

## Percepção sobre a Doença Hepática Esteatótica Metabólica: Relação com Espiritualidade, Estado Nutricional e Nível de Atividade Física em pacientes de Palmas - Tocantins

*Perception of Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease: Relationship with Spirituality, Nutritional Status and Level of Physical Activity in patients from Palmas-Tocantins*

Luiza Cristina Bortoncello<sup>1</sup>, Talita Buttarello Mucari<sup>2</sup>, Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral<sup>3</sup>, Renata Andrade de Medeiros Moreira<sup>4</sup>

### RESUMO

A doença hepática esteatótica metabólica (DHEM) é a patologia de fígado mais comum em todo mundo, com potencial de evolução para complicações graves. Trata-se de estudo quantitativo e transversal que avaliou a associação entre a percepção da doença, a espiritualidade, o estado nutricional e o nível de atividade física de pacientes com DHEM acompanhados em um Ambulatório de Hepatologia de Palmas-Tocantins. Para coleta de dados foram utilizados Questionário Sociodemográfico, Questionário de Hábitos de Vida e Condições de Saúde, Formulário para Avaliação de Medidas Antropométricas, Questionário de Percepção de Doença, Questionário para Avaliação de Espiritualidade e Questionário para Avaliação de Atividade Física. A amostra foi composta por 30 pacientes, a maioria do sexo feminino (80,0%) e adultos (66,7%). Estimaram-se correlações significativas negativas e moderadas entre a representação cognitiva da percepção da doença e as facetas da espiritualidade “sentido na vida”, “admiração” e “fé”. Houve também uma associação no limite da significância estatística entre percepção sobre a doença e estado nutricional. Verificou-se que os pacientes da amostra estudada apresentaram, em sua maioria, percepção de maior ameaça imposta pela doença, maior qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais, estado nutricional de elevado risco metabólico, no entanto, baixa frequência de sedentarismo.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Hepatopatia Gordurosa Não-Alcoólica. Percepção de Doença.

### ABSTRACT

Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is the most common liver disease worldwide, with the potential to develop into serious complications. This is a quantitative, cross-sectional study that evaluated the association between disease perception, spirituality, nutritional status, and physical activity level of MASLD patients treated at a Hepatology Outpatient Clinic in Palmas, Tocantins. Data collection was performed using a Sociodemographic Questionnaire, a Lifestyle and Health Conditions Questionnaire, an Anthropometric Measurement Assessment Form, a Disease Perception Questionnaire, a Spirituality Assessment Questionnaire, and a Physical Activity Assessment Questionnaire. The sample consisted of 30 patients, most of whom were female (80.0%) and adults (66.7%). Significant, negative and moderate correlations were estimated between the cognitive representation of disease perception and the spirituality facets meaning in life, admiration, and faith. There was also an association on the borderline of statistical significance between disease perception and nutritional status. It was found that the patients in the sample studied presented, for the most part, a perception of greater threat imposed by the disease, a better quality of life in relation to spirituality, religion and personal beliefs, a nutritional state of high metabolic risk, however, a low frequency of sedentary lifestyle.

**Keywords:** Disease Perception. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. Spirituality.

<sup>1</sup> Médica Gastroenterologista e Hepatologista. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0411-9979>

E-mail: [lbortoncello.gastro@gmail.com](mailto:lbortoncello.gastro@gmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Genética e Evolução. Prof<sup>a</sup> na Universidade Federal do Tocantins (UFT). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8994-8225>

<sup>3</sup>Doutora em Psicologia da Educação. Prof<sup>a</sup> na Universidade Federal do Tocantins (UFT). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0863-4580>

<sup>4</sup> Doutora em Ciência da Nutrição. Prof<sup>a</sup> na Universidade Federal do Tocantins (UFT). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6096-9145>

## 1. INTRODUÇÃO

O termo doença hepática esteatótica metabólica (DHEM) é a versão simplificada em português para “*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*” (MASLD), nova nomenclatura adotada, a partir de 2023, para doença hepática gordurosa não-alcoólica (MOREIRA *et al.*, 2023). Essa doença tem emergido como a patologia hepática mais comum em todo mundo com uma prevalência estimada de 30% da população (YOUNOSSI *et al.*, 2023). Apresenta um potencial de evolução para complicações graves tanto relacionadas ao fígado, como cirrose hepática e hepatocarcinoma, quanto associadas à morbimortalidade cardiovascular (SILVA JUNIOR *et al.*, 2024).

