < 0,05$). Os entrevistados que apresentaram sintomas depressivos considerados clinicamente graves na primeira semana do tratamento obtiveram escores menores nos domínios mencionados.

Tabela 42 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de transtorno mental comum na semana 1 (N = 46)

Domínio	TRANSTORNO MENTAL COMUM				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	72,7	20,9	90,3	14,0	0,011
Aspectos Físicos	45,5	41,6	85,0	24,4	0,003
Dor	51,4	32,5	72,1	20,1	<i>0,06</i>
Estado Geral de Saúde	60,6	24,1	81,6	15,8	0,008
Vitalidade	41,4	17,8	70,6	18,8	0,000
Aspectos Sociais	40,9	28,6	85,4	22,0	0,000
Aspectos Emocionais	54,5	37,4	81,9	33,7	0,012
Saúde Mental	39,3	20,8	73,1	16,8	0,000

* Teste de Mann-Whitney

A distribuição das pontuações obtidas em quase todos os domínios da qualidade de vida diferenciou-se de forma estatisticamente significativa com a presença de TMC. Aqueles com TMC na semana 1 pontuaram escores menores na primeira semana do tratamento (Tabela 42).

Não houve diferença estatisticamente significativa nas distribuições das pontuações nos diferentes domínios de QV, entre pessoas consideradas casos e não casos em relação a uso nocivo de álcool, segundo o AUDIT (dados não apresentados).

Tabela 43 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de sintomas depressivos e sua gravidade na semana 12 (N = 46)

Domínio	SINTOMAS DEPRESSIVOS				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	58,7	28,4	74,2	20,5	0,06
Aspectos Físicos	20,0	27,1	55,6	37,5	0,003
Dor	40,9	16,7	57,5	22,6	0,033
Estado Geral de Saúde	50,9	18,1	81,1	13,1	0,000
Vitalidade	30,7	19,4	56,0	19,6	0,000
Aspectos Sociais	35,0	25,9	58,1	29,7	0,037
Aspectos Emocionais	15,5	21,3	67,7	38,9	0,000
Saúde Mental	33,6	23,9	66,7	19,6	0,000
GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS					
	CLINICAMENTE GRAVES		CLINICAMENTE LEVES		
Aspectos Emocionais	9,1	15,6	33,3	27,2	0,07
Saúde Mental	25,5	18,0	56,0	25,9	0,030

* Teste de Mann-Whitney

As pontuações médias obtidas em quase todos os domínios da qualidade de vida diferenciaram-se significativamente com o resultado do BDI, com exceção do domínio capacidade funcional. As pessoas que apresentavam sintomas depressivos no terceiro mês de tratamento obtiveram pontuações menores no SF-36, nesse mesmo período.

A distribuição das pontuações obtidas no domínio saúde mental diferenciou-se de forma significativa em relação à gravidade dos sintomas depressivos na semana 12 ($p < 0,05$), havendo a tendência com o domínio aspectos emocionais ($p = 0,07$).

Tabela 44 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de transtorno mental comum e uso de álcool na semana 12 (N = 46)

Domínio	TRANSTORNO MENTAL COMUM				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	62,2	25,5	77,4	20,2	0,028
Aspectos Físicos	31,0	37,0	59,5	33,9	0,008
Estado Geral de Saúde	63,0	21,3	81,1	14,6	0,003
Vitalidade	37,2	19,6	60,2	20,0	0,000
Aspectos Sociais	41,5	27,9	63,1	28,4	0,018
Aspectos Emocionais	27,9	36,9	77,8	30,4	0,000
Saúde Mental	41,6	23,5	72,9	17,5	0,000
CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL					
	SIM		NÃO		
Capacidade Funcional	82,5	14,2	65,4	25,2	0,034
GRAVIDADE DO CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL					
	CONSUMO DE ALTO RISCO		CONSUMO DE RISCO		
Capacidade Funcional	97,5	3,5	78,8	13,3	0,035
Aspectos Físicos	87,5	17,7	37,5	18,9	0,035

* Teste de Mann-Whitney

Foram estatisticamente significativas as associações entre presença de TMC e as distribuições das pontuações relacionadas com a qualidade de vida, com exceção do domínio dor. As pessoas que apresentavam TMC na semana 12 obtiveram pontuações menores no SF-36 ($p < 0,05$).

Houve diferença estatisticamente significante nas distribuições das pontuações da capacidade funcional entre as pessoas consideradas casos e não casos em relação ao uso nocivo de álcool. Aquelas que faziam uso nocivo de álcool apresentaram maiores pontuações no domínio capacidade funcional, no terceiro mês de tratamento ($p < 0,05$).

Na semana 12 a gravidade do consumo nocivo de álcool diferenciou-se em relação em relação à capacidade funcional e aspectos físicos ($p < 0,05$). As pessoas que faziam uso de álcool avaliado de alto risco apresentaram pontuações maiores nos domínios citados (Tabela 44).

Tabela 45 - Comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de sintomas depressivos e sua gravidade na semana 24 (N = 46)

Domínio	SINTOMAS DEPRESSIVOS				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	55,9	27,6	75,5	21,5	0,016
Aspectos Físicos	34,4	40,7	66,7	35,6	0,010
Dor	46,2	22,0	63,2	20,1	0,015
Estado Geral de Saúde	57,4	24,7	80,3	15,9	0,002
Vitalidade	36,3	24,5	61,5	19,1	0,001
Aspectos Sociais	49,2	28,3	71,7	26,5	0,015
Aspectos Emocionais	35,4	35,4	73,3	36,5	0,002
Saúde Mental	41,8	26,8	73,6	17,5	0,000
	GRAVIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS				
	CLINICAMENTE GRAVES		CLINICAMENTE LEVES		
Estado Geral de Saúde	40,4	21,9	70,7	18,2	0,022

* Teste de Mann-Whitney

A distribuição das pontuações obtidas em todos os domínios do SF-36 diferenciou-se do ponto de vista estatístico com a presença de sintomas depressivos no sexto mês de tratamento. Aqueles com sintomas depressivos na semana 24 do tratamento apresentaram pontuações menores (Tabela 45).

A gravidade dos sintomas depressivos no mesmo período apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao domínio estado geral de saúde ($p < 0,05$).

Tabela 46 - Médias e comparação das distribuições das pontuações nos diferentes domínios do SF-36 em relação à presença de transtorno mental comum semana 24 (N = 46)

Domínio	TRANSTORNO MENTAL COMUM				p*
	SIM		NÃO		
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	
Capacidade Funcional	59,8	25,10	79,3	21,7	0,004
Aspectos Físicos	43,0	41,8	70,2	33,2	0,022
Dor	48,4	19,3	67,8	20,9	0,006
Estado Geral de Saúde	63,4	23,0	83,0	15,5	0,002
Vitalidade	42,2	23,2	65,2	19,1	0,001
Aspectos Sociais	50,5	25,1	79,8	25,1	0,001
Aspectos Emocionais	42,7	40,3	81,0	29,0	0,002
Saúde Mental	49,3	25,4	78,3	15,9	0,000

* Teste de Mann–Whitney

Houve diferença estatisticamente significativa nas distribuições das pontuações obtidas em todos os domínios da qualidade de vida da entre as pessoas consideradas casos e não casos de TMC. As pessoas que apresentavam TMC, segundo o SRQ, obtiveram pontuações menores (Tabela 46).

Não houve diferença estatisticamente significativa nas distribuições das pontuações os domínios da qualidade de vida entre as pessoas consideradas casos e não casos em relação ao uso nocivo de álcool, segundo o AUDIT.

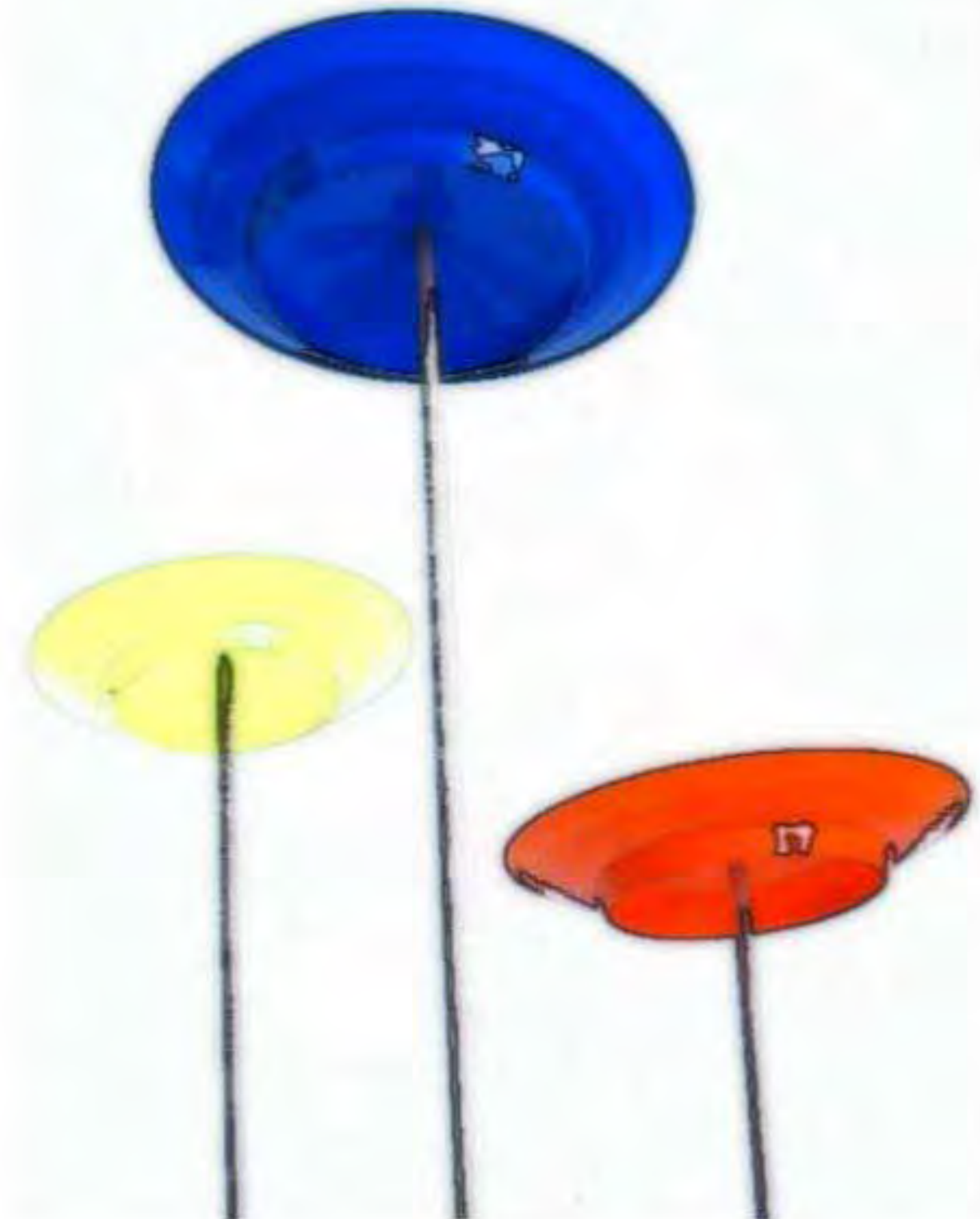
Comparação da amostra do estudo de seguimento e as perdas

Tabela 47 - Distribuição de número e porcentagem das características com diferenças estatisticamente significativas entre amostra (N = 46) e das pessoas *naïve* que não finalizaram o seguimento (N = 12)

Variável	AMOSTRA (N=46)		NAIVE SEGUIMENTO INCOMPLETO (N=12)		p*
	N	%	N	%	
CHEFIA FAMILIAR					0,028
Sim	25	54,3	8	66,7	
Não	21	45,7	4	33,3	
SINTOMAS DEPRESSIVOS					0,08
Sim	12	26,1	4	33,3	
Não	34	73,9	8	66,7	

*Teste do χ^2

É importante ressaltar que comparando-se os sujeitos da amostra do estudo de seguimento (N = 46) com as perdas (N = 12, Anexo 8), constatou-se diferença estatisticamente significativa apenas em relação a duas variáveis: chefia familiar e presença de sintomas depressivos.



DISCUSSÃO

Caracterização Sócio-demográfica e clínica

A caracterização sócio-demográfica dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo constatou que houve um predomínio de homens, com mais de 40 anos, em união consensual, com renda per capita superior a dois salários mínimos. A maioria dos homens, no início do tratamento, estava empregada, exercendo ocupações classificadas como qualificadas, e tinha escolaridade superior à oitava série, chefiavam suas famílias e procediam de outros Departamentos Regionais de Saúde. Não se verificou diferença estatisticamente significativa desse perfil entre homens e mulheres, exceto em relação à ocupação, uma vez que a grande maioria das mulheres era dona de casa e não era chefe de família.

Outros autores, investigando pacientes portadores de Hepatite C, tratados ambulatorialmente (BATISTA-NEVES *et al.*, 2008) e de um estudo populacional (ZARIFE *et al.*, 2006) encontraram características bastante semelhantes. Zarife *et al.* (2006) chamam atenção em seu estudo para a maior frequência daqueles com melhor situação socioeconômica. No presente trabalho, observou-se porcentagem mais elevada de pacientes com renda *per capita* superior a dois salários mínimos e daqueles com escolaridade superior à oitava série, dado que contrasta com os de outros estudos realizados neste Hospital entre pacientes internados e acompanhados ambulatorialmente (SIMIONI *et al.*, 2005; MENDES-CHILOFF *et al.*, 2008)

A maioria dos doadores de sangue, portadores do VHC, acompanhados em Botucatu e estudados por Felipe *et al.* (2009) apresentou renda e escolaridade inferiores à obtidas neste trabalho. Em contrapartida, Teixeira *et al.* (2006), estudando doadores de sangue portadores do VHC na cidade de São Paulo encontraram entre os 120 sujeitos, maioria de homens, com 38,6 anos em média, 71,6% com mais de nove anos de estudo

formal, 100% com renda de mais de três salários-mínimos, características socioeconômicas não muito distintas das obtidas nessa pesquisa.

Em relação às variáveis clínicas, verificou-se que os pacientes aqui estudados tiveram seu diagnóstico confirmado por meio da realização de exames de rotina, há menos de cinco anos. Este fato pode ser explicado uma vez que, apenas há relativamente pouco tempo, têm ocorrido maiores esforços para que a população tenha conhecimento da doença, procurando verificar ativamente sua possível soropositividade.

Entre aqueles que receberam o diagnóstico da Hepatite C há mais de 11 anos, predominaram os homens. Bezerra *et al.* (2007), discutindo sobre a associação do VHC e sexo, apontam que estudos brasileiros não apresentam consenso a esse respeito, mas chamam a atenção que o predomínio do VHC em homens pode estar ocorrendo pelo fato de eles serem mais diagnosticados, o que pode ser explicado por se considerar que mais homens do que mulheres estejam expostos a fatores de risco como etilismo e uso de drogas ilícitas.

O fator atribuído com maior frequência pelos pacientes estudados para a aquisição do vírus foi a realização de procedimentos médicos (transfusões sanguíneas, cirurgias); em seguida, relataram a transmissão pelo contato com material para aplicação endovenosa e/ou inalação de substâncias psicoativas ilícitas e o uso compartilhado de seringas na administração de *Gluconergan*®. A contaminação através do uso de *Gluconergan*® e de substâncias psicoativas ilícitas esteve presente quase que exclusivamente entre os homens. Observou-se que estimaram o tempo de contaminação em 22,8 anos em média. Verificou-se ainda que 37,7% apresentavam cirrose hepática e 57,5% possuíam o genótipo 1.

Batista-Neves *et al.* (2009) identificaram que os fatores de aquisição do VHC predominantes foram: ter sido transfundido, seguido por compartilhamento de lâminas, uso de *Gluconergan*®, procedimentos odontológicos; uso de substâncias e tatuagem, dados semelhantes aos aqui relatados. Observaram, porém, alta porcentagem (44,0%) de pacientes atendidos ambulatorialmente que desconhecia a forma de contaminação pelo vírus, o que também descreveram Araújo *et al.* (2002) para 32,8% de sua amostra. Ferrão *et al.* (2009), em investigação de base populacional, numa cidade do interior de São Paulo, encontraram alta prevalência do VHC em homens que há anos haviam compartilhado seringas para o uso de medicamentos. Bezerra *et al.* (2007) referiram como possível fator de aquisição do VHC de pacientes acompanhados ambulatorialmente no Nordeste brasileiro a realização de procedimentos médicos, seguida pelo uso de substâncias psicoativas ilícitas e *Gluconergan*®, tatuagens, exposição ocupacional e diálise.

Os dados encontrados neste estudo com referência às possíveis vias de contaminação foram semelhantes aos de outros estudos brasileiros em que essas vias foram identificadas (ARAÚJO *et al.*, 2002; BEZERRA *et al.*, 2007; VIGANI *et al.*, 2008; BATISTA-NEVES *et al.*, 2009; FERRÃO *et al.*, 2009). Pesquisas realizadas em Botucatu, com doadores de sangue também descreveram entre os soropositivos para o VHC, os mesmos fatores de exposição apontados pelos aqui entrevistados (SILVA *et al.*, 2005; FELLIPE *et al.*, 2009). Entretanto, chama a atenção que, no presente trabalho, obteve-se um maior número de pessoas atribuindo sua aquisição ao uso de substâncias psicoativas (24,4%), porcentagem superior às encontradas por Araújo *et al.* em 2002 (17,2%) e Batista-Neves *et al.* 2009 (8,9%).

