

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM
CIRROSE ALCOÓLICA EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL
DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO**

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH
ALCOHOLIC CIRRHOSIS AT A REFERENCE HOSPITAL IN PERNAMBUCO**

Paula Lira da Cunha
Raphaella Franco Fidelis Gonçalves
Tiago Veras Castro
Amanda de Hollanda Winkler
Celina Rodrigues Bechara dos Santos
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Eduardo Falcão Felisberto da Silva
Rebecca Dantas Thorp

RECIFE – PE

2023

AUTORES

Paula Lira da Cunha

Graduanda do 8º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Endereço: Rua Dona Uzinha Nunes, 66, apartamento 2001, Boa Viagem, Recife – PE. Telefone:
(81) 99994-5277. Email: Paula.lira2508@gmail.com

Raphaella Franco Fidelis Gonçalves

Graduanda do 8º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Endereço: Rua Le Parc, 100, Imbiribeira, Recife – PE. Telefone: (81) 98609-9678. Email:
raphaellajk@hotmail.com

Tiago Veras Castro

Graduando do 8º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Endereço: Rua das Pernambucanas, 74, Graças, Recife – PE. Telefone: (81) 99954-8335. Email:
tiago.veras@outlook.com.br

Amanda de Hollanda Winkler

Graduanda do 7º período do curso de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Endereço: Rua Dr. João Guilherme de Pontes Sobrinho, 505, Boa Viagem, Recife – PE.
Telefone: (81) 99747-9482. Email: amanda.winkler@hotmail.com

Celina Rodrigues Bechara dos Santos

Graduanda do 7º período do curso de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Endereço: Rua Capitão Rebelinho, 679, Pina, Recife – PE. Telefone: (81) 98208-0025. Email:
psicomcelina@gmail.com

Orientadores:

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE;
Tutor do curso de Psicologia e da pós-graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Coordenador da especialização em Neuropsicologia e do Mestrado Profissional em Educação
para o Ensino na Área de Saúde. Telefone: (81) 99245-1890. Email: leopoldo@fps.edu.br

Eduardo Falcão Felisberto da Silva

Mestre em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), doutorando em
Saúde Integral pelo IMIP e tutor do curso de Psicologia na FPS. Endereço profissional: Rua dos
Coelhos, 300, Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-902. Telefone: (81) 99699-8063. Email:
eduardo.falcao@fps.edu.br

Rebecca Dantas Thorp

Médica graduada pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), residência médica em Clínica Médica pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), em Hepatologia pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e mestranda no Programa de Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tutora do curso de Medicina na FPS e preceptora no ambulatório de Clínica Médica do IMIP. Endereço profissional: Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-902. Telefone: (81) 99972-2183. Email: rebeccadantas@hotmail.com

Instituição onde foi desenvolvida a pesquisa:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife – PE, Brasil. CEP: 50070-902. Telefone: (81) 2122-4100

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com cirrose alcoólica em um hospital de referência do Recife. **Método:** Estudo descritivo e observacional, do tipo transversal, realizado a partir da consulta de prontuários e entrevistas com os pacientes do ambulatório de hepatologia de um hospital de referência em Pernambuco nos anos de 2022 e 2023. Para inclusão na amostra, foram considerados indivíduos acima de 18 anos, diagnosticados com cirrose alcoólica e acompanhados regularmente no serviço. Foram excluídos aqueles com cirrose decorrente de outra morbidade de base exclusivamente não alcoólica. **Resultados:** Foram incluídos 41 participantes, destes, 73,17% eram do sexo masculino. A faixa etária mais prevalente foi entre 41-50 anos com 31,71%. Em relação à procedência, 53,66% foram da Região Metropolitana do Recife. Dos participantes, 56,10% eram classificados como Child-Pugh A. De acordo com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), 14,63% dos participantes apresentaram ansiedade provável e 19,51% depressão provável. **Conclusões:** Foi possível traçar o perfil clínico-epidemiológico, fornecendo suporte para a compreensão desta morbidade no contexto de um hospital público de referência.

Palavras-chave: Cirrose Hepática Alcoólica; Abuso de Álcool; Epidemiologia; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical and epidemiological profile of patients with alcohol-associated cirrhosis at a reference hospital in Recife. **Methods:** A descriptive and observational cross-sectional study conducted through the review of medical records and interviews with patients from the hepatology outpatient clinic of a reference hospital in Pernambuco during 2022 and 2023. For inclusion in the sample, individuals aged 18 and above, diagnosed with alcohol-associated cirrhosis, and regularly followed in the service were considered. Exclusion criteria comprised patients with cirrhosis resulting from another, exclusively, non-alcoholic condition. **Results:** The study included 41 research participants, of whom 73.17% were male. The most prevalent age group was between 41-50 years old with 31.71%. Regarding origin, 53.66% were from the Metropolitan Region of Recife. 56,10% of the participants were classified as Child-Pugh A. According to the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), 14,63% of the participants had probable anxiety and 19,51% probable depression. **Conclusions:** It was possible to outline the clinical and epidemiological profile of the patients, providing support for the comprehension of this morbidity at a public reference hospital.