A DHEM é definida pela presença de esteatose hepática (acúmulo de lipídios no interior dos hepatócitos superior a 5% do peso do fígado) associada a pelo menos um fator de risco cardiometabólico. Esses fatores compreendem: (1) índice de massa corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> ou circunferência da cintura  $> 90$  cm (sexo masculino) e  $> 80$  cm (sexo feminino); (2) pré-diabetes ou diabetes mellitus tipo 2; (3) pressão arterial  $\geq 130/85$  mmHg ou tratamento medicamentoso anti-hipertensivo; (4) triglicerídeos plasmáticos  $\geq 150$  mg/dl ou tratamento hipolipemiante; e (5) colesterol HDL plasmático  $\leq 40$  mg/dl (sexo masculino) e  $\leq 50$  mg/dl (sexo feminino) ou tratamento hipolipemiante (SILVA JUNIOR *et al.*, 2024). Além dessas condições clínicas, sabe-se que o comportamento sedentário é um preditor independente de DHEM (KIM *et al.*, 2020) e está associado a um maior risco de progressão da doença (STINE *et al.*, 2023).

O tratamento da DHEM é bastante abrangente envolvendo desde mudanças no estilo de vida, farmacoterapia até cirurgia bariátrica. Embora as intervenções no estilo de vida constituam a terapia de primeira linha (CHALASANI *et al.*, 2012), a adesão a essas medidas ainda representa um desafio na prática clínica. Considera-se que barreiras psicológicas estejam associadas a dificuldade de implementação de uma dieta e de um plano de exercícios bem-sucedidos (RINELLA *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a adoção de uma visão integral do indivíduo contemplando-o em seu paradigma biopsicossocial é de suma importância. Ressalta-se que, a percepção da doença pelo paciente, que envolve a representação cognitiva e emocional que este atribui ao seu adoecimento, leva à busca e à implementação de estratégias de enfrentamento para lidar com sua própria condição (LEVENTHAL *et al.* apud PINTO DO NASCIMENTO, 2019). Do mesmo modo, sabe-se que as crenças e práticas espirituais podem moldar a perspectiva

de uma pessoa sobre sua doença, influenciando como ela interpreta seu significado, seu papel na experiência e seu potencial de recuperação (BESSA; MELO, 2023).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi o de analisar a relação entre a percepção da doença e a espiritualidade, o estado nutricional e o nível de atividade física em pacientes com DHEM.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo, analítico-descritivo e transversal, baseado em dados primários, aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde de Palmas/TO (FESP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (Parecer nº 6.534.798). Esta pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Atenção em Saúde Especializada Dr. Ewaldo Borges Resende de Palmas – Tocantins, o qual faz parte da rede de saúde pública municipal, sendo a referência local para atendimento aos pacientes portadores de patologias hepáticas.

Durante o período de coleta de dados, que se estendeu entre os meses de Março a Maio de 2024, foram atendidos neste ambulatório 45 pacientes elegíveis. No entanto, a amostra não-probabilística por conveniência foi composta de 30 pacientes que consentiram em participar desse estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão da pesquisa corresponderam a pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, apresentando o diagnóstico de Doença Hepática Esteatótica Metabólica (DHEM) conforme os critérios estabelecidos pelas diretrizes atuais sobre a DHEM (MOREIRA *et al.*, 2023; SILVA JUNIOR *et al.*, 2024). Por outro lado, seguindo as recomendações dessas mesmas diretrizes foram excluídos pacientes com as seguintes condições clínicas: 1) consumo abusivo de álcool (maior que 140g/semana para os homens e maior que 70g/semana para mulheres); 2) toxicod dependência; 3) portadores de outras doenças hepáticas crônicas; e 4) usuários de medicamentos reconhecidamente causadores de esteatohepatite.

A coleta de dados dos pacientes foi realizada através de consulta ao prontuário, da aferição de medidas antropométricas e do uso de questionários estruturados, tanto elaborados pela autora quanto instrumentos de pesquisa já validados no Brasil. Coube à

pesquisadora a assinatura do Termo de Compromisso para Utilização e Manuseio de Dados (TCUD).