Em relação às demais características clínicas, obteve-se a predominância do genótipo viral 1, seguido pelos 3 e 2, respectivamente. Na população brasileira, entre os

pacientes com Hepatite C, acompanhados ambulatorialmente ou doadores de sangue, esse achado também ocorreu em outros locais estudados: Campinas (VIGANI *et al.*, 2008); Ceará (BEZERRA *et al.*, 2007) e Paraná (VOGLER *et al.*, 2004). Este dado está ainda em concordância com dois outros estudos que avaliaram portadores de Hepatite C de diversas regiões do país (CAMPIOTTO *et al.*, 2005), nos setores público e privado (FOCCACIA *et al.*, 2004). A porcentagem de cirrose hepática verificada neste estudo foi semelhante à de outros estudos brasileiros que investigaram aspectos clínicos de pessoas acompanhadas ambulatorialmente (SOUSA & CRUVINEL, 2008; VIGANI *et al.*, 2008).

Comorbidades estiveram presentes em quase metade da amostra, destacando-se hipertensão, diabetes e depressão. Recentes estudos brasileiros com pacientes acompanhados ambulatorialmente excluíram de sua amostra pessoas com comorbidades (BATISTA-NEVES *et al.*, 2008; QUARANTINI *et al.*, 2009), o que inviabilizou comparações entre os achados a esse respeito. Porém, na literatura internacional, encontraram-se relatos como os de Taliani *et al.* (2008) na Itália, Fontana *et al.* (2001), Hussain *et al.* (2001) e Lee *et al.* (1997), nos Estados Unidos, sobre a presença de comorbidades em seus pacientes portadores de Hepatite C, de índices entre 35,6% a 71,0%, estando entre as mais frequentes diabetes, hipertensão e depressão, doenças que mais afetaram os pacientes desta pesquisa.

Morbidade Psicológica e Aspectos Psicossociais

Estudando as variáveis psicossociais, observou-se que 61,0% dos entrevistados já haviam sido tabagistas. Dados do II Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI *et al.*, 2006), realizado em 2005, apontam que o

uso de tabaco na vida foi relatado por 44,0% dos integrantes da amostra, o que sugere maior frequência de história de tabagismo entre os portadores de Hepatite C, pelo menos os aqui estudados.

No momento do início do tratamento, o tabagismo foi relatado por 32,9% da amostra do presente estudo. Entre os doadores de sangue que foram diagnosticados em Botucatu, 65,0% referiram ser tabagistas (FELIPPE *et al.*, 2009). Estudo conduzido por Zani *et al.* (2009) na Itália, com portadores do VHC na primeira consulta em serviço ambulatorial, aponta que 51,1% havia sido tabagista, e ainda eram tabagistas na ocasião 34,9%. Outros trabalhos que investigaram o tabagismo atual de portadores de Hepatite C encontraram índices que variavam entre 36,3% a 63,0% (SLADDEN *et al.*, 1998; HAÜSER *et al.*, 2004; BALFOUR *et al.*, 2006), superiores aos achados desta pesquisa.

O uso nocivo de álcool foi aqui identificado em 34,2% das pessoas, e entre essas, detectou-se um consumo de alto risco em 39,3%. Estudo conduzido por Carlini *et al.* (2006) indicou que o consumo de álcool na vida foi relatado por 74,6%. Outros autores brasileiros relataram entre pacientes com VHC e doadores de sangue, alto consumo de álcool: Souza *et al.* (2008) 50 gramas de álcool por dia; Felipe *et al.* (2009) apontam que o consumo foi relatado por 70,0%, Teixeira *et al.* (2006) 65,2% Silva *et al.* (2005) 55,3% consumiam mais de 40g de álcool por dia. Entretanto, nesses estudos não foi utilizado nenhum instrumento padronizado para detectar ingestão consumo e nem o possível uso abusivo de álcool, o que foi feito nesta pesquisa.

Trabalhos internacionais encontraram índices sobre o consumo de álcool entre 4% e 86,0% (LEE *et al.*, 1997; DWIGHT *et al.*, 2000; HUSSAIN *et al.*, 2001; LEHMAN *et al.*, 2002; FIREMAN *et al.*, 2005; YOVTICHEVA *et al.*, 2005; FABRIS *et al.*, 2006; LIM *et*

al., 2006; COSTENBADER *et al.*, 2007, YATES *et al.*, 2007; HELBLING *et al.*, 2008; ZANI *et al.*, 2009).

Sobre o histórico de uso de substâncias psicoativas ilícitas na vida, entre pessoas com Hepatite C, a literatura apresenta dados que revelam uma ampla variação: 17,4% a 92,9% (LEE *et al.*, 2001; HAÜSER *et al.*, 2002; DIEPERINK *et al.*, 2003; COSTENBADER *et al.*, 2007; DOLLARHIDE *et al.*, 2007; WRIGHT *et al.*, 2007; YATES *et al.*, 2007; EVON *et al.*, 2008; HELBLING *et al.*, 2008; WEISS *et al.*, 2008).

A variação observada nos relatos de estudos a respeito do consumo de álcool e de substâncias psicoativas, provavelmente deve-se à diversidade existente nas amostras e à metodologia de investigação.

Verificou-se na amostra aqui estudada que 43,9% relataram uso de substâncias ilícitas na vida, dado não referido em outros estudos brasileiros com portadores de VHC, embora esse uso seja apontado como uma das vias de aquisição do mesmo. Porém, comparando-se com os dados de Carlini *et al.* (2006) sobre o uso de substâncias ilícitas pela população em geral (22,8%), pode-se considerar a porcentagem aqui encontrada como bastante alta, indicando vulnerabilidade dessa população para a exposição ao VHC.

O uso atual de substâncias psicoativas ainda estava presente no início do tratamento, pois 14,6% da amostra relataram o consumo. Cabe destacar que a abstinência de substâncias psicoativas ilícitas por pelo menos seis meses tem sido critério sugerido para início do tratamento, portanto é provável que por esta razão, estudos nacionais e internacionais não façam referência à prevalência de consumo atual dessas substâncias psicoativas ilícitas nas amostras estudadas. O Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C (ARAÚJO *et al.*, 2007) recomenda o tratamento de população mais vulnerável, desde que seja realizado em instituições

especializadas, com acompanhamento multiprofissional. Este estudo, que investigou o uso dessas substâncias psicoativas imediatamente antes do início do tratamento, verificou que ainda havia porcentagem considerável de pessoas que referiram o uso de drogas ilícitas.

Observou-se entre esses sujeitos a redução no consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida, porém não foram investigados o contexto e motivações da mudança nesses hábitos. Outras pesquisas atribuem a confirmação do diagnóstico da Hepatite C como uma condição que tem implicações na vida de seus portadores (SLADDEN *et al.*, 1998; FABRIS *et al.*, 2006; CASTERA *et al.*, 2006b). Nesses estudos foram relatadas, entre outras mudanças e restrições na vida dos portadores de Hepatite C, a redução do consumo de álcool e tabaco, dado também aqui verificado, que não pode, porém, ser atribuído ao conhecimento do diagnóstico.

O tabagismo, consumo de substâncias psicoativas ilícitas e de álcool foram mais prevalentes nos homens, tanto na investigação do uso prévio como no atual. Em artigo de revisão sobre padrões de consumo de álcool entre sexos, Kerr-Corrêa *et al.* (2007) constataram que a literatura da área confirma que homens bebem mais comparativamente às mulheres.

O consumo nocivo de álcool apresentou associação estatisticamente significativa com: ter adquirido o VHC através do uso de substâncias psicoativas, ser tabagista, ter relatado o consumo atual de substância psicoativa ilícita, apresentando tendência à associação com realizar ocupações qualificadas.

A gravidade do consumo abusivo de álcool, por sua vez, associou-se a ter realizado exame buscando possível confirmação diagnóstica, ter atribuído a aquisição do VHC ao uso de substâncias psicoativas, e ser tabagista, além de possuir o genótipo viral 1.

Ainda em relação aos comportamentos aditivos, uma outra consideração: os índices obtidos de consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas ilícitas ainda são altos, quando comparados com a população geral e com outros estudos. Considerando o exposto por Rehm *et al.* (2006), que traçam panorama da carga sobre a vida das pessoas que esses hábitos têm tido e podem vir a ter, essa informação torna-se preocupante. Esses autores enfatizam que a sobrecarga para a saúde das substâncias legais (álcool e tabaco) é ainda maior do que a causada pelas substâncias psicoativas ilegais, reforçando que muitas mortes poderiam ser evitadas com maior controle daquelas substâncias.

Esta pesquisa constatou que, já no início do tratamento antiretroviral, 30,5% da amostra apresentavam sintomas depressivos, e destes 76,0% foram considerados clinicamente graves. Outros estudos que investigaram a prevalência de sintomas depressivos nos portadores de Hepatite C, mesmo quando realizados com grupos específicos ou sem grupo controle, apontam uma prevalência de depressão e sintomas depressivos maior do que na população em geral (LEE *et al.*, 1997; GOULDING *et al.*, 2001; YOUTCHEVA *et al.*, 2001; FONTANA *et al.*, 2002; LEHMAN *et al.*, 2002; GALLEGOS-OROZCO *et al.*, 2003; HORIKAWA *et al.*, 2003; KRAUS *et al.*, 2003; FIREMAN *et al.*, 2005; GOLDEN *et al.*, 2005; KRAUS *et al.*, 2005; NEVES *et al.*, 2006; STUMPT *et al.*, 2006; CARTA *et al.*, 2007; MARTÍN-SANTOS *et al.*, 2008; WEISSENBORN *et al.*, 2008).

A prevalência obtida no presente estudo está em consonância com trabalho de Dwight *et al.* (2000), que avaliaram pessoas com Hepatite C na primeira semana do tratamento e obtiveram 28,0% com sintomas depressivos, utilizando o mesmo instrumento aqui utilizado.

A variação entre os índices encontrados na literatura pode ser atribuída a fatores tais como as diferenças entre as populações estudadas, e ao uso de diferentes critérios diagnósticos e instrumentos de avaliação (NEVES *et al.*, 2006; SCHÄFER *et al.*, 2007).

A presença de sintomas depressivos associou-se de forma estatisticamente significativa a variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais, sendo observada maior frequência de sintomas depressivos em pessoas que tinham as seguintes características: não chefiar a família, não trabalhar fora de casa, possuir comorbidade, fazer uso de medicação para controle de comorbidades, ser tabagista, e não se sentir satisfeito com o apoio social.

Em relação à gravidade dos sintomas depressivos, obteve-se associação significativa com exercer atividades qualificadas.

A elevada prevalência de sintomas depressivos e outros transtornos psiquiátricos em pessoas portadoras de Hepatite C, detectada anteriormente à realização do tratamento com IFN/RBV pode ser explicada, segundo Golden *et al.* (2005), por vertentes teóricas que apontam para o fato de os portadores do VHC já pertencerem a subgrupos em que é alto o risco de problemas psiquiátricos (CIVIDINI *et al.*, 1997; ROSENBERG *et al.*, 2001; DINWIDDIE *et al.*, 2003; JURDI *et al.*, 2003; CAMPOS *et al.*, 2008). Outra linha argumenta que os transtornos psiquiátricos podem ser causados pela confirmação do diagnóstico, que teria trazido sobrecarga emocional, exigência de mudanças e restrições em sua vida, seguida por exposição a preconceitos, levando ao desenvolvimento ou acentuando a morbidade psicológica (GILL *et al.*, 2005; GLAKEN *et al.*, 2001; ZICKMUND *et al.*, 2003; CASTERA *et al.*, 2006a; GOLDEN *et al.*, 2006). Há ainda pesquisadores que consideram como fundamental para a ocorrência de transtorno do humor e possíveis complicações neurológicas a interação entre os sistemas neuroendócrino

e imunológico com o SNC, bem como a ação do VHC no SNC, sendo a própria doença responsável pelo aumento no risco de morbidade psíquica (FORTON *et al.*, 2003; CARTA *et al.*, 2007; MARQUES *et al.*, 2007; ACHARAYA & PACHECO, 2008; ANISMAN, 2009; WEISSENBORN *et al.*, 2009). Porém, os mecanismos de atuação do VHC no SNC ainda não estão completamente desvendados, permanecendo a investigação e o debate a respeito.

No início do tratamento, o sofrimento psíquico, denominado TMC, estava presente em 35,4% da amostra. Em revisão bibliográfica realizada até o mês de julho de 2009, não se localizaram publicações nas bases de dados pesquisadas (*Pubmed, Scopus, Scielo*) que tivessem estudado a prevalência de TMC em portadores de Hepatite C. No entanto, outras pesquisas apontam que o TMC, avaliado na população geral, parece estar associado a ter menor escolaridade, menor renda, ser do sexo feminino (LIMA *et al.*, 1996; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA *et al.*, 2004; LIMA *et al.*, 2008). Estudo transversal de base populacional, realizado em Pelotas por Lima *et al.* (1996), encontrou prevalência de TMC de 22,7%, acometendo mais mulheres. LUDERMIR & MELO FILHO (2002) obtiveram prevalência de 35,0% em Pernambuco, estando sua presença associada à menor renda e escolaridade, e inserção informal no mercado de trabalho.

É importante reforçar a considerável porcentagem de sofrimento psíquico nestes portadores de Hepatite C, que se associou de forma estatisticamente significativa a: não trabalhar fora, possuir comorbidade, usar medicamentos para manejo de comorbidades, e ter cirrose hepática. Destaca-se que a prevalência obtida (35,4%) é bastante mais elevada que a obtida para a população geral de Botucatu por Lima *et al.*, em 2004 (21,7%).

Qualidade de Vida

Em relação à QV, avaliada por meio do SF-36, observou-se no início do tratamento que os domínios que apresentaram maior comprometimento foram vitalidade e saúde mental, ambos do componente emocional. Já as maiores pontuações médias obtidas foram em capacidade funcional e estado geral de saúde. Nota-se, portanto, que ao iniciar o tratamento os portadores de Hepatite C ainda apresentavam bom desempenho físico e funcional, tendo já mais prejudicado o domínio saúde mental, como afirmaram Golden *et al.* (2005). Pesquisas indicam que a QV dos portadores de Hepatite C é pior do que a da população em geral (FOSTER *et al.*, 1998; RODGER *et al.*, 1998; KOFF *et al.*, 1999; WARE *et al.*, 1999; HUSSAIN *et al.*, 2001; FONTANA *et al.*, 2001; YOUNOSSI *et al.*, 2001; GALLEGOS-OROZCO *et al.*, 2003; HAÜSER *et al.*, 2004; SPIEGEL *et al.*, 2005; HOLLANDER *et al.*, 2006; STRAUSS *et al.*, 2006; TEIXEIRA *et al.*, 2006; ABDO, 2008; HELBLING *et al.*, 2008; WEISSENBORN *et al.*, 2009).

Diversas variáveis sócio-demográficas associaram-se a ter piores índices de qualidade de vida: as mulheres apresentaram pontuações mais baixas no domínio saúde mental, o que sugere que o sexo feminino apresenta maior vulnerabilidade em relação aos homens, neste domínio. Outros trabalhos apontaram para a pior QV entre as mulheres (FONTANA *et al.*, 2002; HUSSAIN *et al.*, 2001; TEIXEIRA *et al.*, 2006; TEUBER *et al.*, 2008; BATISTA-NEVES *et al.*, 2009). Batista-Neves *et al.* (2009) encontraram pontuações menores entre mulheres brasileiras, acompanhadas ambulatorialmente, nos domínios dor e saúde mental.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos escores nos domínios capacidade funcional e aspectos físicos em relação à idade,

sugerindo que ter mais idade pode ser uma condição que compromete mais a saúde dos portadores de Hepatite C, concordando com Helbing *et al.* (2007) que, num estudo multicêntrico, destacaram que a idade esteve associada a menores índices do componente físico do SF-36.

Os indivíduos com menor escolaridade apresentaram tendência a ter pontuação mais baixa em capacidade funcional, talvez devido ao fato de terem também piores condições de vida.

As pessoas que não trabalhavam fora de casa no início do tratamento tiveram médias menores em capacidade funcional e aspectos físicos, sociais e emocionais. Pode-se supor que já não estivessem trabalhando, por apresentarem algum comprometimento em seu desempenho físico, o que poderia afetar aspectos social e emocional, ou o contrário, dado que não pode ser respondido com esse desenho de estudo. Destaca-se o fato de que, no decorrer do tratamento antiretroviral, parcela significativa dos entrevistados deixou de trabalhar, provavelmente devido aos efeitos colaterais do tratamento, evidenciando-se piora de desempenho em diversas esferas da vida dos portadores de Hepatite C (ZICKMUND *et al.*, 2006).

O domínio saúde mental foi o mais comprometido, de forma estatisticamente significativa, entre os divorciados, dado que está em consonância com a literatura, que aponta que não ter companheiro pode trazer maior prejuízo para a saúde mental.

Em relação às variáveis clínicas do estudo, percebeu-se que apresentar comorbidade levou a diferenças significativas estatisticamente nas distribuições de todos os domínios da QV. Pontuações mais baixas foram observadas entre as pessoas com comorbidades, sugerindo que essas agravaram a condição de vida dos portadores de Hepatite C, em consonância com diversos trabalhos (HUSSAIN *et al.*, 2001; HAÜSER *et*

al., 2004; SPIEGEL *et al.*, 2005; HELBLING *et al.*, 2008) que mostraram o impacto das comorbidades na QV dos portadores do VHC. É importante mencionar que as pessoas que faziam uso de medicação para tratamento das comorbidades apresentaram também médias inferiores em todos os domínios do SF-36, com exceção do domínio dor.