Keywords: Liver Cirrhosis, Alcoholic; Alcohol Abuse; Epidemiology; Anxiety; Depression

INTRODUÇÃO

A doença hepática crônica (DHC) está relacionada a uma deterioração progressiva das funções hepáticas. É uma morbidade caracterizada por inflamação contínua, com destruição e regeneração do parênquima hepático, podendo levar a fibrose e à cirrose. Seu espectro de etiologias é amplo incluindo abuso de álcool por tempo prolongado, infecção pelos vírus das Hepatites B e C, doenças autoimunes, distúrbios genéticos e metabólicos.¹

A doença hepática alcoólica (DHA), induzida pelo consumo excessivo de álcool, engloba um espectro clínico-histológico progressivo de lesões no fígado, desde esteatose hepática até hepatite alcoólica, fibrose hepática e cirrose. O consumo excessivo de álcool pode levar à necrose hepatocelular extensa e, em casos graves, à insuficiência hepática.² O limiar de consumo diário para o risco do surgimento de DHA crônica é de 12g de etanol para mulheres e 24g para homens.³

Em 2016, o uso prejudicial de álcool resultou em 3 milhões de mortes em todo o mundo, o que representou 5,3% do total de mortes nesse ano.⁴ Nesse mesmo ano, estudos da Organização das Nações Unidas mostraram que o consumo total de álcool per capita no Brasil entre adultos foi de 7,5 litros por ano, em litros de álcool puro. Em comparação, no mesmo ano, o uso de álcool per capita no mundo, em média, foi de 6,4 litros de álcool puro.⁵

Quando verificado o consumo total de álcool per capita, somente entre as pessoas que consomem bebida alcoólica, o Brasil é o primeiro lugar no ranking das Américas. Isso sugere que os indivíduos brasileiros consomem grandes volumes.⁵

O primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira indicou que as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte são aquelas onde os brasileiros consomem álcool em maiores quantidades nas ocasiões em que ingerem bebidas alcoólicas. No Nordeste, 13% reportaram consumo usual de 12 ou mais doses por dia de ingestão e 25% relataram consumir 5 a 11 doses nessas ocasiões.⁶

No Brasil, de acordo com dados do DATASUS, a DHA foi responsável por um total de 15.240 internações e 9.799 óbitos no ano de 2019 em todo o país, destacando-se a região Nordeste que respondeu por 27,8% do total de internações e 32,3% do total de mortes. Nesse mesmo período Pernambuco foi responsável por 598 das internações mencionadas e 662 dos óbitos.^{7,8}

Para o tratamento da cirrose alcoólica, é importante entender a história do paciente em relação ao consumo de álcool. A base do processo é a abstenção total de bebidas alcoólicas, além do tratamento sintomatológico e correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos.^{9,10} Para tanto, é importante a participação do paciente em programas terapêuticos para etilismo.¹¹

Foi demonstrado que a DHC é frequentemente associada a comorbidades psiquiátricas e psicológicas, especialmente transtornos de ansiedade e depressão.¹² Estudos neste campo são relevantes pois estes transtornos afetam o curso da doença ampliando os sintomas físicos nos pacientes, reduzindo a adesão ao tratamento e reduzindo sua qualidade de vida.¹²

Levando em consideração a elevada prevalência de DHA no Nordeste brasileiro e a escassez de informações atuais a respeito do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com cirrose alcoólica, o presente trabalho tem por objetivo descrever esse perfil em um hospital de referência do Recife.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, do tipo transversal, realizado em ambulatório de referência em Hepatologia de um hospital filantrópico em Pernambuco, nos anos de 2022 e 2023.

A amostra inicial foi composta por 41 participantes. Foram definidos como critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, diagnosticados com cirrose alcoólica e acompanhados regularmente no serviço de hepatologia do hospital, com no mínimo 3 consultas realizadas desde o diagnóstico, sendo pelo menos uma no último ano. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com cirrose decorrente de outra morbidade de base exclusivamente não alcoólica, ou presença de algum transtorno mental que limitasse a compreensão dos questionários aplicados.

Os dados foram obtidos com o uso do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE I), elaborado pela equipe pesquisadora, através de entrevista com os pacientes e consulta de seus prontuários.

Foram utilizadas duas ferramentas para avaliar o estadiamento da DHC, classificar a gravidade do estado clínico e prever a sobrevida dos pacientes. O escore MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*), uma fórmula logarítmica que utiliza os níveis séricos de creatinina, de bilirrubina e o tempo de protrombina. E a classificação Child-Pugh que utiliza a presença ou ausência de encefalopatia e ascite, os níveis séricos de bilirrubina e de albumina e o tempo de protrombina.^{13,14}

Foram aplicados, também, os instrumentos *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)¹⁵ (ANEXO I), teste que investiga o consumo excessivo de álcool, e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)^{16,17} (ANEXO II), escala que tem como objetivo quantificar sintomas de ansiedade e de depressão dentro do contexto hospitalar.

Esses dados foram armazenados em uma planilha do *Microsoft Excel (Microsoft 365)* e, em seguida, traduzidos em gráficos e tabelas com o objetivo de identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com DHA do ambulatório de um hospital de referência de Pernambuco. Foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando medidas de posição (média) para as variáveis quantitativas e distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

Os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitados em todos os momentos da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, CAAE: 64447622.2.0000.5201.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 41 pacientes com cirrose alcoólica, 73,17% (n=30) do sexo masculino e 26,83% (n=11) do sexo feminino. A idade média dos pacientes do sexo masculino foi de 55,73 anos, enquanto a do feminino foi de 60,54 anos. O paciente mais jovem apresentava 35 anos e o mais velho 79 anos. Quanto à distribuição etária, 4,88% (n=2) dos participantes tinham entre 31-40 anos de idade, 31,71% (n=13) entre 41-50 anos, 17,07% (n=7) entre 51-60 anos, 29,27% (n=12) entre 61-70 anos, 17,07% (n=7) entre 71-80 anos.