As características sociodemográficas foram coletadas em questionário próprio e incluíram idade, sexo, etnia, estado civil, nível de escolaridade, situação empregatícia e renda familiar. Utilizou-se também um questionário estruturado para avaliação dos hábitos de vida e condições de saúde, no qual investigou-se tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, comorbidades e medicamentos de uso contínuo.

Os dados de exames complementares, laboratoriais e de imagem foram obtidos pela pesquisadora através da consulta aos prontuários e registrados diretamente em uma planilha de Excel. Com base nos exames laboratoriais e dados clínicos dos pacientes, calculou-se o *Fibrosis-4 score* (FIB-4), que consiste em um marcador não-invasivo de fibrose hepática, usado para estimar os pacientes com maior risco de fibrose hepática avançada. Com base no resultado do FIB-4 categorizou-se os pacientes em: 1) baixo risco; 2) risco indeterminado; e 3) alto risco.

As medidas antropométricas foram aferidas por estagiários do curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins (UFT), previamente treinados por docente colaboradora deste trabalho, sendo registrados em formulário próprio. A partir das medidas de peso e altura foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), classificando-se o estado nutricional em baixo peso (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (IMC 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>), conforme as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011). O perímetro da cintura (cm) foi utilizado para avaliação da obesidade visceral, com classificação do risco metabólico nas categorias – sem risco, risco elevado e risco muito elevado – segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1995). O cálculo da Razão Cintura-Estatura (RCE) foi efetuado a partir da divisão do perímetro de cintura pela altura, sendo indicado para classificação de risco cardiovascular; ponto de corte menor ou igual a 0,5 como “sem risco cardiovascular” e maior do que 0,5 “com risco cardiovascular” (ASHWELL; GIBSON, 2014).

O questionário escolhido para avaliação da percepção sobre a doença foi o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ), versão em português, validado por Nogueira (2012). O Brief IPQ é constituído por nove itens, em que são avaliadas as dimensões cognitivas (três itens), emocional (quatro itens), temporal e causal da doença. Os sete primeiros itens são avaliados quantitativamente mediante escala Likert com uma pontuação variando de

0-10. Os dois últimos itens correspondem a perguntas abertas, que avaliam, respectivamente, a dimensão temporal e causal da doença. As respostas ao item causal podem ser agrupadas em categorias como estresse, estilo de vida, hereditário, determinado pela doença particular estudada, e a análise categórica pode então ser realizada. A amplitude do escore global do instrumento é de 0-70; quanto mais próximo de zero menor a percepção de ameaça da doença e quanto mais próximo de 70, maior a percepção de ameaça imposta pela enfermidade. Optou-se por utilizar o ponto de corte 33, conforme sugerido pela autora da versão validada e adaptada do Brief IPQ para o Brasil, sendo que as pessoas com um escore igual ou maior que 33 foram categorizadas como “maior percepção de ameaça imposta pela doença” e aqueles com escore menor a 33 como “menor percepção de ameaça imposta pela doença”.

Para a avaliação da espiritualidade foi escolhido o World Health Organization Quality Of Life, spirituality, religiousness and personal beliefs (WHOQOL-SRPB), versão validada para o português (PANZINI *et al.*, 2011). O WHOQOL-SRPB é um instrumento que contempla, de forma ampliada, o constructo Domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais. Apresenta oito facetas: 1) Ligação a um ser ou força espiritual; 2) Sentido da vida; 3) Admiração; 4) Totalidade e integração; 5) Força espiritual; 6) Paz interior/serenidade/harmonia; 7) Esperança e otimismo; e 8) Fé. Cada faceta é avaliada por quatro questões, o que perfaz um total de 32 questões. As respostas seguem uma escala Likert (de 1 a 5, sendo 1 = nada a 5 = extremamente) (WHOQOL-SRPB GROUP, 2006). O escore total para essa variável foi obtido através da soma do escore de cada fator. Desta forma, quanto maior o escore total, “maior a qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais”. No entanto, neste estudo, optou-se por utilizar apenas o termo espiritualidade para representar a variável. Para categorização, foi utilizada a média dos valores do escore total na amostra estudada como ponto de corte, sendo assim aqueles com pontuação maior ou igual a 138,4 foram classificados com maior qualidade de vida relacionada a espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Por fim, a avaliação da prática de atividade física foi realizada por meio do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Versão Curta. Este instrumento contém oito questões relacionadas à frequência de dias por semana e à duração tempo por dia da realização de atividades físicas moderadas e vigorosas e da caminhada, tendo como referência a última semana. No Brasil foi validado pelo estudo de Matsudo *et al* (2001). Com