Entre os entrevistados com dano hepático, observaram-se escores mais baixos na capacidade funcional, aspectos físicos, sociais, e emocionais, sendo estatisticamente significativas as diferenças entre as distribuições dos escores. Batista-Neves *et al.* (2009) encontraram pontuações menores no domínio saúde mental de pacientes com cirrose acompanhados ambulatorialmente no Nordeste brasileiro. Estudos recentes (BONKOVSKY *et al.*, 2007; TEUBER *et al.*, 2008) apontam que a presença de cirrose exerce impacto negativo na QV dos seus portadores. Entretanto, Teixeira *et al.* (2006) não encontraram diferenças entre doadores de sangue nos quais se detectou o VHC e que apresentavam cirrose, concordando com Foster *et al.* (1998), que postularam que a QV dos portadores de VHC é comprometida, independentemente do dano hepático.

Os pacientes em retratamento apresentaram menores índices de QV, havendo diferença estatisticamente significativa, em aspectos sociais, e uma tendência à diferença nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Diversos estudos que avaliaram a repercussão da RVS na QV encontraram que aqueles que não haviam tido sucesso no tratamento não melhoraram a QV, em comparação àqueles que obtiveram a RVS (WARE *et al.*, 1999; FONTANA *et al.*, 2001; BERNSTEIN *et al.*, 2002; SPIEGEL *et al.*, 2005), o que auxilia na compreensão da pior QV entre os que iniciavam um segundo ou terceiro tratamento.

Aqueles que não responderam ao tratamento anterior tenderam a apresentar pontuações menores nos domínios estado geral de saúde e aspectos emocionais, quando

comparados com os recidivantes. Porém, cabe ressaltar que o número de pacientes estudados com essas duas condições era muito pequeno, podendo ter havido um prejuízo da análise.

Os sujeitos que conheciam sua condição de portador do VHC entre seis e 10 anos apresentaram pontuações mais baixas nos domínios aspectos físicos e emocionais, diferenciando-se de forma estatisticamente significativa daqueles que conheceram seu diagnóstico há menos ou mais tempo; não se pode atribuir a redução percebida aqui ao impacto do diagnóstico.

As pessoas que eram tabagistas no início do tratamento obtiveram médias menores em aspectos emocionais, que poderia indicar dificuldade para exercer mudanças em seu estilo de vida. Balfour *et al.* (2006) estudaram pacientes acompanhados ambulatorialmente e apontaram que o tabagismo associou-se a menores escores em todos os domínios do SF-36.

Os entrevistados que usavam substâncias psicoativas ilícitas no início do tratamento obtiveram escores médios mais altos, diferenciando-se as distribuições dos escores dos não usuários em capacidade funcional, aspectos físicos e dor. Esse dado sugere que as pessoas que consumiam substâncias apresentaram menos prejuízos relacionados ao desempenho, o que talvez as motivasse a não se abster do uso. Sylvestre *et al.* (2006) apontaram que muitos pacientes em tratamento para Hepatite C fazem uso de maconha, objetivando o alívio de efeitos colaterais do tratamento, tais como insônia, perda de apetite, ansiedade e dor, entre outros. Concluem que os usuários moderados de maconha apresentaram melhor tolerabilidade aos efeitos colaterais do tratamento e, conseqüentemente, melhor adesão ao mesmo. Não se pode supor que essa seja a explicação para os achados do presente estudo, porém se resalta que a substância utilizada com maior frequência pelos usuários desta

pesquisa foi a maconha. Dos que referiram o uso atual de substâncias, 71,4% referiam o consumo de maconha.

A presença de sintomas depressivos associou-se a escores menores em todos os domínios do SF-36, evidenciando o impacto da morbidade psíquica na QV dos entrevistados. A maior gravidade dos sintomas depressivos levou a pontuações mais baixas nos domínios estado geral de saúde e vitalidade, apresentando a mesma tendência em: aspectos emocionais e saúde mental. Outros trabalhos apontam para a associação entre depressão e redução na QV (DWIGHT *et al.*, 2000; FONTANA *et al.*, 2002; GUTTELING *et al.*, 2006).

O sentimento de receber apoio associou-se a ter melhores índices de qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. Alguns pesquisadores atribuem a redução da QV e sofrimento psíquico vivenciado pelos portadores de Hepatite C ao estigma (GLAKEN *et al.*, 2001; ZICKMUND *et al.*, 2003; GILL *et al.*, 2005; CASTERA *et al.*, 2006a; GOLDEN *et al.*, 2006), que poderia levar ao isolamento social. Esse dado reforça o valor do apoio social, no sentido de contribuir com benefícios no bem-estar das pessoas, como destacam Blasiolo *et al.* (2006).

ESTUDO DE SEGUIMENTO

As principais características sócio-demográficas e clínicas dos 46 entrevistados, quando comparadas com as das 12 pessoas que não integraram o estudo de seguimento, tendo sido consideradas como perdas, pelas razões apontadas no anexo 8, não diferiram de forma estatisticamente significativa. As diferenças observadas referiram-se à maior porcentagem de chefes de família e de sintomas depressivos entre as pessoas que não

finalizaram o seguimento. Isto permite dizer que essas perdas não interferiram nos resultados obtidos.

O estudo de seguimento permitiu observar de forma sistemática os portadores de Hepatite C, buscando maior conhecimento sobre aspectos sócio-demográficos, clínicos e psicossociais no decorrer dos primeiros seis meses do tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV, e sobre aspectos relacionados à resposta virológica ao tratamento.

Observou-se um aumento na frequência de sintomas depressivos, de forma estatisticamente significante, principalmente nos primeiros meses do tratamento. Constatou-se ainda piora significativa na qualidade de vida. Em relação à resposta ao tratamento, nos três momentos em que o exame foi realizado, observou-se um aumento progressivo nas taxas de resposta ao mesmo.

Sintomas Depressivos

Quanto aos sintomas depressivos, a literatura traz diversos estudos que foram realizados com o objetivo de avaliar a incidência de sintomas depressivos em pessoas em tratamento antiretroviral para Hepatite C. Entre aqueles que investigaram (prospectiva ou retrospectivamente) pacientes no primeiro tratamento, os índices encontrados variaram entre 0% (MULDER *et al.*, 2000) a 57,7% (MIYAOKA *et al.*, 1999; DIEPERINK *et al.*, 2000; SCALORI *et al.*, 2000; MANNS *et al.*, 2001; BONNACORSO *et al.*, 2002; FONTANA *et al.*, 2002; FRIED *et al.*, 2002; HAÜSER *et al.*, 2002; DIEPERINK *et al.*, 2003; HORIKAWA *et al.*, 2003; KRAUS *et al.*, 2003; SCHAEFER *et al.*, 2003; KRAUS *et al.*, 2005; RAISON *et al.*, 2005; SCALORI *et al.*, 2005; DAN *et al.*, 2006; LOTRICH *et al.*, 2007; RAISON *et al.*, 2007; ROBAEYS *et al.*, 2007; EVON *et al.*, 2008).

Entre os estudos prospectivos que utilizaram o mesmo instrumento desta pesquisa estão os trabalhos de Lotrich *et al.* (2007), Amodio *et al.* (2005), Dieperink *et al.* (2003) e Häuser *et al.* (2002).

Lotrich *et al.* (2007) utilizaram o BDI, entre outros instrumentos psicométricos, no início do tratamento; apresentaram depressão 39,0% das pessoas, no terceiro mês de tratamento. Esses autores consideraram os escores obtidos no início do tratamento como preditores da pontuação no BDI na semana 4.

Amodio *et al.* (2005) avaliaram 20 pessoas, encontrando apenas uma tendência à significância no aumento nos escores indicativos de depressão no BDI, nas semanas 8 e 24. No entanto, esse aumento foi expressivo com a *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), que detectou 45,0% com sintomas depressivos após os primeiros seis meses de tratamento.

Dieperink *et al.* (2003) estudaram 55 pessoas, sendo 13 do grupo controle. Entre aqueles que não receberam diagnóstico psiquiátrico na primeira avaliação e para os quais não foi indicado o uso de antidepressivo, 23,0% desenvolveram depressão maior durante o tratamento. Para esses pesquisadores, a presença de depressão durante o tratamento antiretroviral associou-se à história familiar de transtorno psíquico, notando-se uma tendência a terem dois ou mais diagnósticos psiquiátricos. Destacaram a importância do monitoramento quinzenal ou mensal, principalmente nos seis primeiros meses, e ainda que a BDI seria um instrumento com bom potencial de monitoramento dos sintomas depressivos.

Häuser *et al.* (2002) acompanharam o tratamento de 39 pacientes. Os escores das pessoas que desenvolveram depressão maior foram mais altos, já na primeira avaliação, quando comparados com os que não a desenvolveram. Segundo os autores, esse dado

(presença de depressão na primeira avaliação) pode ser tomado como preditor de depressão posterior. Esses autores sugerem monitoramento quinzenal, uma vez que as pontuações aumentaram rapidamente, em média na 12ª semana.

Entre os estudos brasileiros, dois foram realizados com pessoas em retratamento (QUARANTINI *et al.*, 2006; QUARANTINI *et al.*, 2007). Numa amostra com 30 pessoas, verificaram 10,0% com transtorno depressivo maior durante os seis meses de seguimento. Já no estudo com 14 pessoas, oito delas utilizando amantadina como medicação antidepressiva, observaram uma tendência ao aumento na pontuação indicativa na semana 12 e um aumento significativo nessa pontuação na semana 24. Autores relataram o aumento significativo nos escores de sintomas depressivos no grupo que não utilizava a medicação antidepressiva.

Entre diversos trabalhos, considera-se oportuno citar o de Robaeys *et al.* (2007), que estudaram 49 pacientes em primeiro tratamento com PegIFN/RBV e detectaram depressão maior em 39,0% de sua amostra, na semana quatro, sendo que o preditor dos sintomas depressivos foi o desenvolvimento de sintomas vegetativos no primeiro mês de tratamento.

Kraus *et al.* (2005) acompanharam pessoas em tratamento com IFN/RBV e PegIFN/RBN e utilizaram para avaliar sintomas depressivos a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Esta escala tem a característica de eliminar os sintomas vegetativos para avaliar transtornos de humor em pacientes com doenças físicas (BOTEGA *et al.*, 1995). Entre os 50 pacientes tratados com PegIFN/RBV, mesma medicação utilizada no presente estudo, autores encontraram escores indicativos de depressão em 14% na semana 1, 28,0% na semana 4; 40,0% na semana 12, 32,0% na semana 24 e no primeiro mês após o término do tratamento, 12,0%.

Um dos poucos trabalhos que não obteve aumento na porcentagem de sintomas depressivos durante o tratamento foi o de Mulder *et al.* (2000). Foram acompanhadas mensalmente, por seis meses, 63 pessoas e foram utilizados a *Structured Clinical Interview* (SCID) e *Hopkins Symptom Checklist* (SCL-90). Participaram da amostra pessoas com história de uso de substância e outros transtornos psíquicos. Porém, autores referiram o uso de doses mais baixas de IFN que as utilizadas em outros estudos, além do uso de um instrumento diagnóstico que pode ter tido influência na menor prevalência por eles obtida.

Os dados do presente estudo estão em consonância com a literatura, que retrata o aumento estatisticamente significativo nos índices de sintomas depressivos durante o tratamento antiretroviral, especialmente na semana 12 (HUNT *et al.*, 1997; DIEPERINK *et al.*, 2000; CASTERA *et al.*, 2005; KANG *et al.*, 2005; KRAUS *et al.*, 2005; RAISON *et al.*, 2005b, SCALORI *et al.*, 2005; DAN *et al.*, 2006; EVON *et al.*, 2008), mas também no sexto mês. Entretanto, a gravidade dos sintomas depressivos constatada não apresentou elevação estatisticamente significativa, embora tenham sido considerados clinicamente graves os sintomas de 73,3% das pessoas que apresentavam os sintomas depressivos na semana 12.

Nesta pesquisa associaram-se significativamente com menor prevalência de sintomas depressivos no início do tratamento: sentir-se satisfeito com o apoio e trabalhar fora de casa. Nos momentos subsequentes (semanas 12 e 24), não ter companheiro pareceu influenciar na presença de sintomas depressivos nas semanas um e 24, e na gravidade dos mesmos no terceiro mês.

É importante destacar que não há um consenso na literatura em relação a fatores determinantes ou de risco para a presença de sintomatologia depressiva durante o tratamento antiretroviral. Entre os fatores relacionados a características sócio-demográficas

e psicossociais, alguns autores consideram que sintomas depressivos (mesmo subclínicos) já ocorriam no início do tratamento, sugerindo que essa sintomatologia não decorreu do tratamento (SCALORI *et al.*, 2000; FONTANA *et al.*, 2002; HAÜSER *et al.*, 2002; DIEPERINK *et al.*, 2003; RAISON *et al.*, 2005b). É mencionada a diferença entre gênero (MIYAOKA *et al.*, 1999; FONTANA *et al.*, 2002; HORIKAWA *et al.*, 2003; KRAUS *et al.*, 2003), sendo as mulheres mais vulneráveis. Outros trabalhos destacam: histórico de depressão (RAISON *et al.*, 2005b; EVON *et al.*, 2008), história de uso de substâncias psicoativas (CASTERA *et al.*, 2005; RAISON *et al.*, 2005b), e ter mais idade (HORIKAWA *et al.*, 2003).

A dose e a duração do tratamento também estão entre as hipóteses para explicar a associação do IFN com sintomas depressivos (DIEPERINK *et al.*, 2000; RAISON *et al.*, 2005b), embora, recentemente e gerando controvérsia, a Ribavirina também tenha sido considerada importante no surgimento de sintomas depressivos (KRAUS *et al.*, 2003; RAISON *et al.*, 2005b; CASTERA *et al.*, 2005).

Além dos fatores enunciados, pesquisas têm atribuído a presença de efeitos neuropsiquiátricos durante o tratamento de IFN a mecanismos fisiológicos. Raison *et al.* (2005c) descrevem tais mecanismos, citando a ativação do sistema imunológico pela atuação de citocinas, que poderiam afetar o comportamento, levando as pessoas a apresentarem sintomatologia bastante semelhante aos quadros de depressão maior. Segundo esses autores, um segundo mecanismo, causado pela alteração em neurotransmissores, como triptofano e serotonina, poderia explicar o desenvolvimento de humor disfórico, sendo importante o uso de antidepressivos para o manejo dessa manifestação. Raison *et al.* (2005c) mencionam ainda que estudos realizados com animais indicam que o sistema neuroendócrino e alteração na modulação de outros

neurotransmissores, como a noradrenalina e dopamina, também poderiam estar presentes, num terceiro mecanismo associado ao desenvolvimento de sintomas depressivos na vigência do IFN.

Estudiosos que criticam a hipótese neurofisiológica destacam o fato de que o estresse e alterações emocionais poderiam desencadear o aumento no nível das citocinas (Marques *et al.*, 2007), mantendo a questão em aberto.

Os dados deste trabalho constataram tanto a presença de sintomas depressivos já no início do tratamento, como o aumento dos mesmos nos meses subsequentes. Observou-se também que se associaram à presença de sintomas depressivos algumas variáveis sócio-demográficas e psicossociais (satisfação com o apoio social e trabalhar fora de casa), que podem ser entendidos como fatores que potencializam a vulnerabilidade dessas pessoas para o aumento constatado. No entanto, esses dados não permitem discutir os mecanismos envolvidos na gênese desses sintomas, mas apenas apontar sua forte presença nessa população.

Transtorno Mental Comum

No estudo de seguimento, encontrou-se TMC em 23,9% dos portadores de Hepatite C no início do tratamento. No terceiro mês esse índice foi de 54,4%, elevação que não foi significativa do ponto de vista estatístico. Na semana 24 a porcentagem de casos de TMC manteve-se semelhante ao período anterior. Ainda que não significativa, cabe destacar a grande elevação da porcentagem na semana 12.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre algumas características da população estudada e a presença de TMC no estudo de seguimento, como: ter mais de

40 anos, nas semanas 12 e 24. No sexto mês de tratamento, pessoas com comorbidades apresentaram mais TMC comparativamente às que não as possuíam. Também no sexto mês a não satisfação com o apoio recebido associou-se à presença de TMC, em concordância com COSTA & LUDERMIR (2005) que apontam que o ter apoio social precário aumentaria em duas vezes a chance de apresentar TMC, e com relatos que apontam para o sofrimento psíquico de pessoas que não possuem adequado suporte social (HOUSE, 1998; BLASIOLE *et al.*, 2006).

Uso nocivo de álcool

O consumo nocivo de álcool foi identificado em 30,4% dos pacientes no início do tratamento, diminuindo para 21,7% e 10,9% nas semanas 12 e 24, respectivamente. A redução no consumo foi estatisticamente significativa nos três momentos avaliados. A gravidade do consumo de álcool também foi reduzida, tendo sido encontrado padrão de alto risco em 28,6%, 20% e 0% nos três momentos do seguimento.