Em relação ao peso dos pacientes, o intervalo mais prevalente foi de 81-90kg representando 31,71% (n=13) da amostra, seguido de 61-70kg com 24,39% (n=10), 51-60kg com 17,07% (n=7), 41-50kg com 12,20% (n=5) e 71-80kg, o intervalo menos prevalente, representando 9,76% (n=4) da amostra. Apenas um participante ficou fora desses intervalos, apresentando peso acima de 121kg.

Em relação aos dados sociodemográficos, 53,66% (n=22) eram procedentes da Região Metropolitana do Recife, 19,51% (n=8) da Zona da Mata de Pernambuco, 19,51% (n=8) do Agreste de Pernambuco, 4,88% (n=2) do Sertão de Pernambuco e 2,44% (n=1) de outro estado.

A renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos foi a mais prevalente, abrangendo 95,12% (n = 39) dos participantes. A quantidade de moradores na residência do paciente teve uma variabilidade maior, 21,95% (n = 9) moram sozinhos(as), 24,39% (n=10) moram com mais uma pessoa, 19,51% (n=8) moram com mais duas pessoas, 9,76% (n=4) moram com mais três pessoas, 17,07% (n=7) moram com mais quatro pessoas e 7,32% (n=3) moram com cinco ou mais pessoas.

Referente ao estado civil, 39,02% (n=16) dos pacientes são casados, 34,15% (n=14) solteiros, 9,76% (n=4) viúvos, 7,32% (n=3) divorciados, 7,32% (n=3) em união estável e 2,44% (n=1) separado.

Quanto à escolaridade, 58,54% (n=24) dos participantes afirmaram ter o ensino fundamental incompleto, 9,76% (n=4) completaram o ensino fundamental, 4,88% (n=2) possuem o ensino médio incompleto, 9,76% (n=4) completaram o ensino médio, 2,44% (n=1) possui ensino superior completo, 12,20% (n=5) negaram ter tido uma instrução formal e 2,44% (n=1) não soube informar sua escolaridade.

No que concerne aos dados comportamentais, 17,07% (n=7) dos participantes eram etilistas no momento da pesquisa, enquanto 82,93% (n=34) interromperam o consumo de álcool. Esses pacientes abstêmios dividiram-se nos seguintes grupos: 7,32% (n=3) há menos de 1 ano, 34,15% (n=14) entre 1 ano e menos de 5 anos, 21,95% (n=9) entre 5 e menos 10 anos, 9,76% (n=4) entre 10 e menos de 15 anos e 7,32% (n=3) há mais de 15 anos. Em um paciente não foi possível coletar tal dado.

Verificou-se que 34,15% (n=14) dos participantes praticam atividade física regular, enquanto 65,85% (n=27) afirmaram ser sedentários. Ademais, 21,95% (n=9) eram tabagistas e 100% (n=41) afirmaram não fazer uso de substâncias ilícitas.

Com relação à etiologia da DHC foi verificado que 87,81% (n=36) dos pacientes apresentaram cirrose de etiologia exclusivamente alcoólica e 12,20% (n=5) cirrose de etiologia mista, sendo 9,76% (n=4) dos pacientes com esquistossomose e 2,44% (n=1) com hepatite C associada.

Acerca do escore MELD, 39,02% (n=16) dos pacientes obtiveram pontuação menor que 10, 43,90% (n=18) escore entre 10-19 e 4,88% (n=2) pontuaram entre 20-29. Em 12,20% (n=5) dos pacientes não foi possível realizar a verificação do escore citado.

Em relação ao Child-Pugh, 56,10% (n=23) dos pacientes foram classificados como Child A, 24,39% (n=10) como Child B e 4,88% (n=2) são Child C. Em 14,63% (n=6) dos pesquisados não foi possível a obtenção desse dado.

Dentre as comorbidades apresentadas pelos pacientes, 9,76% (n=4) possuíam dislipidemia, 39,02% (n=16) hipertensão arterial sistêmica, 21,95% (n=9) diabetes mellitus e 9,76% (n=4) possuíam doença renal crônica (DRC).

Outras comorbidades foram encontradas em 63,42% (n=26) dos participantes, dentre elas, colelitíase em 7,32% (n=3), vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 4,88% (n=2) e neuropatia periférica em 4,88% (n=2).

As principais complicações observadas nos participantes do estudo foram a hipertensão portal com 14,63% (n=6), varizes gastroesofágicas com 9,76% (n=4), ascite com 7,32% (n=3). Em relação à esplenomegalia, icterícia, carcinoma hepatocelular, encefalopatia hepática, trombose de veia porta crônica, derrame pleural, varizes retais e passado de hemorragia digestiva alta, cada uma apresentou uma prevalência de 2,44% (n=1).

No tocante à saúde mental dos participantes, analisada através da escala HADS, 63,42% (n=26) apresentaram ansiedade improvável, 21,95% (n=9) ansiedade possível e 14,63% (n=6) ansiedade provável. Quanto ao indicador de depressão, 60,98% (n=25) dos pacientes apresentaram depressão improvável, 19,51% (n=8) depressão possível e 19,51% (n=8) depressão provável.

Quanto ao teste AUDIT, 9,76% (n=4) foram classificados como provável dependência, 2,44% (n=1) como consumo nocivo, 9,76% (n=4) têm consumo de risco, 2,44% (n=1) apresentam consumo de baixo risco. Não foi possível aplicar o teste em 75,61% (n=31) dos pesquisados, pois estavam abstêmios há 1 ano ou mais.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados deste trabalho, foi observado que a cirrose alcoólica é mais prevalente no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino, sendo 73,17% dos participantes do sexo masculino e 26,83% do sexo feminino. Este achado está de acordo com o estudo realizado em um hospital público do Distrito Federal (DF)¹⁸, no qual se constatou a distribuição de pacientes com cirrose alcoólica de 86,54% pertencendo ao sexo masculino e 13,46% ao feminino.

Não foram encontrados outros trabalhos que investiguem o perfil epidemiológico de pacientes ambulatoriais com cirrose alcoólica. Contudo, é possível comparar os achados deste estudo com aqueles verificados no DATASUS, relativos à hospitalização de pacientes com cirrose de etiologia alcoólica.

Confirma-se a tendência de maior prevalência do sexo masculino também na cidade de Salvador¹⁹, onde foi observado que, no ano de 2015, a taxa de hospitalização por DHA a cada 100mil habitantes era de 16,14 para o sexo masculino e 2,46 para o sexo feminino.

Outro estudo no Nordeste brasileiro que corrobora com a tendência verificada foi realizado em Sergipe²⁰, no qual os homens representavam 86,32% e as mulheres 13,68%, ambos do percentual das internações por DHA nesse estado, considerando os anos 2010 a 2020. Utilizando dados nacionais do DATASUS²¹ acerca das internações por DHA, no período de janeiro de 2013 a junho de 2018, observou-se que os homens representavam 83,1% e as mulheres 16,9%.

O presente estudo apontou uma maior prevalência, de 78,05% (n=32), da DHA entre 41 e 70 anos de idade. Semelhante proporção na distribuição etária foi verificada numa pesquisa realizada em Sergipe²⁰, que utiliza dados de hospitalização do DATASUS dos pacientes com DHA, cuja prevalência da faixa etária entre 50 e 59 anos foi de 29,25%, a segunda faixa mais acometida foi a de 40 a 49 anos, com 23,77%, seguida pela de 60 a 69 anos com 18,49%, 30 a

39 anos com 14,81%, 70 a 79 anos com 8,11%, 20 a 29 anos com 3,21%, e, por último, a de 80 anos ou mais com 2,36%.

Também utilizando dados disponibilizados pelo DATASUS, relativos ao ano de 2015, na cidade de Salvador¹⁹, encontrou-se uma taxa de hospitalização de pacientes com DHA a cada 100 mil habitantes de 2,71 para o grupo etário de 20 a 39 anos; 20,52 para o grupo de 40 a 59 anos e 26,79 para 60 anos ou mais.

Um estudo realizado em um hospital público do DF¹⁸ evidencia as possíveis complicações da cirrose, independentemente da etiologia desta, referindo que as mais comuns são ascite, varizes gastroesofágicas e hipertensão portal. Tal informação é semelhante à prevalência das complicações observadas no presente trabalho, destacando-se hipertensão portal com 14,63% (n=6), varizes gastroesofágicas com 9,76% (n=4) e ascite com 7,32% (n=3).

De acordo com Sanches, 2019²², os pacientes que estão ingressando no serviço desconhecem a doença e tendem a reechar qualquer alteração em seu quadro, assim, por estarem no início da investigação, geralmente possuem um MELD menor, porém associado a maior grau estresse. Corroborando tal hipótese, foi evidenciado, de acordo com a escala HADS, que todos os pacientes com MELD entre 20 e 29 apresentaram ansiedade improvável. Ao passo que 43,75% (n=7) dos pacientes com MELD < 10 e 44,44% (n=8) dos pacientes com MELD entre 10 e 19 apresentam ansiedade possível ou provável.

Um estudo realizado na Alemanha²³ verificou, utilizando a escala HADS, que a porcentagem de pacientes com DHC, de etiologias variadas, com pontuação > 11 na subescala de ansiedade foi de 19,6%, e na de depressão 24,5%. Tal pontuação corresponde à categoria “morbidade provável” de cada subescala respectiva, isto é, HADS-ansiedade ou HADS-depressão. Em comparação, utilizando os mesmos parâmetros, o presente estudo constatou uma prevalência de 14,63% (n=6) para ansiedade e 19,51% (n=8) para depressão.

Verificou-se que 73,33% (n=22) dos homens e 81,81% (n=9) das mulheres estão abstêmios há mais de 1 ano. Considerando os pacientes etilistas atuais, 20,00% (n=2) são mulheres e 80,00% (n=8) homens, 100% dessas mulheres têm consumo alcoólico de risco de acordo com o teste AUDIT. Com relação aos homens, 12,50% (n=1) apresentam consumo de baixo risco, 25,00% (n=2) consumo de risco, 12,50% (n=1) consumo alcoólico nocivo e 50,00% (n=4) provável dependência alcoólica.