Não se dispõe da informação a respeito das (possíveis) orientações que os entrevistados deste trabalho receberam sobre o consumo de álcool, porém, considera-se pertinente citar o trabalho de Stoleer *et al.* (2006) para discutir esse aspecto. Esses autores investigaram, num estudo qualitativo, o consumo de álcool de 42 bebedores não problemáticos, que foram orientados a respeito das consequências nocivas do álcool para a sua saúde, por dois anos após a confirmação diagnóstica da Hepatite C. Concluíram que aqueles que não pararam de beber, pelo menos alteraram o padrão de ingestão, sob diversos aspectos: mudaram o tipo de bebida, e passaram a beber apenas em situações sociais específicas. As motivações, nesses casos, variaram: surgimento de sintomas ou complicações relacionados à evolução da doença hepática, diminuição da aceitação ao

álcool, ou outros motivos associados ao tratamento antiretroviral. Esses autores consideram esses comportamentos como uma forma de adesão à recomendação profissional, sugerindo que orientar sobre as consequências nocivas do álcool é uma intervenção que deve ser implementada.

Apesar da diminuição observada, considera-se alta a prevalência de consumo nocivo de álcool no início do tratamento. Zakhari *et al.* (2007) reforçaram que “a definição do bebedor moderado assume uma nova perspectiva, quando lidamos com pacientes que têm doença hepática e condições comórbidas, como a hepatite C” (p. 2036).

Entre as características dos participantes do estudo que se associaram ao consumo de álcool nos três momentos estudados, observou-se, no início do tratamento, que não apresentar consumo nocivo de álcool associou-se a não ser tabagista nem usar substâncias psicoativas ilícitas. Romberger *et al.* (2004) apontam que o consumo de cigarro é mais frequente entre aqueles que apresentam abuso ou dependência de álcool. Anderson *et al.* (2001) reforçam que o uso de álcool está associado a consequências adversas, tais como impulsividade, o que pode levar a maior exposição a outros fatores de risco. Assim, considera-se que associações obtidas parecem indicar maior vulnerabilidade e maior exposição a comportamentos de risco por parte dessas pessoas (DWIGHT *et al.*, 2000; ANDERSON *et al.*, 2001; GALPERIM *et al.*, 2006; ROMBERGER *et al.*, 2004). Ainda na primeira semana, possuir genótipo 1, e exercer ocupação qualificada também foram associados de forma estatisticamente significativa ao consumo problemático de álcool. Na semana 12, constatou-se que pessoas com mais idade, maior escolaridade e que trabalhavam fora apresentaram maior frequência de uso nocivo de álcool, diferença estatisticamente significante, podendo-se pensar que poderiam estar mais expostos à

situações favorecedoras de ingestão (contato com colegas, sair à rua) e teriam mais condição para obter bebidas alcoólicas.

Aqueles que não tinham companheiro tenderam a apresentar uso nocivo de álcool na semana 24, sugerindo a importância da rede social para maior controle do consumo e auxílio no processo de controlar o consumo nocivo.

Ao se investigar a satisfação com o apoio, verificou-se que estavam satisfeitos com o apoio no início do tratamento 82,6% dos pacientes, e nos momentos subsequentes 73,9% e 67,4%, respectivamente. Essa diminuição foi significativa estatisticamente. É possível que com o maior comprometimento de sua saúde mental e piora na qualidade de vida, essas pessoas tivessem mais expectativas sobre o apoio que gostariam de receber. Ainda assim, salienta-se que quase 70,0% das pessoas consideravam-se satisfeitas com o apoio recebido.

Considerando que Zickmund *et al.* (2006) apontam a alta porcentagem de pessoas que relata que o tratamento antiretroviral acarreta problemas físicos, psicológicos e sociais, que podem comprometer seus relacionamentos, é importante garantir apoio social para assegurar um bom enfrentamento desses problemas durante o tratamento.

Qualidade de Vida e Morbidade Psicológica

Avaliando a Qualidade de Vida nos três momentos, um dos principais objetivos do presente estudo, notou-se no início do tratamento, que os domínios com médias mais baixas foram vitalidade e saúde mental, ambos do componente emocional. As pontuações mais altas foram nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Esses domínios apresentaram diminuição estatisticamente significativa na avaliação subsequente, além da vitalidade e saúde mental.

Estudos destacam a piora na QV durante o tratamento antiretroviral (WARE *et al.*, 1999; FONTANA *et al.*, 2002; RAISON *et al.*, 2005b; DESMORAT *et al.*, 2006; DAN *et al.*, 2006; GUTTELING *et al.*, 2006; STRAUSS & TEIXEIRA, 2006; KANG *et al.*, 2007; YOUNOSSI *et al.*, 2007; ABDO, 2008), estando este trabalho em concordância com tais relatos. Spiegel *et al.* (2005) destacaram que a redução de cinco pontos nos escores do SF-36 indica uma diferença “minimamente e clinicamente importante” (p. 790), sugerindo que esse índice seja utilizado no monitoramento e avaliação das condutas com essa população.

Comparando-se os índices do terceiro com o sexto mês, as pontuações médias aumentaram, de forma significante estatisticamente, tendo como exceção a capacidade funcional, que se manteve decrescendo de forma significativa.

As pessoas com sintomas depressivos e TMC apresentaram pontuações mais baixas, de forma estatisticamente significativa, em todos os domínios do SF-36, nos três momentos do estudo, indicando a importância da associação da presença de morbidade psicológica com a piora da qualidade de vida. Aqueles com sintomas depressivos clinicamente graves tenderam a apresentar escores reduzidos, de forma estatisticamente significativa, em estado geral de saúde e vitalidade, na semana 1.

O impacto negativo na QV causado pelos sintomas depressivos foi encontrado em recente estudo brasileiro (BATISTA-NEVES *et al.*, 2009) e é também relatado por outros pesquisadores (FOSTER *et al.*, 1998; HAÜSER *et al.*, 2004; RAISON *et al.*, 2005b; DAN *et al.*, 2006; HOLLANDER *et al.*, 2006; LIM *et al.*, 2007). Dan *et al.* (2006) mencionam que o “mais consistente preditor” da QV durante o tratamento é a presença de depressão (p. 491).

Várias características sócio-demográficas, clínicas e psicossociais associaram-se a menores índices de QV, destacando-se a presença de comorbidades, que contribuiu

reduzindo escores nos componentes físico e emocional, achado condizente com diversos estudos (HUSSAIN *et al.*, 2001; HAÜSER *et al.*, 2004; TALIANI *et al.*, 2007).

A gravidade dos sintomas depressivos, na semana 12, associou-se significativamente a escores mais baixos nos domínios aspectos emocionais e saúde mental.

Na semana 12 e na 24, as mulheres diferiram de forma significativa dos homens no componente físico, apresentando escores mais baixos, dado concordante com trabalhos que obtiveram escores menores entre as mulheres em tratamento com PegIFN/RBV (POYNARD *et al.*, 2002; DAN *et al.*, 2006).

As pessoas que faziam uso nocivo de álcool apresentaram melhor pontuação no domínio capacidade funcional, de forma estatisticamente significativa. O padrão de consumo de maior risco associou-se ainda a maiores médias na capacidade funcional e aspectos físicos, cabendo aqui as hipóteses anteriormente levantadas nessa discussão, a partir do estudo de Sylvestre *et al.* (2006).

Os entrevistados que apresentavam comorbidades obtiveram pontuações mais baixas na capacidade funcional, aspectos emocionais e saúde mental na semana 12 e na semana 24, apresentaram menores médias nos domínios aspectos sociais e saúde mental.

Na semana 12, o comprometimento em alguns domínios do componente físico associou-se significativamente às seguintes condições: ter cirrose (capacidade funcional), insatisfação com o apoio (aspectos físicos), menor escolaridade (estado geral de saúde), que apresentaram menores escores.

No sexto mês de tratamento com PegIFN/RBV permaneceu significativa a associação entre sintomas depressivos e TMC e pior QV. Pessoas com sintomas depressivos mais graves apresentaram médias menores em estado geral de saúde.

Na semana 24, outras variáveis associaram-se significativamente aos domínios do componente emocional. Entre elas: escolaridade mais alta, renda intermediária, ter ocupação qualificada, não ter companheiro.

Resposta Viroológica ao tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV

Avaliando a resposta virológica ao tratamento, constatou-se que obtiveram resposta rápida (semana quatro) 43,5% dos entrevistados que participaram do estudo de seguimento; resposta precoce (semana 12) 76,1% e no sexto mês em 97,8% dos sujeitos o vírus não foi detectado, caracterizando um aumento significativo em relação ao índice da semana 12.

As características que se associaram à obtenção da resposta na semana quatro foram: possuir o genótipo viral Não 1, ter maior escolaridade e não fazer uso de substâncias psicoativas no início do tratamento. Atualmente está estabelecido o fato de o genótipo viral Não 1 apresentar maiores índices de resposta ao tratamento antiretroviral (KAU *et al.*, 2008). Hellard *et al.* (2009) revisaram o tema do tratamento antiretroviral com a população usuária de substâncias psicoativas ilícitas injetáveis. Entre os poucos estudos relatados, nenhum apresentou associação estatisticamente significante entre o uso de drogas injetáveis durante o tratamento com o índice obtido de RVS (seis meses após o término do tratamento). Entretanto, esses autores mencionaram que o uso regular de substâncias psicoativas poderia diminuir a adesão ao tratamento. Aqui, a maioria das pessoas que afirmou consumir substância psicoativa ilícita, relatou o consumo de maconha. Apesar das diferenças em relação à substância utilizada, a hipótese de uma possível diminuição da adesão ao tratamento e às recomendações, decorrente do consumo de substâncias psicoativas, é considerada para auxiliar a compreender a associação entre o uso

de substâncias e a não obtenção da resposta virológica rápida. Considerando-se que a resposta ao tratamento na quarta semana tem forte valor preditivo positivo (POORDARD *et al.*, 2009), ou seja, a obtenção da resposta está associada a altos índices de sucesso no tratamento, medidas devem ser implementadas para controlar o uso de substâncias psicoativas.

Também a resposta precoce (semana 12), que tem valor preditivo negativo, associou-se de forma estatisticamente significativa com o genótipo Não 1.

A não detecção do RNA do VHC na semana 24 esteve presente em praticamente 100% da amostra estudada, não sendo cabível estudar associações específicas.

Resposta Virológica, Morbidade Psicológica e Qualidade de Vida

As variáveis presença de sintomas depressivos, de TMC, uso abusivo de álcool e índices de qualidade de vida não se associaram de forma estatisticamente significativa com os resultados indicativos da resposta virológica rápida e precoce ao tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV, e não interferiram na resposta ao tratamento na semana 24. Estudo conduzido por Schäfer *et al.* (2007) apontou que a presença de depressão durante o tratamento não pode prever a resposta ao tratamento. Entretanto, a presença de sintomas depressivos e de TMC associaram-se significativamente à piora nos índices de qualidade de vida.

Este estudo foi relevante por ter feito uma avaliação sistemática dos portadores de Hepatite C, buscando maior conhecimento sobre aspectos sócio-demográficos, clínicos e psicossociais no decorrer dos primeiros seis meses do tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV, e sobre aspectos relacionados à resposta virológica ao tratamento.

Observou-se alta prevalência de morbidade psicológica entre os portadores de Hepatite C, antes e durante o tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV, tendo sido constatada maior frequência da mesma na semana 12 do tratamento.

Apesar de a morbidade psicológica detectada não ter se associado de forma estatisticamente significativa com os resultados indicativos da resposta virológica ao tratamento até a semana 24, evidenciou-se seu impacto na piora nos índices de qualidade de vida. Considera-se que a avaliação prévia e o monitoramento desses sintomas, principalmente nos primeiros meses do tratamento, podem auxiliar no enfrentamento do mesmo, contribuindo para assegurar a RVS e o retorno aos índices de QV da população geral, reduzindo a sobrecarga da doença.

Limitações

É importante que se apontem algumas limitações metodológicas deste estudo.

Embora não tenham sido identificadas diferenças significativas entre os sujeitos de primeiro tratamento que não participaram do estudo de seguimento e os que participaram, com exceção da variável chefia familiar e da tendência à diferenciação quanto à presença de sintomas depressivos, é possível que o grupo que foi seguido durante seis primeiros meses de tratamento fosse mais aderente, ou mesmo que estivesse em melhores condições que os demais, o que poderia justificar as perdas ocorridas. De certa forma, é possível supor que mesmo com a importante piora nos sintomas depressivos, TMC e QV durante o seguimento, especialmente nos três primeiros meses de tratamento, o prejuízo detectado poderia ser ainda maior se incluídas aquelas pessoas, supostamente mais comprometidas emocional e fisicamente.

Outro ponto refere-se ao fato de que a pesquisadora, ao realizar as avaliações de seguimento, e embora não dispusesse dos resultados anteriores, sabia que se poderia esperar uma pior resposta nos índices avaliados nas avaliações de seguimento.



CONCLUSÕES

✓ O presente estudo permitiu concluir que aspectos da vida (sócio-demográficos, clínicos e psicossociais) exerceram impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes durante os seis primeiros meses do tratamento antiretroviral;

✓ Foram obtidas altas prevalências de sintomas depressivos, TMC e uso nocivo de álcool em portadores de Hepatite C que iniciaram o tratamento antiretroviral com PegIFN/RBV, confirmando a hipótese da ocorrência de mais casos de sintomas depressivos e TMC entre os portadores de Hepatite C do que entre a população geral;

✓ A qualidade de vida dos portadores de Hepatite C no início do tratamento apresentou-se mais comprometida no componente emocional;

✓ Observou-se progressiva piora nos sintomas depressivos e nos índices de qualidade de vida no decorrer do tratamento, acentuada na semana 12. TMC, que refletem sofrimento psíquico, tornaram-se mais frequentes, porém não do ponto de vista estatístico. O uso nocivo de álcool e sua gravidade diminuíram de forma estatisticamente significativa;

✓ No sexto mês a qualidade de vida melhorou, com exceção da capacidade funcional. Porém, não voltou a atingir os níveis existentes no início do tratamento. Sintomas depressivos mantiveram-se em elevação significante. A porcentagem de TMC permaneceu a mesma. O consumo de álcool com padrão de alto risco não foi mais detectado;

✓ A presença de sintomas depressivos, TMC e comorbidades exerceram impacto negativo na QV, confirmando uma das hipóteses do presente estudo;

✓ A porcentagem de resposta ao tratamento aumentou progressivamente, atingindo quase 100% na semana 24, diferenciando-se de forma estatisticamente significativa em relação à semana 12. A resposta virológica rápida (semana quatro) associou-se a genótipo viral não 1, ter maior escolaridade e não usar substâncias psicoativas. A resposta virológica precoce (semana 12) associou-se ao genótipo viral Não 1. A hipótese da associação entre presença de sintomas psíquicos e resposta virológica ao tratamento não foi confirmada;

✓ Ocorreram mais casos de consumo nocivo de álcool, uso de substâncias psicoativas ilícitas e tabagismo entre os homens da amostra, confirmando as hipóteses levantadas. Porém, não se encontrou diferença entre homens e mulheres em relação ao dano hepático;

✓ A satisfação com apoio exerceu influência na presença de sintomas depressivos (semana 1) e na presença de TMC (sexto mês), corroborando, em parte, a hipótese levantada.

Presença de morbidade psíquica foi intensificada durante o tratamento e não se associou à obtenção da resposta virológica. Porém, considera-se necessária a implementação de intervenções psicossociais, que busquem atuar na diminuição do sofrimento psíquico, e auxiliem o paciente a enfrentar o tratamento, mantendo sua adesão ao mesmo, e diminuindo o impacto em sua qualidade de vida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, A.A. Hepatitis C and poor quality of life: Is it the virus or the patient? **The Saudi Journal of Gastroenterology**, v.14, n.3, p.109-113, 2008.

ACHARYA, J.N.; PACHECO, V.H. Neurologic Complications of Hepatitis C. **The Neurologist**, v.14, n.3, p.151-156, 2008.

ALMEIDA, D.; TAVARES-NETO, J.; VITVITSKI, L.; ALMEIDA, A.; MELLO, C.; SANTANA, D.; TATSCH, F.; PARANÁ, R. Serological markers of hepatitis A, B and C viruses in rural communities of the semiarid Brazilian Northeast. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.10, n.5, p.317-321, 2006.

ALTER, M.J. Hepatitis C: a sleeping giant? **The American Journal of Medicine**. v.91, n.3, suppl.2, p.112-115, 1991.

AMODIO, P.; DE TONI, E.N.; CAVALLETTO, L.; MAPELLI, D.; BERNARDINELLO, E.; DEL PICCOLO, F.; BERGAMELLI, C.; COSTANZO, R.; BERGAMASCHI, F.; POMA, SZ.; CHEMELLO, L.; GATTA, A.; PERINIC, G. Mood, cognition and EEG changes during interferon a (alpha-IFN) treatment for chronic hepatitis C. **Journal of Affective Disorders**, v.84, n.1; p.93-98, 2005.

ANAND, A.; CURRIE, S.; DIEPERINK, E.; BINI, E.J.; SHEN, H.; HO, S.B.; WRIGHT, A.T.; DEBAKEY, M.E. Alcohol use and treatment of Hepatitis C virus: results of a national multicenter study. **Gastroenterology**, v.130, n.6, p.1607-1616, 2006.

ANDERSON, B.J.; GOGINENI, A.; CHARUVASTRA, A.; LONGABAUGH, R.; STEIN, M.D. Adverse Drinking Consequences Among Alcohol Abusing Intravenous Drug Users. **Alcohol Clinical and Experimental Research**, v.25, n.1, p.41-45, 2001.

ANISMAN, H.P. Cascading effects of stressors and inflammatory immune system activation: implications for major depressive disorder. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**, v.34, n.1, p.4-20, 2009.

ARAÚJO, E.S.A.; MENDONÇA, J.S.; BARONE, A.A.; JUNIOR, F.L.G.; FERREIRA, M.S.; FOCCACIA, R.; PAWLOTSKY, J-M, and Brazilian Society of Infectious Diseases HCV Consensus Group. Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases on the management and treatment of hepatitis C. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.11, suppl.1, p.1-5, 2007.

BABOR, T.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M. **AUDIT**: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health organization, 2001.

BABOR, T.F.; HIGGLE HIGGLE-BIDDLE, J.C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool**: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BABOR, T.F.; FUENTE, J.R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT**. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneva: WHO/PAHO, v.4, p.1-239, 1992.

BACKMUND, M.; MEYER, K.; ZIELONKA, M.V.; EICHENLAUB, D. Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug Users. **Hepatology**, v.34, n.1, p.188-193, 2001.

BALFOUR, L.; COOPER, C.; KOWAL, J.; TASCA, G.A.; SILVERMAN, A.; KANE, M.; GARBER, G. Depression and cigarette smoking independently relate to reduced health-related quality of life among Canadians living with hepatitis C. **The Canadian Journal of Gastroenterology**, v.20, n.2, p.81-86, 2006.

BATISTA-NEVES, S.; QUARANTINI, L.; ALMEIDA, A.G.; BRESSAN, R.A.; LACERDA, A.L.; de-OLIVEIRA, I.R.; PARANÁ, R.; MIRANDA-SCIPPA, A. M.D., Ph. High frequency of unrecognized mental disorders in HCV-infected patients. **General Hospital Psychiatry**, v.30, p.80-82, 2008.

BATISTA-NEVES, S.; QUARANTINI, L.; ALMEIDA, A.G.; CARDEAL, M.; LACERDA, A.L.; PARANÁ, R.; de-OLIVEIRA, I.R.; BRESSAN, R.A.; MIRANDA-SCIPPA, A. M.D. Impact of psychiatric disorders on the quality of life of Brazilian HCV-infected patients **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.13, n.1, p.40-43, 2009.

BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, G. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v.4, p.53-63, 1961.

BERNSTEIN, D.; KLEINMAN, L.; BARKER, C.M.; REVICKI, D.A.; GREEN, J. Relationship of Health-Related Quality of Life to Treatment Adherence and Sustained Response in Chronic Hepatitis C patients. **Hepatology**, v.35, n.3, p.704-708, 2002.

BEZERRA, C.S.; LIMA, J.M.C.; VILAR, J.L.; MOREIRA, J.L.B.; FROTA, C.C. Viral Hepatitis C in a Leading Brazilian Hospital: Epidemiological Factors and Genotyping. **Brazilian Journal of Microbiology**, v.38, n.4, p. 656-661, 2007.

BLASIOLE, J.A.; SHINKUNAS, L.; La BRECQUE, D.R.; ARNOLD, R.; ZICKMUND, S. Mental and Physical symptoms associated with lower social support for patients with Hepatitis C. **World Journal of Gastroenterology**, v.12, n.29, p.4665-4672, 2006.

BONKOVSKY, H.L.; SNOW, K.K.; MALET, P.F.; BACK-MADRUGA, C.; FONTANA, R.J.; STERLING, R.K.; KULIG, C.C.; Di BISCEGLIE, A.M.; MORGAN, T.R.; DIENSTAG, J.L.; GHANY, M.G.; GRETCH, D.R.; HALT-C Trial Group. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis. **Jornal of Hepatology**, v.46, n.3, p.420-431, 2007.

BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W.A. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v.29, n.5, p.359-363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: o Brasil está atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 60 p. 3. ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevenção e Atenção às IST/AIDS na Saúde Mental No Brasil: Análises, Desafios e Perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 252 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde)

CAMPBELL, J.F.; HAGAN, H., LATKA, M.H.; GARFEIN, R.S.; GOLUB, E.T.; COADY, M.H.; THOMAS, D.L.; STRATHDEE, S.A. High prevalence of alcohol abuse among hepatitis C virus antibody positive drug users in three US cities. **Drug and Alcohol Dependence**, v.81, p.259-265, 2006.

CAMPOS, L.N.; GUIMARÃES, M.D.C.; CARMO, R.A.; MELO, A.P.S.; OLIVEIRA, H.N.; ELKINGTON, K.; MCKINNON, K. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, suppl.4, p.607-620, 2008 (Review).

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; SILVA, A.A.B.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A.; MOURA, Y.G.; SANCHEZ, Z.V.D.M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEY, C.P.; JONES, L.; WOOLSON, R.F. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. **Journal of General Internal Medicine**, v.21, n.11, p.1133-1137, 2006.

CARTA, M.G.; HARDOY, M.C.; GAROFALO, A.; PISANO, E.; NONNOI, V.; INTILLA, G.; SERRA, G.; BALESTRIERI, C.; CHESSA, L.; CAULI, C.; LAI, M.E.; FARCI, P. Association of chronic hepatitis C with major depressive disorders: irrespective of interferon-alpha therapy. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v.3, n.22, 4p., 2007.

CASTERA, L.; CONSTANT, A.; BERNARD, P.H.; LEDINGHEN, V.; COUZIGOU, P. Psychological impact of chronic hepatitis C: Comparison with other stressful life events and chronic diseases. **World Journal of Gastroenterology**, v.12, n.10, p.1545-1550, 2006a.

CASTERA, L.; CONSTANT, A.; BERNARD, P.H.; LEDINGHEN, V.; COUZIGOU, P. Lifestyle changes and beliefs regarding disease severity in patients with chronic Hepatitis C. **World Journal of Viral Hepatitis**, v.13, n.7, p.482-488, 2006b.

CASTERA, L.; CONSTANT, A.; HENRY, C.; COUZIGOU, P. Manifestations psychiatriques au cours du traitement de l'hépatite chronique C. **Gastroenterologie Clinique et Biologique**, v.29, n.2, p.123-133, 2005.

CAVALHEIRO, N.P. Sexual transmission of hepatitis C. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v.49, n.5, p. 271-277, 2007. (Review).

CAVANAUGH, S.V.A.; FURLANETTO, L.M.; CREECH, S.D.; POWELL, L.H.; Medical Illness, Past Depression, and Present Depression: A Predictive Triad for In-Hospital Mortality. **The American Journal of Psychiatry**, v.158, n.1, p.43-48, 2001.

CHAINUVATI, S.; KHALID, S.K.; KANCIR, S.; SHEA, M.; EDWARDS, J.; SERNYAK, M.; WONGCHARATRAWEE, S.; GARCIA-TSAO, G. Comparison of hepatitis C treatment patterns in patients with and without psychiatric and/or substance use disorders. **Journal of Viral Hepatitis**, v.3, n.4, p.235-341, 2006.

CHEN, C.Y.; LIN, K.M. Health consequences of illegal drug use. **Current Opinion in Psychiatry**, v.22, n.3, p.287-292, 2009.

CICONELLI RM. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)"**. 1997. 120f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 1997.

CIORLIA, L.A.S.; ZANETTA, D.M.T. Hepatite C em profissionais da saúde: prevalência e associação com fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p.229-235, 2007.

CIVIDINI, A.; PISTORIO, A.; REGAZZETTI, A.; CERINO, A.; TINELLI, C.; MANCUSO, A.; RIBOLA, M.; GALLI, M.L.; AGNUSDEI, A.; LEONE, M.; SILINI, E.; MONDELLI, M.U. Hepatitis C virus infection among institutionalised psychiatric patients: a regression analysis of indicators of risk. **Journal of Hepatology**, v.27, n.3, p.455-463, 1997.

CONSTANT, A.; CASTERA, A.; QUINTARD, B.; BERNARD, P.H.; LENDINGHEN, V.; COUZIGOU, P.; BRUCHON-SCHWEITZER, M. Psychosocial Factors Associated With Perceived Disease Severity in Patients with Chronic Hepatitis C: Relationship with Information Sources and Attentional Coping Styles. **Psychosomatics**, v.46, n1, p.25-33, 2005.

CÓRDOBA, J.; REYES, J.; ESTEBAN, J.I.; HERNÁNDEZ, J.M. Labeling May be an Important Cause of Reduced Quality of Life in Chronic hepatitis C. **The American Journal of Gastroenterology**, v.98, n.1, p.226-227, 2003. (Letter to the Editor).

COSTENBADER, E.C.; ZULE, W.A.; COOMES, C.M. The Impact of Illicit Drug Use and Harmful Drinking on Quality of Life among Injection Drug Users at High Risk for Hepatitis C Infection. **Drug and Alcohol Dependence**, v.89, n.2, p.251-258, 2007.

DAN, A.A.; CRONE, C.; WISE, T.N.; MARTIN, L.M.; RAMSEY, L.; MAGEE, S.; SJOGREN, R.; ONG, J.P.; YOUNOSSI, Z.M. Anger Experiences among Hepatitis C Patients: Relationship to Depressive Symptom. **Psychosomatics**, v.48, n.3, p.223-229, 2006.

DESMORAT, H.; COMBIS, J.M.; PRADAT, P. Assessment of quality-of-life in chronic hepatitis C: effect of treatment. **Gastroenterol Clin Biol**, v.27, n.2, p.1-6, 2005.

DIAMENT, D. Epidemiological Aspects of Hepatitis C in Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.11, n.5, suppl.1, p.6-7, 2007.

DIENER, E.; SUH, E. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. **Social Indicators Research**, v.40, n1-2, p.189-216, 1997.

DIEPERINK, E.; WILLENBRING, M.; HO, S.B. Neuropsychiatric Symptoms Associated with Hepatitis C and Interferon Alpha: A Review. **The American Journal of Psychiatry**, v.157, n.6, p.867-876, 2000 (Review).

DIEPERINK, E; HO, S.B.; THURAS, P.; WILLENBRING, M.L. A prospective study of neuropsychiatric symptoms associated with interferon- α -2b and ribavirin therapy for patients with chronic hepatitis C. **Psychosomatics**, v.44, n.2, p.104-112, 2003.

DINWIDDIE, S.H.; SHICKER, L.; NEWMAN, T. Prevalence of hepatitis C among psychiatric patients in the public sector. **The American Journal of Psychiatry**, v.160, n.1, p.172-174, 2003.

DOLLARHIDE, A.W. LOH, C.; LECKBAND, S.; ENDOW-EYER, R.; ROBINSON, S.; MEYER, J. Psychiatric comorbidity does not predict interferon treatment completion rates in hepatitis C seropositive veterans. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.41, n.3, p.322-328, 2007.

DOUGLAS, S.D. Hepatitis C, depressive symptoms, viral load, and therapy: interactions and reactions. **Brain, Behavior, and Immunity**, v.19, n.1, p.20-22, 2005.

DWIGHT, M.M.; KOWDLEY, K.V.; RUSSO, J.E.; CIECHANOWSKI, P.S.; LARSON, A.M.; KATON, W.J. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. **Journal of Psychosomatic Research**, v.49, n.5, p. 311-317, 2000.

EL-SERAG, H.B.; KUNIK, M.; RICHARDSON, P.; RABENEK, L. Psychiatric Disorders Among Veterans With Hepatitis C Infection. **Gastroenterology**, v.123, n.2, p.476-482, 2002.

EVON, D.M.; VERMA, A.; SIMPSON, K.; GALANKO, J.A.; DOUGHERTY, K.A.; FRIED, M.W. Psychiatric symptoms during interferon treatment for hepatitis C: experiences from a tertiary care hepatology centre. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v.27, n.11, p.1071-1080, 2008.

FABRIS, P.; TOSITTI, G.; GIORDANI, M.T.; BALDO, V.; GRASSO, A.; PIGNATTARI, E.; CANTON, S.; ROSSATO, S.; FLOREANI, A. Assessing patients' understanding of hepatitis C virus infection and its impact on their lifestyle. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v.23, n.8, p.1161-1170, 2006.

FARIA SILVA, G.; NISHIMURA, N.F.; COELHO, K.I.R.; SOARES, E.C. Grading and Staging Chronic Hepatitis C and Its Relation to Genotypes and Epidemiological Factors in Brazilian Blood Donors. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.9, n.2, p.142-149, 2005.

FELIPPE, M.J.D.B.; MEIRA, D.A. Comparison of risk factors among blood donors, volunteers and replacement individuals, infected or not by hepatitis C virus. **Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases**, v.15, n.1, p.103-124, 2009.

FERRÃO, S.C.B.R.L.; FIGUEIREDO, J.F.C.; YOSHIDA, C.F.T.; PASSOS, A.D.C. Prevalência elevada de hepatite C no distrito de Botafogo, cidade de Bebedouro, interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.2, p.460-464, 2009.

FIALHO, M.; MESSIAS, M.; PAGE-SHAFER, FARRE, SCHMALB, M.; PEDRAL-SAMPAIO, D.; RAMOS, M.; BRITES, B. Prevalence and Risk of Blood-Borne and Sexually Transmitted Viral Infections in Incarcerated Youth in Salvador, Brazil: Opportunity and Obligation for Intervention. **AIDS and Behaviour**, v.12, p.17-24, 2008.

FIREMAN, M.; INDEST, D.W.; BLACKWELL, A.; WHITEHEAD, A.J.; HAUSER, P. Addressing Tri-Morbidity (Hepatitis C, Psychiatric Disorders, and Substance Use): the importance of Routine Mental Health Screening as a Component of a Comanagement Model of Care. **Clinical Infectious Diseases**, v.40, suppl.5, p.286-291, 2005.

FOCACCIA, R.; CONCEIÇÃO, O.J.; SETTE, H.J.R.; SABINO, E.; BASSIT, L.; NITRINI, D.R.; LOMAR, A.V.; LORENÇO, R.; VIEIRA DE SOUZA, F.; KIFFER, C.R.; SANTOS, E.B.; GONZALES, M.P.; SAEZ-ALQUEZAR, A.; RISCAL, J.R.; FISCHER, D. Estimated prevalence of viral hepatitis in the general population of the municipality of São Paulo, measured by a serologic survey of a stratified, randomized and residence-based population. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.2, p.269-284, 1998.

FOCACCIA, R.; BARALDO, D. C. M; FERRAZ, M. L. G; MARTINELLI, A. L. C; CARRILHO, F. J; GONÇALES JÚNIOR, F. L; PEDROSO, M. L. A; COELHO, H. S. M; LACERDA, M. A; BRANDÃO, C. E; MATTOS, A. A; LIRA, L. G. C; ZAMIN JÚNIOR, I; PINHEIRO, J. O. P; TOVO, C. V; BOTH, C. T; SOARES, J. A. S; DITTRICH, S. Demographic and anthropometrical analysis and genotype distribution of chronic hepatitis C patients treated in public and private reference centers in Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.8, n.5, p.348-355, 2004.

FONTANA, R.J.; HUSSAIN, K.B.; SCHWARTZ, S.M.; MOYER, C.A.; SU, G.L.; LOK, A.S.F. Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy. **Journal of Hepatology**, v.36, n.3, p.401-407, 2002.

FONTANA, R.J.; MOYER, C.A.; SONNAD, S.; LOK, A.S.F.; SNEED-PEE, N.; WALSH, J.; KLEIN, S.; WEBSTER, S. Comorbidities and Quality of Life in Patients With Interferon-Refractory Chronic Hepatitis C. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n.1, p.170-178, 2001.

FORTON, D. M.; TAYLOR-ROBINSON, S. D.; THOMAS. Cerebral dysfunction in chronic hepatitis C infection. **Journal of Viral Hepatitis**, v.10, n.2, p.81-86, 2003.

FOSTER, G.R.; GOLDIN, R.D.; THOMAS, H.C. Chronic Hepatitis C Virus Infection Causes a Significant Reduction in Quality of Life in the Absence of Cirrhosis. **Hepatology**, v.27, n.1, p.209-212, 1998.

FOSTER, G.R. Hepatitis C virus infection: quality of life and side effects of treatment. **Journal of Hepatology**, v.31, suppl.1, p.250-254, 1999.

FOSTER, G.R.; GOLDIN, RB. Hepatitis C – virology, natural history and pathology. In: _____. **Management of chronic viral hepatitis**. 2.ed. EUA: Taylor & Francis, 2005. p.17-37.

FRIED, M.W. Side Effects of Therapy of Hepatitis C and Their Management **Hepatology**, v.36, n.5, p.237-244, 2002.

FRIED, M.W.; SHIFFMAN, M.; RAJENDER, K.R.; SMITH, C.; MARINOS, G.; GONÇALES, F.; HÄUSSINGER, D.; DIAGO, M.; CAROSI, G.; DHUMEAUX, D.; CRAXI, A.; LIN, A.; HOFFMAN, J.; YU, J. Peginterferon Alfa-2a Plus Ribavirin For Chronic Hepatitis C Virus Infection. **The New England Journal of Medicine**, v.347, n.13, p.975-982, 2002.

GABE, C.; LARA, GM. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.40, n.2, p.87-89, 2008.

GALLEGOS-OROZCO, J.F.; FUENTES, A.P.; ARGUETA, J.G.; PÉREZ-PRUNA, C.; HINOJOSA-BECERRIL, C.; SIXTOS-ALONSO, S.; CRUZ-CASTELLANOS, S.; GUTIÉRREZ-REYES, G.; OLIVERA-MARTÍNEZ, M.A.; GUTIÉRREZ-RUIZ, C.; KERSHENOBICH, D. Health-Related Quality of Life and Depression in Patients with Chronic Hepatitis C. **Archives of Medical Research**, v.34, n.2, p.124-129, 2003.