De acordo com a escala HADS, dentre as pacientes do sexo feminino, 45,45% (n=5) apresentam depressão improvável, 27,27% (n=3) depressão possível e 27,27% (n=3) depressão provável. Quanto à outra variável da escala HADS, 36,36% (n=4) têm ansiedade improvável, 36,36% (n=4) ansiedade possível e 27,27% (n=3) ansiedade provável. Considerando os pacientes do sexo masculino, 66,67% (n=20) têm depressão improvável, 16,67% (n=5) depressão possível e 16,67% (n=5) depressão provável. Observando o outro aspecto da escala, 73,33% (n=22) enquadram-se como ansiedade improvável, 16,67% (n=5) ansiedade possível e 10,00% (n=3) ansiedade provável.

Comparando os resultados dos pacientes em abstinência há pelo menos 1 ano e as respectivas pontuações na HADS, percebe-se que 70,97% (n=22) estão na categoria de ansiedade improvável e 19,35% (n=6) em ansiedade possível. Prosseguindo a comparação em evidência, o menor grupo é daqueles com ansiedade provável, apenas 9,68% (n=3). Comparando, ainda, o mesmo grupo de pacientes abstêmios com seus respectivos MELD, percebe-se que 83,87% (n=26) têm um MELD em uma faixa de pontuação abaixo de 19, enquanto apenas 3,23% (n=1) têm o MELD acima de 19.

Dos pacientes que apresentaram depressão provável pela escala HADS, 62,50% (n=5) são divorciados ou solteiros e os 37,50% (n=3) restantes são casados. A respeito dos pacientes com ansiedade provável, 66,67% (n=4) são divorciados ou solteiros e 33,33% (n=2) são casados ou vivem em união estável.

Considerando o estado civil dos pacientes, apenas 5,26% (n=1) dos casados ou em união estável são etilistas atuais, em comparação a 27,27% (n=6) dos divorciados, solteiros e viúvos.

Ao correlacionar dados de pacientes não sedentários com a pontuação da HADS, percebe-se que 71,43% (n=10) pertencem ao grupo de depressão improvável, 14,29% (n=2) são agrupados em depressão possível, outros 14,29% (n=2) enquadram-se em depressão provável. Por outro lado, quando são observados os pacientes sedentários, em cotejamento com a HADS, há 55,56% (n=15) com depressão improvável, 22,22% (n=6) com depressão possível, 22,22% (n=6) com depressão provável.

Observando-se a HADS em correlação com o número de habitantes no domicílio, percebe-se que 77,78% (n=7) dos pacientes que moram sozinhos têm ansiedade improvável, enquanto 22,22% (n=2) têm ansiedade provável. Por outro lado, pacientes que moram acompanhados de uma ou mais pessoas dividem-se em: 59,38% (n=19) com ansiedade improvável, 28,13% (n=9) com ansiedade possível, 12,50% (n=4) com ansiedade provável.

Ao examinar a HADS em seu parâmetro da depressão, quando comparada com o número de habitantes no domicílio do paciente, percebe-se que 77,78% (n=7) que moram sozinhos têm depressão improvável, enquanto 22,22% (n=2) têm depressão provável. Por outro lado, aqueles que moram acompanhados de uma ou mais pessoas segmentam-se em: 56,25% (n=18) com depressão improvável; 25,00% (n=8) com depressão possível; 18,75% (n=6) com depressão provável.

Correlacionando o escore MELD com as principais comorbidades apresentadas pelos pacientes, foi observado que entre os pacientes com MELD < 10, 18,75% (n=3) apresentam dislipidemia, 56,25% (n=9) têm hipertensão arterial sistêmica, 25,00% (n=4) apresentam diabetes mellitus e em nenhum verificou-se DRC. Já entre os pacientes com MELD entre 10 e 19, 5,56% (n=1) têm dislipidemia, 33,33% (n=6) são hipertensos, 16,67% (n=3) têm diabetes e 16,67% (n=3) apresentam DRC. Considerando os pacientes com MELD entre 20 e 29 nenhum

apresentou dislipidemia, 50,00% (n=1) são hipertensos, 50,00% (n=1) são diabéticos e 50,00% (n=1) apresentam DRC.

A alta prevalência e incidência da DHA, e o impacto pessoal e social das suas complicações, enfatizam a necessidade de identificar o perfil desses pacientes. O presente trabalho é um ponto de partida para essa compreensão, com vistas a subsidiar decisões de gestão no contexto do SUS, para o aperfeiçoamento da atuação profissional em âmbitos de tratamento e prevenção.

Indicamos a realização de estudos que possam avaliar um maior número de pacientes, que sejam acompanhados em ambulatórios de outros serviços, abrangendo diferentes regiões do país, para que, desta forma, possa-se fazer uma comparação dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Sharma A, Nagalli S. Chronic Liver Disease. StatPearls Publishing. [Internet]. 2020 [citado em 27 de fevereiro de 2022]; Disponível em: <http://europepmc.org/article/NBK/NBK554597>
2. Li YM, Fan JG, Cheng ML, Duan ZP, Han T, He FP, et al. Guidelines of prevention and treatment for alcoholic liver disease (2018, China). Journal of Digestive Diseases [Internet]. 2019 [citado em 26 de fevereiro de 2022];20(4):174–180. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-2980.12687>
3. Thursz M, Gual A, Lackner C, Mathurin P, Moreno C, Spahr L, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. Journal of Hepatology. 2018 Jul;69(1):154–81.
4. OMS. Global status report on alcohol and health 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. 2018 [citado em 26 de fevereiro de 2022];478. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
5. PAHO. Regional Status Report on Alcohol and Health 2020. 2015 [citado em 26 de fevereiro de 2022]; Available from: <http://iris.paho.org>.
6. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. [Internet]. 2007 [citado em 11 de abril de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil [Internet]. [citado em 26 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Mortalidade - Brasil [Internet]. [citado em 26 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
9. Mincis M, Mincis R. Álcool e o fígado. GED: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva. [Internet]. 2011[citado em 26 de fevereiro de 2022]; 30(4). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2011/v30n4/a3598.pdf>
10. Mincis M, Mincis R. Doença Hepática Alcoólica: Diagnóstico e Tratamento. Prática Hospitalar. [Internet]. 2006 [citado em 26 de fevereiro de 2022]; 48(1). Disponível em:

https://sites.unifoa.edu.br/portal/plano_aula/arquivos/04054/Artigo%201%20-%20para%20AVD%20-%20doen%C3%A7a%20hep%C3%A1tica%20e%20alcoolismo.pdf

11. Jameson JLJ, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Manual de Medicina de Harrison. 20ª ed. Vol. 1. Porto Alegre: AMGH; 2021.
12. Popović DD, Čulafić DM, Tepavčević DBK, Kovačević N v., Špuran MM, Djuranović SP, et al. Assessment of depression and anxiety in patients with chronic liver disease. *Vojnosanit Pregl* [Internet]. 2015 [citado em 27 de fevereiro de 2022]; 72(5):414–20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26165048/>
13. Lopes AC. Manual de Clínica Médica. São Paulo: Grupo GEN; 2019.
14. Stefani SD, Barros E. Clínica Médica. (5th edição). Porto Alegre: Grupo A; 2019.
15. Jomar, R. T.; Da Paixão, L. A. R.; Abreu, M. M. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Revista de APS* [Internet]. 2012 [citado em 27 de fevereiro de 2022]; 15(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14950>
16. Gomes, E. T.; Bezerra, S. M. M. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2018 [citado em 27 de fevereiro de 2022]; 17(3): 273-278. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.1126>
17. Guimarães Neto AC, Porto JDS. Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira. *Rev. SBPH* [Internet]. Dezembro de 2017. [citado em 24 de abril de 2022]; 20(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200005&lng=pt
18. Paulo P, D`Avila P, Ramos G, Couto A, Vieira C. Perfil epidemiológico de cirróticos em um Hospital Público do Distrito Federal. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. Janeiro de 2022 [citado em 24 de setembro de 2023]; 3(2):58–62. Disponível em: https://ramb.amb.org.br/wp-content/uploads/2023/03/RAMBJR_v3n2.pdf#page=15
19. Oliveira Da Hora R. Morbimortalidade por doenças hepáticas alcoólicas na cidade de Salvador: 2008 -2015 [Internet]. 2018 [citado em 24 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36074/1/Rhanes%20Oliveira%20da%20Hora%20-%20Morbimortalidade%20por%20doen%C3%A7as%20hep%C3%A1ticas%20alco%20licas%20na%20cidade%20de%20Salvador%202008%20e%202015.pdf>

20. Valney J. Análise epidemiológica da Doença Hepática Alcoólica no estado de Sergipe. [Internet]. 2023 [citado em 24 de setembro de 2023]; Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/17602>
21. Lúcia M, Paulo J, Santiago G. Análise epidemiológica da hepatite alcoólica através do sistema de informações em saúde DATASUS [Internet]. 2019 [citado em 24 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/analise-epidemiologica-da-hepatite-alcoolica-atraves-do-sistema-de-informacoes-em-saude-datasus>
22. Sanches R. O impacto de fatores estressores e da sobrecarga em cuidadores informais de pacientes com cirrose [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2019 [Citado em 24 de setembro de 2023]. doi:10.11606/D.5.2020.tde-05072020-164347.
23. Häuser W, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 2004 Feb 1;2(2):157-63.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da população estudada

		Frequência (n = 41)	%
Sexo	Masculino	30	73,17%
	Feminino	11	26,83%
Idade	31-40 anos	2	4,88%
	41-50 anos	13	31,71%
	51-60 anos	7	17,07%
	61-70 anos	12	29,27%
	71-80 anos	7	17,07%
Peso	41-50 kg	5	12,20%
	51-60 kg	7	17,07%
	61-70 kg	10	24,39%
	71-80 kg	4	9,76%
	81-90 kg	13	31,71%
	> 90 kg	1	2,44%
	Sem informação	1	2,44%
Estado Civil	Casado(a)	16	39,02%
	Solteiro(a)	14	34,15%
	União Estável	3	7,32%
	Separado(a)	1	2,44%
	Divorciado(a)	3	7,32%
	Viúvo(a)	4	9,76%
Cidade de Procedência	Região Metropolitana do Recife	22	53,66%
	Zona da Mata de Pernambuco	8	19,51%
	Agreste de Pernambuco	8	19,51%
	Sertão de Pernambuco	2	4,88%
	Outros estados	1	2,44%
Escolaridade	Sem instrução	5	12,20%
	Ensino fundamental incompleto	24	58,54%
	Ensino fundamental completo	4	9,76%
	Ensino médio incompleto	2	4,88%
	Ensino médio completo	4	9,76%
	Ensino superior completo	1	2,44%
	Sem informação	1	2,44%
Renda Familiar	1-2 salários-mínimos	39	95,12%
	3-4 salários-mínimos	1	2,44%
	Sem informação	1	2,44%
Nº de Habitantes no Domicílio	1, mora sozinho(a)	9	21,95%
	2 pessoas	10	24,39%
	3 pessoas	8	19,51%
	4 pessoas	4	9,76%
	5 pessoas	7	17,07%
	≥ 6 pessoas	3	7,32%