GALLUCCI, G.; SMOLINSKI, J. Treatment Contracts for Patients with Hepatitis C, Psychiatric Illness, and Substance Abuse. **Psychosomatics**, v.42, n.4, p.353-355, 2001.

GALPERIM, B.; CHEINQUER, H.; STEIN, A.; FONSECA, A.; LUNGE, V.; IKUTA, N. Prevalence of Hepatitis C virus in alcoholic patients: role of parenteral risk factors. **Arquivos de Gastroenterologia**, v.43, n.2, p.81-84, 2006.

GHANY, M.G.; STRADER, D.B.; THOMAS, D.L.; LEONARD B. SEEFF, L.B. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: An update **Hepatology**, v.49, n.4, p.1335-1374, 2009 (AASLD Practice Guidelines.).

GILL, M.L.; ATIQ, M.; SATTAR, S.; KHOKHAR, N. Psychological implications of hepatitis C virus diagnosis. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.20, n.11, p.1741-1744, 2005.

GITTO, S.; MICCO, L.; CONTI, F.; ANDREONE, P.; BERNARDI, M. Alcohol and viral hepatitis: A mini-review. **Digestive and Liver Disease**, v.41, p.67-70, 2009.

GLACKEN, M.; KERNOHAN, G.; COATES, V. Diagnosed with Hepatitis C: a descriptive exploratory Study. **International Journal of Nursing Studies**, v.38, n.1, p.107-116, 2001.

GOLDEN, J.; CONROY, R.M.; O'DWYER, A.M.; GOLDEN, D.; HARDOUIN, J.B. Illness-related stigma, mood and adjustment to illness in persons with hepatitis C. **Social Science & Medicine**, v.63, n.12, p.3188-3198, 2006.

GOLDEN, J.; CONROY, R.M.; O'DWYER, A.M. Reliability and validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory (Full and Fast Screen scales) in detecting depression in persons with hepatitis C. **Journal of Affective Disorders**, v.100, n.1, p.265-269, 2007.

GOLDEN, J.; O'DWYER, A.M.; CONROY, R.M. Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. **General Hospital Psychiatry**, v.27, n.6, p.431-438, 2005.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; FILHO, A.H.G.V.; TUNG, T.C.; ARTES, R. Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Beck Depression Inventory on Brazilian College Students. **Journal of Clinical Psychology**, v.55, n.5, p.553-562, 1999.

GUIMARÃES, T.; GRANATO, C.F.H.; VARELLA, D.; FERRAZ, M.L.G.; CASTELO, A.; KALLÁS, E.G. High Prevalence of Hepatitis C Infection in a Brazilian Prison: Identification of Risk Factors for Infection. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.5, n.3, p.111-118, 2001.

GUTTELING, J.J.; DE MAN, R.A.; VAN DER PLAS, S.M.; SCHALM, S.W.; BUSSCHBACH, J.J.V.; DARLINGTON, A.S.E. Determinants of quality of life in chronic liver patients. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v.23, n.11, p.1629-1635, 2006.

HARDING, T.W.; DE ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R.S.; WIG, N.N. Mental disorders in primary health care a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v.10, n.2, p.231-241, 1980.

HAÜSER, P.; KHOSLA, J.; AURORA, H.; LAURIN, J.; KLING, M.A.; HILL, J.; GULATI, M.; THORNTON, A.J.; SCHULTZ, R.L.; VALENTINE, A.D.; MEYERS, C.A.; HOWELL, C.D. A prospective study of the incidence and open-label treatment of interferon-induced major depressive disorder in patients with hepatitis C. **Molecular Psychiatry**, v.7, n.9, p. 942-947, 2002.

HAÜSER, W.; ZIMMER, C.; SCHIEDERMAIER, P.; GRANDT, D. Biopsychosocial Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Hepatitis C. **Psychosomatics Medicine**, v.66, n.6, p.954-958, 2004.

HAYASHI, N.; TAKEHARA, T. Antiviral therapy for chronic hepatitis C: past, present and future. **Journal of Gastroenterology**, v.41, n.1, p.17-27, 2006.

HELBLING, B.; OVERBECK, K.; GONVERS, J.J.; MALINVERNI, R.; DUFOUR, J.F.; BOROVICKA, J.; HEIM, M.; CERNY, A.; NEGRO, F.; BUCHER, S.; RICKENBACH, M.; RENNER, E.; MUELLHAUPT, B. Host-rather than Virus-Related Factors Reduce Health-Related Quality of Life in Hepatitis C Virus Infection. **Gut**, v.57, n.11, p.1597-1603, 2008.

HELLARD, M.; SACKS-DAVIS, R.; GOLD, J. Hepatitis C Treatment for Injection Drug Users: A Review of the Available Evidence. **Clinical Infectious Diseases**, v.49, n.1, p.1-13, 2009. (Review).

HILSABECK, R.C.; HASSANEIN, T.I.; PERRY, W. Biopsychosocial predictors of fatigue in chronic hepatitis C. **Journal of Psychosomatic Research**, v.58, n.2, p.173-178, 2005.

HOLLANDER, A.; FOSTER, G.R.; WEILAND, O. Health-related quality of life before, during and after combination therapy with interferon and ribavirin in unselected Swedish patients with chronic hepatitis C. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v.41, n.5, p.577-585, 2006.

HORIKAWA, N. Incidence and clinical course of major depression in patients with chronic hepatitis type C undergoing interferon-alpha therapy: a prospective study. **General Hospital Psychiatry**, v.25, n.1, p.34-38, 2003.

HOUSE, J.S. Social Isolation Kills, But How and Why? **Psychosomatic Medicine**, v.63, n.2, p.273-274, 2001. (Editorial Comment).

HUSSAIN, H.B. ; FONTANA, R.J ; MOYER, C.A ; SU, G.L. ; SNEED-PEE, N. ; LOK, A.S.F. Comorbid Illness Is an Important Determinant of Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Hepatitis C. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n.9, p.2737-2744, 2001.

JAMAL, M.M.; MORGAN, T.R. Liver disease in alcohol and hepatitis C. **Best Practice & Research: Clinical Gastroenterology**, v.17, n.4, p.649-662, 2003.

JANKE, E.A.; MCGRAW, S.; GARCIA-TSAO, G.; FRAENKEL, L. Psychosocial issues in hepatitis C: a qualitative analysis. **Psychosomatics**, v.49, n.6, p.494-501, 2008.

JOHNSON, M.E.; FISHER, D.G.; FENAUGHTY, A.; THENO, S. Chronic Hepatitis C Virus and Depression in Drug Users. **Hepatology**, v.93, n.5, p.785-789, 1998.

JURDI, R.K.A.; BURRUSS, J.W.; TEX, H. Prevalence of Hepatitis C in Psychiatric Institutions. **Psychosomatics**, v.44, n.5, p.439-440, 2003. (Letters).

KALLMAN, J.; O'NEIL, M.M.; LARIVE, B.; BOPARAI, N.; CALABRESE, L.; YOUNOSSI, Z.M. Fatigue and Health-Related Quality of Life (HRQL) in Chronic Hepatitis C Virus Infection. **Digestive Diseases Sciences**, v.52, n.10, p.2531-2539, 2007.

KAU, A.; VERMEHREN, J.; SARRAZIN, C. Treatment predictors of a sustained virologic response in hepatitis B and C. **Journal of Hepatology**, v.49, n.4, p.634-651, 2008.

KENDALL, P.C.; HOLLON, S.D.; BECK, A.T.; HAMMEM, C.L.; INGRAM, R.E. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v.11, n.3, p.289-299, 1987.

KERR-CORRÊA F, IGAMI TZ, HIROCE V, TUCCI AM. Patterns of alcohol use between genders: A cross-cultural evaluation. **Journal of Affective Disorders**, v.102, n.3, p.265-275, 2007.

KOFF, R.S. Impaired Health-Related Quality of Life in Chronic Hepatitis C: the How, but Not the Why. **Hepatology**, v.29, n.1, p.277-279, 1999 (Editorials).

KRAUS, M.R.; SCHÄEFER, A.; CSEF, H.; SCHEURLLEN, M.; FALLER, H. Emotional State, Coping Styles, and Somatic Variables in Patients with Chronic Hepatitis C. **Psychosomatics**, v.41, n.5, p.377-384, 2000.

KRAUS, M.R.; SCHÄEFER, A.; CSEF, H.; FALLER, H.; MÖRK, H.; SCHEURLLEN, M. Compliance with Therapy in Patients with Chronic Hepatitis C: Associations with Psychiatric Symptoms, Interpersonal Problems, and Mode of Acquisition. **Digestive Diseases and Sciences**, v.46, n.10, p.2060-2065, 2001.

KRAUS, M.R.; SCHAFER, A.; AL-TAIE, O.; SCHEURLLEN, M. Prophylactic SSRI during interferon alpha re-therapy in patients with chronic hepatitis C and a history of interferon-induced depression. **Journal of Viral Hepatitis**, v.12, n.1, p.96-100, 2005.

KWAN, J.W.; CRONKITE, R.C.; YIU, E.A.; GOLDSTEIN, M.K.; KAZIS, E.L.; CHEUNG, R.C. The impact of chronic hepatitis C and co-morbid illnesses on health-related quality of life. **Quality of Life Research**, v.17, n.5, p.715-724, 2008.

LAUER, M.G.; WALKER, B.D. Hepatitis C Virus Infection. **The New England Journal of Medicine**, v.345, n.1, p.41-52, 2001 (Review).

LAVANCHY D. The global burden of hepatitis C. **Liver International**, v.29, suppl.1, p.74-81, 2009.

LEE, D.; JAMAL, H.; REGENSTEIN, F.G.; PERRILLO, R.P. Morbidity of Chronic Hepatitis C as seen in a Tertiary Care Medical Center. **Digestive Diseases & Sciences**, v.42, n.1, p.186-191, 1997.

LEHMAN, C.L.; CHEUNG, R.C. Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress, and Alcohol-Related Problems among Veterans with Chronic Hepatitis C. **The American Journal of Gastroenterology**, v.97, n.10, p.2640-2646, 2002.

LIM, J.K.; CRONKITE, R.; GOLDSTEIN, M.K.; CHEUNG, R.C. The impact of chronic Hepatitis C and Comorbid Psychiatric illnesses on health-related Quality of life. *J Clin Gastroenterol*, v.40, n.6, p.528-534, 2006.

LIMA, C.; FREIRE, A.C.C.; SILVA, A.P.B.; TEIXEIRA, R.M.; FARRELL, M.; PRINC, M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v.40, n.6, p.584-589, 2005.

LIMA, M.C.P. **Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu-SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços**. 2004. 146f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2004.

LIMA, M.C.P.; MENEZES, P.R.; CARANDINA, L.; CESAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.4, p.717-723, 2008.

LIMA, M.S.; BERIA, J.U.; TOMASI, E.; CONCEIÇÃO, A.T.; MARI, J. Stressful Life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Psychiatry Med**, v.26, p.211-222, 1996.

LOTTRICH, F.E.; RABINOVITZ, M.; GIRONDA, P.; POLLOCK B.G. Depression following pegylated interferon-alpha: Characteristics and vulnerability **Journal of Psychosomatic Research**, v.63, n.2, p.131-135, 2007.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.213-221, 2002.

MANNIS, M.P.; WEDEMEYER, H.; CORNBERG, M. Treating viral hepatitis C: efficacy, side effects and complications. **Gut**, v.55, n.9, p.1350-1359, 2006.

MARCELLIN, P. Hepatitis B and hepatitis C in 2009. **Liver International**, v.29, suppl.1, p.1-8, 2009.

MARCHESINI, A.M.; PRÁ-BALDI, Z.P.; BUENO, R.; BUCHALLA, C.M. Hepatitis B and C among injecting drug users living with HIV in São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.41, suppl.2, p.57-63, 2007.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v.148, n.23, p.23-26, 1986.

MARIANO, A.; CASERTA, C.; PENDINO, G.M.; VACALEBRE, C.; SURACE, P.; FIORILLO, M.T.; POLITO, I.; SURACE, M.; ALICANTE, S.; AMANTE, A.; FOTI, G.; MARRA, M.; GUTAMO, G.; AMATO, F.; MESSINEO, A.; MELE, A. Antiviral treatment for hepatitis C virus infection: Effectiveness at general population level in a highly endemic area. **Digestive and Liver Disease**, v.41, n.7, p.509-515, 2009.

MARQUES, A.H.; CIZZA, G.; STERNBERG, E. Brain-immune interactions and implications in psychiatric disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, suppl.1, p.27-32, 2007.

MARTÍN-SANTOS, R.; DÍEZ-QUEVEDO, C.; CASTELLVÍ, P.; NAVINÉS, R.; MIQUEL, M.; MASNOU, H.; SOLER, A.; ARDEVOL, M.; GARCÍA, F.; GALERAS, J.A.; PLANAS, R.; SOLÀ, R. De novo depression and anxiety disorders and influence on adherence during peginterferon-alpha-2a and ribavirin treatment in patients with hepatitis C. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v.27, n.3, p.257-265, 2008.

McDONALD, J.; JAYASURIYA, R.; BINDLEY, P.; GONSALVEZ, C.; GLUSESKA S. Fatigue and psychological disorders in chronic hepatitis C. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.17, n.2, p.171-176, 2002.

McHUTCHISON, J.G.; MANNNS, M.; PATEL, K.; POYNARD, T.; LINDSAY, K.L.; TREPO, C.; DIENSTAG, J.; LEE, W.M.; MAK, C.; GARAUD, J.J.; ALBRECHT, C.K. International Hepatitis Interventional Therapy Group. Adherence to combination therapy enhances sustained response in genotype-1-infected patients with chronic hepatitis C. **Gastroenterology**, v.123, n.4, p.1061-1069, 2002.

MENDES-CHILOFF, C.L. **Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo em idosos internados num Hospital de Ensino**. 2006.131f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Botucatu. 2006.

MIKOCKA-WALUS, A.A.; TURNBULL, D.A.; ANDREWS, J.M.; MOULDING, N.T.; WILSON, I.G.; HARLEY, H.A.J.; HETZEL, D.J.; HOLTMANN, G.J. Psychological problems in gastroenterology outpatients: A South Australian experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v.4, n.15, 9p., 2008.

MIYAOKA, H.; OTSUBO, T.; KAMIJIMA, K.; ISHII, M.; ONUKI, M.; MITAMURA, K. Depression from interferon therapy in patients with hepatitis C. **The American Journal of Psychiatry**, v.156, n.7, p.1120, 1999. (Letters to the Editor).

MULDER, R.T.; ANG, M.; CHAPMAN, B.; ROSS, A.; STEVENS, I.F.; EDGAR, C. Interferon treatment is not associated with a worsening of psychiatric symptoms in patients with hepatitis C **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.15, n.3, p.300-303, 2000.

NEVES, A.C.; DICKENS, C.; XAVIER, M. Comorbilidade Entre Hepatite C e Depressão: Aspectos Epidemiológicos e Etiopatogénicos. **Acta Médica Portuguesa**, v.1, n.19, p.21-28, 2006. (Revisão).

OLIVEIRA, M.L.; HACKER, M.A.; OLIVEIRA, S.A.; TELLES, P.R.; O, K.M.; YOSHIDA, C.F.; BASTOS, F.I. "The first shot": the context of first injection of illicit drugs, ongoing injecting practices, and hepatitis C infection in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.4, p.861-870, 2006.

OLSON, S.H.; IYER, S.; SCOTT, J.; EREZ, O.; SAMUEL, S.; MARKOVITS, T.; SCHWARTZ, M.; TORO, C.; GAMBARIN-GELWAN, M., KURTZ, R.C. Cancer history and other personal factors affect quality of life in patients with Hepatitis C. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.39, n.3, p.120-131, 2005.

PARANÁ, R., LYRA, L.; TREPO, C. Intravenous Vitamin Complexes Used in Sporting Activities and Transmission of HCV in Brazil. **The American Journal of Gastroenterology**, v.94, n.3, p.857-858, 1999. (Letter to the Editor)

PASSOS, A.D.C.; FIGUEIREDO, J.F.C.; MARTINELLI, A.L.C.; VILLANOVA, M.; NASCIMENTO, M.M.P.; SECAF, M. Hepatitis C among former athletes: association with the use of injectable stimulants in the past. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.103, n.8, p. 809-812, 2008.

POORDAD, F.; REDDY, K.R.; MARTIN, P. Rapid virologic response: a new milestone in the management of chronic hepatitis C. **Clinical Infectious Diseases**, v.46, n.1, p.78-84, 2008.

POYNARD, T.; CACOUB, P.; RATZIU, V.; MYERS, R.P.; DEZAILLES, M.H.; MERCADIER, A.; GHILLANI, P.; CHARLOTTE, F.; PIETTE, J.C.; MOUSSALLI, J. Fatigue in patients with hepatitis C. **The Journal of Viral Hepatitis**, n.9, p.295-303, 2002.

PRADO, K.D. Sexual Transmission of HCV. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.11, n.5, suppl.1, p.8-9, 2007.

QUARANTINI, L.C.; MIRANDA-SCIPPA, A.; SCHINONI, M.I.; SAMPAIO, A.S.; SANTOS-JESUS, S.; BRESSAN, R.A.; TATSCH, F.; de-OLIVEIRA, I.; PARANÁ, R. Effect of amantadine on depressive symptoms in chronic Hepatitis C patients treated with Pegylated Interferon: A randomized, controlled pilot study. **Neuropharmacology**, v.29, n.3, p.138-144, 2006.