Tabela 2 – Perfil clínico e hábitos de vida da população estudada

		Frequência (n = 41)	%
MELD	<10	16	39,02%
	10-19	18	43,90%
	20-29	2	4,88%
	Sem informação	5	12,20%
Child-Pugh	Child A	23	56,10%
	Child B	10	24,39%
	Child C	2	4,88%
	Sem informação	6	14,63%
Comorbidades	Dislipidemia	4	9,76%
	Hipertensão arterial sistêmica	16	39,02%
	Diabetes mellitus	9	21,95%
	Doença renal crônica	4	9,76%
HADS - Ansiedade	Ansiedade improvável	26	63,42%
	Ansiedade possível	9	21,95%
	Ansiedade provável	6	14,63%
HADS - Depressão	Depressão improvável	25	60,98%
	Depressão possível	8	19,51%
	Depressão provável	8	19,51%
AUDIT	Consumo de baixo risco	1	2,44%
	Consumo de risco	4	9,76%
	Consumo nocivo	1	2,44%
	Provável dependência	4	9,76%
	Abstinência há mais de 1 ano	31	75,61%
Etilismo Atual	Etilista atual	7	17,07%
	Não etilista atual	34	82,93%
Tabagismo Atual	Tabagista	9	21,95%
	Não tabagista	32	78,05%
Sedentarismo	Sedentário(a)	27	65,85%
	Não sedentário(a)	14	34,15%
Substâncias ilícitas	Não faz uso	41	100%

Tabela 3 – Escore MELD e a prevalência de ansiedade e depressão na população estudada, de acordo com a escala HADS

		MELD				Total
		HADS	< 10	10 - 19	20 - 29	
Ansiedade	Ansiedade improvável	9	10	2	5	26
	Ansiedade possível	5	4	0	0	9
	Ansiedade provável	2	4	0	0	6
Depressão	Depressão improvável	11	10	0	4	25
	Depressão possível	4	3	1	0	8
	Depressão provável	1	5	1	1	8

Tabela 4 – Hábitos de vida e prevalência de comorbidades em relação ao escore MELD na população estudada

		MELD				Total
		< 10	10 - 19	20 - 29	Sem informação	
Sedentarismo	Sedentário(a)	9	13	2	3	27
	Não sedentário(a)	7	5	0	2	14
Tabagismo atual	Tabagista	3	5	1	0	9
	Não tabagista	13	13	1	5	32
Etilismo atual	Etilista atual	2	4	0	1	7
	Não etilista atual	14	14	2	4	34
Substâncias ilícitas	Faz uso	0	0	0	0	0
	Não faz uso	16	18	2	5	41
Dislipidemia	Sim	3	1	0	0	4
	Não	13	17	2	5	37
Hipertensão arterial sistêmica	Sim	9	6	1	0	16
	Não	7	12	1	5	25
Diabetes mellitus	Sim	4	3	1	1	9
	Não	12	15	1	4	32
Doença renal crônica	Sim	0	3	1	0	4
	Não	16	15	1	5	37

Tabela 5 – Achados descritos em exame físico e exames complementares dos pacientes estudados

	Frequência (n = 41)	%
Hipertensão portal	6	14,63%
Varizes gastroesofágicas	4	9,76%
Ascite	3	7,32%
Colelitíase	3	7,32%
Hemorragia digestiva alta	1	2,44%
Esplenomegalia	1	2,44%
Carcinoma hepatocelular	1	2,44%
Encefalopatia hepática	1	2,44%
Icterícia	1	2,44%
Derrame pleural	1	2,44%
Trombose de veia porta crônica	1	2,44%
Varizes retais	1	2,44%

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisador: _____

Número do prontuário: _____

Data da coleta: ____/____/____

Data da digitação: ____/____/____

Nome do paciente: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: ____/____/____

DADOS BIOLÓGICOS

1. Idade: _____

0 – 10 anos;

51 – 60 anos;

11 – 20 anos;

61 – 70 anos;

21 – 30 anos;

71 – 80 anos;

31 – 40 anos;

81 – 90 anos;

41 – 50 anos;

Mais de 91 anos.

2. Sexo:

Masculino;

Feminino.

3. Peso: _____

Abaixo de 40 kg;

81 – 90 kg;

41 – 50 kg;

91 – 100 kg;

51 – 60 kg;

101 – 110 kg;

61 – 70 kg;

111 – 120 kg;

71 – 80 kg;

Acima de 121 kg.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Estado civil:

Solteiro(a);

Separado(a);

Casado(a);

Divorciado(a);

União estável;

Viúvo(a).

2. Cidade de procedência: _____

- Região metropolitana do Recife;
- Zona da Mata de Pernambuco;
- Agreste de Pernambuco;
- Sertão de Pernambuco;
- Outros estados.

3. Escolaridade:

- Sem instrução;
- Ensino fundamental incompleto;
- Ensino fundamental completo;
- Ensino médio incompleto;
- Ensino médio completo;
- Ensino superior incompleto;
- Ensino superior completo.

4. Renda familiar: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 – 2 salários-mínimos; | <input type="checkbox"/> 7 – 8 salários-mínimos; |
| <input type="checkbox"/> 3 – 4 salários-mínimos; | <input type="checkbox"/> 9 – 10 salários-mínimos; |
| <input type="checkbox"/> 5 – 6 salários-mínimos; | <input type="checkbox"/> Mais de 10 salários-mínimos. |

5. Número total de habitantes no domicílio: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1, mora sozinho(a); | <input type="checkbox"/> 4 pessoas; |
| <input type="checkbox"/> 2 pessoas; | <input type="checkbox"/> 5 pessoas; |
| <input type="checkbox"/> 3 pessoas; | <input type="checkbox"/> 6 ou mais pessoas. |

DADOS COMPORTAMENTAIS

1. Sedentarismo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentário(a); | <input type="checkbox"/> Não sedentário(a). |
|---|---|

2. Tabagismo atual:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fumante; | <input type="checkbox"/> Não fumante. |
|-----------------------------------|---------------------------------------|

3. Etilismo atual:

Etilista;

Não etilista.

Se não etilista atual, parou há quanto tempo? _____.

4. Uso de substâncias ilícitas:

Usa;

Não usa.

DADOS CLÍNICOS

1. Comorbidades:

Dislipidemia;

Hipertensão arterial;

Diabetes mellitus

Doença renal crônica;

Outra(s): _____.

2. Child-Pugh: _____

5 – 6: Child A;

10 – 15: Child C.

7 – 9: Child B;

3. MELD: _____

< 10;

30 – 39;

10 – 19;

> 40.

20 – 29;

4. AUDIT: _____

0 – 7;

16 – 19;

8 – 15;

20 – 40.

5. HADS: _____

Subescala de **Ansiedade:**

0 – 7: Ansiedade improvável

8 – 11: Ansiedade possível

12 – 21: Ansiedade provável

Subescala de **Depressão:**

0 – 7: Depressão improvável

8 – 11: Depressão possível

12 – 21: Depressão provável

**ANEXO I: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST
(AUDIT)**

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?
- (0) Nunca
 - (1) Uma vez por mês ou menos
 - (2) 2 a 4 vezes por mês
 - (3) 2 a 3 vezes por semana
 - (4) 4 ou mais vezes por semana
2. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe?
- (0) 1 a 2
 - (1) 3 a 4
 - (2) 5 a 6
 - (3) 7 a 9
 - (4) 10 ou mais
3. Com que frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
4. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
5. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

6. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

7. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

8. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebida sua?

- (0) Nunca
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?

- (0) Nunca
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

RESULTADO:

- (0 – 7): Consumo de baixo risco
- (8 – 15): Consumo de risco
- (16 – 19): Consumo nocivo
- (20 – 40): Provável dependência

ANEXO II: *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)*

1. Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):
- (3) A maior parte do tempo
 - (2) Boa parte do tempo
 - (1) De vez em quando
 - (0) Nunca
2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
- (0) Sim, do mesmo jeito que antes
 - (1) Não tanto quanto antes
 - (2) Só um pouco
 - (3) Já não sinto mais prazer em nada
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
- (3) Sim, e de um jeito muito forte
 - (2) Sim, mas não tão forte
 - (1) Um pouco, mas isso não me preocupa
 - (0) Não sinto nada disso
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
- (0) Do mesmo jeito que antes
 - (1) Atualmente um pouco menos
 - (2) Atualmente bem menos
 - (3) Não consigo mais
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:
- (3) A maior parte do tempo
 - (2) Boa parte do tempo
 - (1) De vez em quando
 - (0) Raramente
6. Eu me sinto alegre:
- (3) Nunca
 - (2) Poucas vezes
 - (1) Muitas vezes
 - (0) A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado(a) à vontade e me sentir relaxado(a):

- (0) Sim, quase sempre
- (1) Muitas vezes
- (2) Poucas vezes
- (3) Nunca

8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer as coisas:

- (3) Quase sempre
- (2) Muitas vezes
- (1) De vez em quando
- (0) Nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- (0) Nunca
- (1) De vez em quando
- (2) Muitas vezes
- (3) Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- (3) Completamente
- (2) Não estou mais me cuidando como deveria
- (1) Talvez não tanto quanto antes
- (0) Me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:

- (3) Sim, demais
- (2) Bastante
- (1) Um pouco
- (0) Não me sinto assim

12. Fico esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir:

- (0) Do mesmo jeito que antes
- (1) Um pouco menos do que antes
- (2) Bem menos do que antes
- (3) Quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

(3) A quase todo momento

(2) Várias vezes

(1) De vez em quando

(0) Não sinto isso

14. Consigo sentir prazer quanto assisto a um com programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

(0) Quase sempre

(1) Várias vezes

(2) Poucas vezes

(3) Quase Nunca

RESULTADO:

Subescala de **Ansiedade**:

(0 – 7): Ansiedade improvável

(8 – 11): Ansiedade possível

(12 – 21): Ansiedade provável

Subescala de **Depressão**:

(0 – 7): Depressão improvável

(8 – 11): Depressão possível

(12 – 21): Depressão provável