QUARANTINI, L.C.; BRESSAN, R.A.; GALVÃO, A.; BATISTA-NEVES, S.; PARANÁ, R.; MIRANDA-SCIPPA, A. Incidence of psychiatric side effects during pegylated interferon-a retreatment in nonresponder hepatitis C virus-infected patients. **Liver International**, v.28, n.8, p.1098-1102, 2007.

QUARANTINI, L.C.; MIRANDA-SCIPPA, A.; BATISTA-NEVES, S.; GALVÃO-DE-ALMEIDA, A.; LACERDA, A.L.; MORIYAMA, T.S.; SAMPAIO, AS.; MELCOP, A.C.; SCHINONI, M.I.; de-OLIVEIRA, I.R.; PARANÁ, R.; BRESSAN, R.A. The effect of early virological response in health-related quality of life in HCV-infected patients. **Journal of Medical Virology**, v.80, n.3, p.419-423, 2008.

QUARANTINI, L.C.; MIRANDA-SCIPPA, A. BATISTA-NEVES, S.; POWELL, V.B.; ABREU, N.; ABREU, K.C.; MOURA, I.; CRANE, J.; SAMPAIO, A.S.; NETTO, L.R.; OLIVEIRA, I.R.; PARANÁ, R.; BRESSAN, R.A.; LACERDA, A.L.T. A Neuropsychological Study Comparing Patients Infected With HCV and HBV Without Psychiatric Comorbidities. **Journal of Medical Virology**, v.81, n.7, p.1184-1188, 2009.

RAISON, C.L.; BORISOV, A.S.; M.D., BROADWELL, S.D.; CAPURON, L.; WOOLWINE, B.J.; JACOBSON, I.M.; NEMEROFF, C.B.; MILLER, A.H. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction. **Clinical Psychiatry**, v.66, n.1, p.41-48, 2005b.

RAISON, C.L.; CAPURON, L.; MILLER, A.H. Depressive symptoms and viral clearance: in response. **Brain, Behavior, and Immunity**, v.19, n.4, p.273-274, 2005a. (Letter to the editor)

RAISON, C.L.; DEMETRASHVILI, M.; CAPURON, L.; MILLER, A.H. Neuropsychiatric Adverse Effects of Interferon- α : Recognition and Management. **CNS Drugs**, v.19, n.2, p.105-123, 2005c.

RAISON, C.L.; WOOLWINE, B.J.; DEMETRASHVILI, M.F.; BORISOV, A.S.; WEINREIB, R.; STAAB, J.P.; ZAJECKA, J.M., BRUNO, C.J.; HENDERSON, M.A.; REINUS, J.F.; EVANS, D.L.; ASNIS, G.M.; MILLER, A.H. Paroxetine for prevention of depressive symptoms induced by interferon-alpha and ribavirin for hepatitis C. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v.25, n.10, p.1163-74, 2007.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; CREPALDI, A.L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **Jornal de Pneumologia**, v.26, n.4, p.257-264, 2000.

RAPTOPOULOU, M.; TSANTOULAS, D.; VAFIADI, I.; KETIKOGLU, I.; PARASKEVAS, E.; VASSILIADIS, T.; KANATAKIS, S.; HATZIS, G.; SIDIROPOULOS, L.; AKRIVIADIS, E. The effect of adherence to therapy on sustained response in daily or three times a week interferon alpha-2b plus ribavirin treatment of naive and nonresponder chronic hepatitis C patients. **The Journal of Viral Hepatitis**, v.12, n.1, p.91-95, 2005.

REHM, J.; ROOM, R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. **Drug and Alcohol Review**, v.25, n.6, p.503-513, 2006.

ROBAEYS, G.; BIE, J.; WICHERS, M.C.; LBRUCKERS, L.; NEVENS, F.; MICHIELSEN, P.; RANST, M.V.; BUNTINX, F. Early prediction of major depression in chronic hepatitis C patients during peg-interferon α -2b treatment by assessment of vegetative-depressive symptoms after four weeks. **World Journal of Gastroenterology**, v.13, n.43, p.5736-5740, 2007.

RODGER, A.J.; JOLLEY, D.; THOMPSON, S.C.; LANIGAN, A.; CROFTS, N. The Impact of Diagnosis of Hepatitis C Virus in Quality of Life. **Hepatology**, v.30, n.5, p.1299-1301, 1999.

ROSENBERG, S.D.; GOODMAN, L.A.; OSHER, F.C.; SWARTZ, M.S.; ESSOCK, S.M.; BUTTERFIELD, M.I.; CONSTANTINE, N.T.; WOLFORD, G.L.; SALYERS, M.P. Prevalence of HIV, Hepatitis B, and Hepatitis C in People With Severe Mental Illness. **American Journal of Public Health**, v.91, n.1, p.31-37, 2001.

RUSSELL, M.; CHEN, M-J.; NOCHAJSKI, T.H.; TESTA, M.; ZIMMERMAN, S.J. HUGHES PS. Risky Sexual Behavior, Bleeding Caused by Intimate Partner Violence, and Hepatitis C Virus Infection in Patients of a Sexually Transmitted Disease Clinic. **American Journal of Public Health**, v.99, suppl.1, p.173-179, 2009.

SCALORI, A.; POZZI, M.; BELLIA, V.; APALE, P.; SANTAMARIA, G.; BORDONI, T.; REDAELLI, A.; AVOLIO, A.; PARRAVICINI, P.; PIOLTELLI, P.; ROFFI, L. Interferon-induced depression: prevalence and management. **Digestive and Liver Disease**, v.37; n.2, p.102-107, 2005.

SCHÄEFER M, SCHMIDT F, FOLWACZNY C, LORENZ R, MARTIN G, SCHINDLBECK N, HELDWEIN W; SOYKA M; GRUNZE H, KOENIG A, LOESCHKE K. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with IFN alfa and ribavirin in psychiatric risk groups. **Hepatology**, v.37, n.2, p.443-451, 2003.

SCHÄFER, A.; SCHEURLLEN, M.; WEISSBRICH, B.; SCHÖTTKER, K.; KRAUS, M.R. Sustained virological response in the antiviral therapy of chronic hepatitis C: is there a predictive value of interferon-induced depression? **Chemotherapy**, v.53, n.4, p.292-299, 2007a.

SCHÄFER, A.; WITTCHEN, H.U.; SEUFERT, J.; KRAUS, M.R. Methodological approaches in the Assessment of interferon-alfa-induced depression in patients with chronic hepatitis C – a critical review. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v.164, p.186-201, 2007b.

SCHEINMANN, R.; HAGAN, H.; LELUTIU-WEINBERGER, C.; STERN, R.; DES JARLAIS, D.; FLOM P.L.; STRAUSS, S. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: A systematic review, **Drug and Alcohol Dependence**, v.89, n.1, p.1-12, 2007. (Review).

SCOGNAMIGLIO, P.; GALATI, V.; NAVARRA, A.; LONGO, M.A.; ALOISI, M.S.; ANTONINI, M.G.; PUOTI, M.; ALMASIO, P.L.; IPPOLITO, G.; GIRARDI, E. Impact of hepatitis C virus infection on lifestyle. **World Journal of Gastroenterology**, v.13, n.19, p.2722-2726, 2007.

SECCULL, A.; RICHMOND, J.; THOMAS, B.; HERRMAN, H. Hepatitis C in people with mental illness: how big is the problem and how do we respond? **Australasian Psychiatry**, v.14, n.4, p347-378, 2006.

SEEFF, L.B . The history of the “natural history” of hepatitis C (1968 – 2009). **Liver International**, v. 29, suppl.1, p.89-99, 2009.

SHAPIRO, E.R. Chronic Illness as a Family Process: A Social-Developmental Approach to Promoting Resilience. **Journal of Clinical Psychology**, v.58, n.11, p.1375-1384, 2002.

SHIFFMAN, M.L. What future for ribavirin? **Liver International**, v.29, suppl.1, p.68-73, 2009.

SILVA, G.F.; NISHIMURA, N.F.; COELHO, K.I.R.; SOARES, E.C. Grading and staging chronic hepatitis C and its relation to genotypes and epidemiological factors in Brazilian blood donors. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.9, n.2, p.142-149, 2005.

SIMIONI, L. **Estudo de prevalência de morbidade psiquiátrica e do beber problemático em um serviço de atenção básica à saúde**. 2005.115f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Botucatu. 2005.

SLADDEN, T.J.K.; HICKEY, A.R.; DUNN, T.M.; BEARD, J.R. Hepatitis C virus infection: impacts on behaviour and lifestyle. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v.22, n.4, p.509-511, 1998.

SOUSA, V.V.; CRUVINEL, K.P.S. Ser portador de hepatite C: sentimentos e expectativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.689-695, 2008.

SPIEGEL, B.M.; YOUNOSSI, Z.M.; HAYS, R.D.; REVICKI, D.; ROBBINS, S.; KANWAL, F. Impact of hepatitis C on health related quality of life: a systematic review and quantitative assessment. **Hepatology**, v.41, n.4, p.790-800, 2005. (Review).

STATA CORPORATION. Stata Statistical Software. Release 8.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2003.

STRAUSS, E.; TEIXEIRA, M.C.D. Quality of life in hepatitis C. **Liver International**, v.26, n.7, 755-765, 2006.

STUMPF, B.P.; ROCHA, F.L.; PROIETTI, A.B.F.C. Infecções virais e depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.2, p.132-141, 2006.

SYLVESTRE, D.L.; CLEMENTS, B.J.; MALIBU, Y. Cannabis use improves retention and virological outcomes in patients treated for hepatitis C. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**, v.18, n.10, p.1057-1063, 2006.

TALIANI, G.; RUCCI, P.; BILIOTTI, E.; CIRRINCIONE, L.; AGHEMO, A.; ALBERTI, A.; ALMASIO, P.L.; BARTOLOZZI, D.; CAPORASO, N.; COPPOLA, R.; CHIARAMONTE, M.; FLOREANI, A.; GAETA, G.B.; PERSICO, M.; SECCHI, G.; VERSACE, I.; ZACHARIA, S.; MELE, A. Therapy expectations and physical comorbidity affect quality of life in chronic hepatitis C virus infection. **Journal of Viral Hepatitis**, v.14, n.12, p.875-882, 2007.

TEIXEIRA, M.C.D.; SÁ RIBEIRO, M.F.G.S.; GAYOTTO, L.C.C.; CHAMONE, D.A.F.; STRAUSS, E. Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C. **Transfusion**, v.46, n.2, p.278-283, 2006.

TEUBER, G.; SCHÄFER, A.; RIMPEL, J.; PAUL, K.; KEICHER, C.; SCHEURLLEN, M.; ZEUZEM, S.; KRAUS, M.R. Deterioration of health-related quality of life and fatigue in patients with chronic hepatitis C: Association with demographic factors, inflammatory activity, and degree of fibrosis. **Journal of Hepatology**, v.49, n.6, p.923-929, 2008.

TOMPKINS, C.N.E.; WRIGHT, N.M.J.; JONES, L. Impact of a positive hepatitis C diagnosis on homeless drug users: a qualitative study. **British Journal of General Practice**, v.55, n.513, p.263-268, 2005.

TRIPPLER M.; TRUEBNER, K.; BAJANOWSKI, T.; S. BEIN, S.; GERKEN, G.; SCHLAAK, J. Type 1 And Type 2 Interferons and Interferoninducible Genes are Upregulated in the Brain of Patients with Hepatitis C and Severe Depression. **Journal of Hepatology**, v.50, suppl.1, p.156, 2009.

VIGANI, A.G.I.; PAVAN, M.H.; TOZZO, R.; GONÇALES, E.S.L.; FELTRIN, A.; FAIS, V.C.; LAZARINI, M.S.K.; GONÇALES, N.S.L.; JUNIOR GONÇALES, F.L. Comparative study of patients with chronic hepatitis C virus infection due to genotypes 1 and 3 referred for treatment in southeast Brazil. **BMC Infectious Diseases**, v.8, n.164, 8p., 2008.

VOGLER, I.H. ; NISHIYA, A. ; MORIMOTO, H.K.; REICHE, E.M.V.; BORTOLIERO, A. L.; MATSUO, T.; SABINO, E.C.; VAZ, A.J. Serological, epidemiological and molecular aspects of hepatitis C virus infection in a population from Londrina, PR, Brazil, 2001-2002. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v.46, n.6, p.303-308, 2004.

WARE, J.E.; BAYLISS, M.S.; MANNOCHIA, M.; DAVIS, G.L, the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Health-Related Quality of Life in Chronic Hepatitis C: Impact of Disease and Treatment Response. **Hepatology**, v.30, n.2, p.550-555, 1999.

WEIGAND, K.; STREMMEL, W.; ENCKE, J. Treatment of hepatitis C virus infection. **World Journal of Gastroenterology**, v.13, n.13, p.1897-1905, 2007.

WEISS, J.J.; BHATTI, L.; DIETERICH, D.T.; EDLIN, B.R.; FISHBEIN, D.A.; GOETZ, M.B.; YU, K. Hepatitis C patients' self-reported adherence to treatment with pegylated interferon and ribavirin. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v.28, n.3, p.289-293, 2008.

WEISSENORN, K.; KRAUSE, J.; BOKEMEYER, M.; HECKER, H.; SCHÜLER, A.; ENNEN, J.; AHL, B.; MANN, M.; BÖKER, K. Hepatitis C virus infection affects the brain – evidence from psychometric studies and magnetic resonance spectroscopy. **Journal of Hepatology**, v.41, n.5, p. 845-851, 2004.

WEISSENORN, K.; TRYC, A.B.; HEEREN, M.; WORTHMANN, H.; PFLUGRAD, H.; BERDING, G.; BOKEMEYER, M.; TILLMANN, H.L.; GOLDBECKER, A. Hepatitis C virus infection and the brain. **Metabolic Brain Disease**, v.24, n.1, p.197-210, 2009.

WESSELY, S.; PARIANTE, C. Fatigue, depression and chronic hepatitis C infection. **Psychological Medicine**, v.32, n.1, p.1-10, 2002.

World Health Organization: Hepatitis C – global prevalence (update). **The Weekly Epidemiological Record**, v.75, n.3, p.17-28, 2000.

WRIGHT, M.; GOLDIN R, FABRE A, LLOYD L, THOMAS H, TREPO C, PRADAT P, THURSZ M. Measurement and determinants of the natural history of liver fibrosis in hepatitis C virus infection: a cross sectional and longitudinal study. **Gut**, v.52, n.4, p.574-579, 2003.

YATES W.R. Psychiatric Disorders in Liver Disease. **Journal of Pharmacy Practice**, v.20, n.5, p.373-376, 2007.

YOUNOSSI, Z.M.; BOPARAI, N.; PRICE, L.L.; KIWI, M.L.; MCCORMICK, M.; GUYATT, G. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n.7, p.2199-2205, 2001.

YOUNOSSI, Z.; KALLMAN, J.; KINCAID, J. The effects of HCV infection and management on health-related quality of life. **Hepatology**, v.45, n.3, p.806-816, 2007.

YOVTICHEVA, S.P.; RIFAI, M.A.; MOLES, J.K.; AND BRIAN J. VAN DER LINDEN, B.J. Psychiatric Comorbidity among Hepatitis C-Positive Patients. *Focus*, v.3, n.2, p.261-265, 2005.

ZACKS, ST.; BEAVERS, K.; THEODORE, D.; DOUGHERTY, K.; BATEY, B.; SHUMAKER, J.; GALANKO, J.; SHRESTHA, R.; FRIED, M. Social Stigmatization and Hepatitis C Virus Infection. *Journal of Clinical Gastroenterology*, v.40, n.3, p.220-224, 2006.

ZANI, C.; DONATO, F.; CHIESA, M.; BAIGUERA, C.; GELATTI, U.; COVOLO, L.; ANTONINI, M.G.; NASTA, P.; GATTI, F.; ORIZIO, G.; PUOTI, M. Alcohol and coffee drinking and smoking habit among subjects with HCV infection. **Digestive and Liver Disease**, v.41, n.8, p. 599-604, 2009.

ZARIFE, M.A.; SILVA, L.K.; SILVA, M.B.; LOPES, G.B.; BARRETO, M.L; TEIXEIRA, M.D.A. G.; DOURADO. I.; REIS, M.G. Prevalence of hepatitis C virus infection in north-eastern Brazil: a population-based study. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v.100, n.7, p.663-668, 2006.

ZDILAR, D.; FRANCO-BRONSON, K.; BUCHLER, N.; LOCALA, J.A.; YOUNOSSI, Z.M. Hepatitis C, Interferon Alfa, and Depression. **Hepatology**, v.31, n.6, p.1207-1211, 2000. (Concise View).

ZICKMUND, S.; HO, E.Y.; MASUDA, M.; IPPOLITO, L.; La BRECQUE, D.R. “They Treated Me like a Leper”: Stigmatization and the Quality of Life of Patients with hepatitis C. **Journal of General Internal Medicine**, v.8, n.10, p.835-844, 2003.

ZICKMUND, S.L.; BRYCE, C.L.; BLASIOLE, J.A.; SHINKUNAS, L.; La BRECQUE, D.R.; ARNOLD, R.M. Majority of patients with hepatitis C express physical, mental, and social difficulties with antiviral treatment. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**, v.18, n.4, p.381-318, 2006.



ANEXOS

ANEXO 1 – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu


Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
 CEP: 18.618-970
 Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
 e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br


 Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de dezembro de 2.006

OF.609/2006-CEP

Ilustríssima Senhora
 Prof.ª Dr.ª Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira
 Departamento de Neurologia e Psiquiatria da
 Faculdade de Medicina de Botucatu

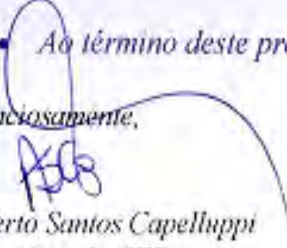
Prezada Dr.ª Ana Tereza,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Caracterização de pacientes portadores de hepatite C em tratamento com interferon peguilado em relação à qualidade de vida e transtornos mentais: Estudo de seguimento em diferentes etapas do tratamento", a ser conduzido por Danuza de Almeida Machado, orientada por Vossa Senhoria e pelo Prof. Dr. Giovanni Faria Silva, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Situação do Projeto: APROVADO.

• Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,


 Alberto Santos Capellupi
 Secretário do CEP.

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CÂMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX: (14) 3815-5965 - CAIXA POSTAL: 540

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO PSICOSSOCIAL

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Caracterização de pacientes portadores de Hepatite C em tratamento com Interferon Peguilado em relação à qualidade de vida e transtornos mentais: estudo de seguimento em diferentes etapas do tratamento*”, realizado sob a responsabilidade da psicóloga Danusa de Almeida Machado, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira e do Prof. Dr. Giovanni Faria Silva.

O objetivo desse estudo é avaliar a qualidade de vida das pessoas que estão realizando tratamento antiretroviral para a Hepatite C no Ambulatório Hepato Peguilado do Hospital das Clínicas de Botucatu, desde o início do tratamento até os seis meses do mesmo, através da investigação de diversos aspectos, principalmente a saúde mental, procurando saber se existe relação entre a qualidade de vida da pessoa e exames indicativos do resultado final do tratamento com Interferon Peguilado. Para isso serão aplicados questionários que investigam a qualidade de vida em três etapas do processo de tratamento (primeira semana, terceiro mês e sexto mês de tratamento), sendo necessário o comparecimento nessas ocasiões das pessoas que contribuirão para o presente trabalho no Ambulatório Hepato Peguilado, realizado às quintas-feiras no período da manhã, o que já deveria ocorrer uma vez que é necessário tomar a medicação e eventualmente comparecer a consultas de rotina.

Não haverá benefício nem dano específico para os participantes que responderem aos questionários, porém espera-se que a sua contribuição auxilie a conhecer melhor a qualidade de vida das pessoas que estão realizando o tratamento com Interferon Peguilado. Não existe método alternativo de contribuição para o mesmo.

A Hepatite C é uma doença que desperta interesse para a saúde pública devido às consequências que pode trazer para os seus portadores. O tratamento antiretroviral atualmente realizado requer grande investimento por parte de Instituições e do setor de

Saúde Pública. Atualmente considera-se extremamente importante a qualidade de vida das pessoas durante o tratamento.

Os participantes do presente estudo têm a garantia de que as informações oferecidas, as quais possam identificá-los, serão mantidas sob sigilo.

A psicóloga Danusa de Almeida Machado estará disponível para responder a quaisquer perguntas e as pessoas que participarem poderão retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no atendimento nessa Instituição e, caso não se sintam atendidas, poderão entrar em contato com a Direção do Hospital das Clínicas de Botucatu.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre o estudo “Qualidade de vida e depressão em portadores de Hepatite C em tratamento com Interferon Peguilado: um estudo de seguimento em diferentes etapas do tratamento”, realizado sob a responsabilidade da psicóloga Danusa de Almeida Machado, sob orientação da Prof^a Dr^a Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira e do Prof. Dr. Giovanni Faria Silva, concordo em participar do mesmo.

Serão assinadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficará com o participante do estudo e outra em posse da pesquisadora responsável.

Botucatu, ____ / ____ / ____.

Paciente

Pesquisadora

ANEXO 3 – PROTOCOLO SÓCIO-DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E ESTILO DE VIDA

Nome:.....RG:

Data da Avaliação:...../...../..... Data de Nasc.:...../...../..... Idade atual:.....

Cidade: Telefone:

Informações sócio-demográficas**Escolaridade:** n° de anos:.....

- 1ª a 4ª série
 5ª a 8ª série
 2º grau incompleto
 2º grau completo
 ensino superior incompleto
 ensino superior completo
 analfabeto
 nunca frequentou

Ocupação:**Situação na ocupação:**

- empregado
 desempregado
 aposentado
 licença médica
 dona-de-casa

Situação Conjugal:

- união consensual
 solteiro
 viúvo
 separado

Renda familiar.....

- menos de 1 salário mínimo
 1 a 2 salários mínimos
 2 a 3 salários mínimos
 3 ou + salários mínimos
 outro:.....

Quantas pessoas vivem da renda?.....

Renda *per capita*:.....**Com quem vive:**

- mora só
 cônjuge
 cônjuge e filhos
 filhos
 Outros:.....

Informações clínicas**Diagnóstico(s) secundário(s):**

- diabetes
 hipertensão
 outro:.....

Uso de outra medicação:.....**Data do diagnóstico:**.....**Como soube do diagnóstico:**

- doação de sangue
 check-up (exames de rotina)
 internação decorrente de complicação da doença hepática
 outro:.....

Forma provável de contaminação:

- transfusão sanguínea antes de 1993
 uso de droga endovenosa / inalada
 transmissão sexual
 tatuagem/piercing
 acidente ocupacional
 procedimento odontológico/médico () transmissão vertical
 esteve preso
 internação em hospital psiquiátrico
 Gluconergan®

Estimativa de tempo de contaminação:.....
 Decisão pelo tratamento.....
Tratamento anterior:
 não
 sim.
 Quando.....

Data do início do tratamento:.....

Tipo de tratamento.....

Duração prevista:.....

Frequência de comparecimento no

Ambulatório:

- semanal
 quinzenal
 mensal

Parâmetros clínicos:

Genótipo

- 1
 Não 1
Fibrose (estágio)
 1 a 2
 3 a 4

Cirrose

- sim (3 a 4)
 não (1 a 2)

Biópsia

- não
 sim. Última:.....

Exames laboratoriais - PCR

- 0 m.....
 3 m.....
 6 m.....

Estilo de vida

Uso de tabaco

- não
 sim. Quantos por dia.....
 Há quanto tempo:.....
 Atual.....

- não
 sim. Doses por dia.....
 Há quanto tempo:.....
 Atual.....

Realização de atividade física

- não
 sim. Qual.....
 Há quanto tempo:.....
 Atual.....

Uso de álcool

Fatores psicossociais

O Sr(a) tem alguém com quem contar?

- não
 sim. Quem?.....

Sente-se satisfeito com o apoio que recebe?

- não
 sim
 Motivo:

Já consultou com profissional da saúde mental (psicólogo, psiquiatra...)?

- não
 sim.
 Qual profissional.....
 Quando.....
 Motivo.....
 Mais informações.....

ANEXO 4 – SF 36

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que a sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

ATIVIDADES	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso?)

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve nas últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito Grave	6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**.

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc?)

(circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 5 – BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que serei punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

-
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

 11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

 12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

 13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.

 14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
 - 1 Estou preocupado por estar parecendo mais velho ou sem atrativos.
 - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazer parecer sem atrativos.
 - 3 Acredito que pareço feio.

 15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.

 16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
 - 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

 17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
 - 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

 18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
 - 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.

 19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
 - 1 Perdi mais de dois quilos e meio.
 - 2 Perdi mais de cinco quilos.
 - 3 Perdi mais de sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos. Sim () Não ()
-

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava ser.
 - 2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.
-

ANEXO 6 – *SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)*

unesp

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA DA FMB- UNESP
Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia

SRQ

O(A) Sr(a). Poderia por favor responder as seguintes perguntas a respeito da sua saúde: □□

01- Tem dores de cabeça frequentes?	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido a idéia de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

TOTAL GERAL |__||__|

ANEXO 7 – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais <input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Anote aqui o resultado <input type="checkbox"/></p>	

ANEXO 8 – MOTIVOS DA PERDA DO SEGUIMENTO DOS PACIENTES EM PRIMEIRO TRATAMENTO (N = 12)

MOTIVOS DA PERDA DO SEGUIMENTO DOS PACIENTES EM PRIMEIRO TRATAMENTO	
Abandono do tratamento	01
Entrevistadora não estava presente no ambulatório	01
Interrupção do tratamento (condições clínicas)	02
Interrupção do tratamento (recaída em uso de substância psicoativa)	02
Recusa	06
Total	12

ANEXO 9 – MOTIVOS DA PERDA DO SEGUIMENTO (N = 28)

MOTIVOS DA PERDA DO SEGUIMENTO DOS PACIENTES EM PRIMEIRO TRATAMENTO	
Abandono do tratamento	01
Complicações clínicas no período correspondente às semanas 12 ou 24	01
Impedimento da entrevistadora	02
Interrupção do tratamento (condições clínicas)	03
Interrupção do tratamento (recaída em uso de substância psicoativa)	02
Não comparecimento ao ambulatório	01
Recusa	09
Perdas do seguimento (tempo – encerramento da coleta de dados)	09
Total	28

ANEXO 10 – VARIÁVEIS DOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

Variáveis contínuas	Variáveis categóricas
Pontuação SRQ	Caso (SRQ) – TRANSTORNO MENTAL COMUM – sexo Feminino
0 a 20	≥ 08 pontos → Sim
	≤ 07 pontos → Não
	Caso (SRQ) – TRANSTORNO MENTAL COMUM – sexo Masculino
	≥ 06 pontos → Sim
	≤ 05 pontos → Não
Pontuação BECK	Caso BECK – Amostra Não Diagnosticada – SINTOMAS DEPRESSIVOS
0 a 63	≥ 16 → Sim
	≤ 15 → Não
	Gravidade do Caso BECK – Amostra Não Diagnosticada – SINTOMAS DEPRESSIVOS
	≥ 21 pontos → caso clinicamente grave
	16 a 20 pontos → caso clinicamente leve
Pontuação AUDIT	Caso AUDIT – CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL
0 a 40	≥ 08 pontos → Sim
	≤ 07 pontos → Não
Pontuação SF 36	Gravidade do Caso AUDIT – CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL
componente físico: 0 a 100	16 a 19 pontos → consumo de alto risco → caso grave
capacidade funcional	08 a 15 pontos → consumo de risco → caso leve
aspectos físicos	
dor	
estado geral de saúde	
componente emocional: 0 a 100	
Vitalidade	
aspectos sociais	
aspectos emocionais	
saúde mental	

ANEXO 11 – VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Variáveis contínuas	Variáveis ordenadas	Variáveis categóricas
Idade	Faixa Etária	Sexo
Em anos	40 ou mais	Masculino
	20 a 39 anos	Feminino
Renda familiar	Renda Familiar <i>Per Capita</i>	Situação Conjugal
Em reais	Baixa → até 1 salário mínimo	Solteiro
Nº pessoas/casa	Intermediária (2 a 3 SM)	União consensual
	Alta → 3 SM ou mais	Separado/divorciado
Anos de Estudo	Escolaridade	Viúvo
	Baixa → analfabeto a 3ª série	Arranjo Familiar
	Média → 4ª a 7ª	Cônjuge / Cônjuge, filhos
	Alta → 8ª ou +	Pais / Pais, irmãos
		Filhos
		Mora sozinho
		Outros
		Qualificação da Ocupação
		Qualificada
		Não qualificada
		Situação Ocupacional
		Empregado
		Desempregado
		Aposentado
		Licença médica
		Dona de casa
		Procedência (DRS)
		Outra DRS
		DRS VI
Variáveis Sócio-demográficas reagrupadas		
	Escolaridade	Presença de companheiro
	Baixa ou Média → analfabeto a 7ª série	Com companheiro
	Escolaridade	Sem companheiro
		Chefia familiar
		Sim
		Não
		Trabalho fora de casa
		Sim
		Não

ANEXO 12 – VARIÁVEIS, CLÍNICAS, RELACIONADAS À HEPATITE C E AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL

Variáveis ordenadas	Variáveis categóricas
	Situação do diagnóstico da Hepatite C
	Doação de sangue
	Busca de confirmação
	<i>Check up</i>
	Sintomas específicos/complicações
Ano do recebimento do diagnóstico	Tempo de confirmação diagnóstica
Em anos	Até 5 anos
	06 a 10
	11 a ou mais
Estimativa de tempo de Contaminação pela Hepatite C	Tempo estimado da contaminação
Em anos	Até 10 anos
	11 a 20
	21 a 30
	Fator de risco a que foi exposto
	Transfusão sanguínea antes 1993/ Procedimento odontológico/médico
	Uso de substância psicoativa ilícita endovenosa e/ou inalada
	<i>Gluconergan®</i>
	Não conhecido/Outros
	Genótipo Viral
	1
	Não 1
	Número do tratamento atual
	1º (<i>naïve</i>)
	2º ou 3º (retratamento)
	Desfecho de tratamento anterior
	Apresentou recidiva
	Não respondedor
	Não concluiu
	Resultado do Exame de PCR (semanas 04, 12 e 24)
	Detectado
	Não detectado
	Presença de Cirrose Hepática
	Sim
	Não
	Presença de comorbidade
	Sim
	Não
	Tipo de Comorbidade
	Diabetes
	Hipertensão
	Diabetes + hipertensão
	Depressão

	Ansiedade
	Outras
	Não apresenta comorbidade
	Uso de medicação
	Sim
	Não
	Qual medicação utiliza
	Aspectos clínicos
	Antidepressivos
	Ansiolíticos
	Outros + psicofármacos
	Decisão pela realização do tratamento
	Pessoa quis
	Familiares
	Equipe Médica
	Presença de efeito colateral (sem12 e 24)
	Sim
	Não
	Tipo de efeito colateral (sem12 e 24)
	Aspectos Clínicos
	Aspectos Psiquiátricos
	Aspectos Clínicos e Psiquiátricos
	Uso de medicação para manejo de efeito colateral
	Sim
	Não
Variáveis Clínicas reagrupadas	
	Fator de risco a que foi exposto
	Transfusão sanguínea antes 1993/ Proced. odontológico/médico
	Uso de substância psicoativa (lícita ou ilícita) injetável
	Não conhecido/Outro
	Tipo de Comorbidade
	Clínica
	Psiquiátrica
	Clínica e Psiquiátrica
	Tipo de Medicação
	Medicamentos para aspectos clínicos
	Psicofármacos
	Outros medicamentos + psicofármacos
	Não utiliza medicação
	Adesão e adequação do tratamento anterior
	Não (tratamento inadequado - medicação, não concluído)
	Sim (tratamento adequado e concluído)

ANEXO 13 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA

Variáveis categóricas
Uso prévio de tabaco
Sim
Não
Uso atual de tabaco
Sim
Não
Uso prévio de substâncias psicoativas
Sim
Não
Uso atual de substâncias psicoativas
Sim
Não
Tipo de Substância Psicoativa utilizada
Lícita injetável (<i>Gluconergan</i> ®)
Ilícita injetável (cocaína)
Ilícita não injetável (maconha)
Lícita/ Ilícita injetável (<i>Gluconergan</i> ® + cocaína)

ANEXO 14 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO APOIO SOCIAL

Variáveis categóricas
Sentimento de apoio
Sim
Não
Satisfação com apoio recebido
Sim
Não
Fonte principal de apoio
Cônjuge
Familiares
Amigos/ Outros

ANEXO 15 – MAPA DOS MUNICÍPIOS INTEGRANTES DO DRS VI – BAURU



Notas & Discografia

- 1 Friedrich Nietzsche. In: FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um Psicólogo no Campo de Concentração**. Traduzido por Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. 25 ed. São Paulo: Editora Vozes e Sinodal, 1997. 186 p.
 - 2 HUGO, Victor. Os trabalhadores do mar. Traduzido por Machado de Assis. Editora Nova Alexandria, 1971, p. 212-213
 - 3 GIBRAN, Khalil Gibran. **O Profeta**. Traduzido por Mansour Challita. Rio de Janeiro, 1923, p. 23-26.
 - 4 Salmo 103. **A Bíblia Sagrada na linguagem de hoje**. São Paulo, Sociedade Bíblica do Brasil, 1988, p.675.
 - 5 Legião Urbana – **“Esperando por Mim”**. A Tempestade ou O Livro dos Dias, 1996.
 - 6 Geraldo Vandré – **“Caminhando – Pra Não Dizer que Não Falei de Flores”**. Canto Geral, 1968.
 - 7 Alfonso Rodríguez Castelao.
 - 8 GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely Belinha. **Micropolítica – cartografias do desejo**, 1986, p.31.
 - 9 DELEUZE, Gilles. **Nietzsche**. Lisboa: Edições 70, 1985, p.17.
 - 10 CHACON, Beatriz Escorcio. Viveiro. In: Mello, Décio; Garbellini, Regina. **Livro da Tribo**. São Paulo: Editora da Tribo, 2008, p. 242.
 - 11 João Bosco – **“Trem Bala”**. Zona da Fronteira, 1991.
 - 12 Cachorro Grande – **“Roda Gigante”**. Todos os Tempos, 2007.
 - 13 PEREIRA, Aroldo. In: Mello, Décio; Garbellini, Regina. **Livro da Tribo**. São Paulo: Editora da Tribo, 2005, p. 13.
 - 14 FONSECA, Cláudio Lessa. In: Mello, Décio; Garbellini, Regina. **Livro da Tribo**. São Paulo: Editora da Tribo, 2004, p. 412.
 - 15 RUIZ, Alice. In: Ruiz, Alice; Leminski, Paulo. **Hai Tropikai**. Ouro Preto: Editora Tipografia do Fundo de Ouro Preto, 1985.
-