base no IPAQ, é possível classificar as pessoas em quatro categorias: muito ativo, ativo, insuficientemente ativo e sedentário.

O banco de dados foi elaborado em planilha do Excel, sendo, posteriormente, importado para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), onde foram conduzidas as análises estatísticas. A análise descritiva das variáveis qualitativas foi efetuada por meio de frequências absoluta e percentual. Para as variáveis quantitativas foram estimados média, mediana e desvio-padrão. As associações entre a variável percepção sobre a doença e as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como espiritualidade, estado nutricional e atividade física foram verificadas por meio do Teste Exato de Fisher. Para a realização desses testes foram realizadas categorizações das variáveis qualitativas – espiritualidade, estado nutricional e atividade física. Também foram calculadas correlações de Spearman da Percepção sobre a Doença com a Espiritualidade e suas respectivas dimensões. Os resultados dos testes estatísticos foram considerados significativos ao nível de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 30 pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica (DHEM) que participaram desta pesquisa, 80,0% ( $n=24$ ) eram do sexo feminino, sendo 66,7% ( $n=20$ ) adultos (18-59 anos) e 33,3% ( $n=10$ ) idosos ( $\geq 60$  anos); a média da idade dos participantes do estudo foi de  $54,16 \pm 10,55$  anos. Esses dados são semelhantes aos encontrados em um estudo publicado por NGA *et al.* (2023) sobre a prevalência de esteatose hepática em pacientes com Síndrome Metabólica, no qual 64,7% da amostra era do sexo feminino com uma média de idade de  $55 \pm 9$  anos.

A caracterização sociodemográfica detalhada dos indivíduos com DHEM está apresentada na Tabela 1. Conforme observado nessa tabela, 50,0% ( $n=15$ ) dos indivíduos se declararam pardos e 16,7% ( $n=5$ ) pretos; tais dados refletem a distribuição étnica da população tocantinense conforme dados do último censo demográfico realizado pelo IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022).

Referente à situação empregatícia dos indivíduos, observa-se que 50,0% ( $n=15$ ) da amostra estudada está trabalhando, seja de forma autônoma (13,3%), com emprego formal (23,3%) ou informal (6,7%), ou ainda como servidor público (6,7%). Ainda sobre o aspecto econômico, identifica-se que 63,3% ( $n=19$ ) dos indivíduos relataram uma renda familiar

mensal inferior a dois salários mínimos; o salário mínimo em vigor no Brasil em 2024 é de R\$ 1.412,00.

Variáveis	Categorias	N (%)
<b>Classificação Etária</b>	Adulto (20-59 anos completos)	20 (66,7)
	Idoso (≥60 anos completos)	10 (33,3)
<b>Sexo</b>	Feminino	24 (80,0)
	Masculino	6 (20,0)
<b>Etnia</b>	Preto(a)	5 (16,7)
	Branco(a)	10 (33,3)
	Pardo(a)	15 (50,0)
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	6 (20,0)
	Casado(a)/União Estável	14 (46,7)
	Separado(a)/Divorciado(a)	6 (20,0)
	Viúvo	4 (13,3)
<b>Escolaridade</b>	Ens. Fundamental Incompleto	7 (23,3)
	Ens. Fundamental Completo	1 (3,3)
	Ens. Médio Incompleto	2 (6,7)
	Ens. Médio Completo	14 (46,7)
	Ens. Superior Completo	6 (20)
<b>Situação Empregatória</b>	Autônomo	4 (13,3)
	Empregado informal	2 (6,7)
	Empregado formal	7 (23,3)
	Servidor Público/Concursado	2 (6,7)
	Desempregado/ Não Trabalhando	8 (26,7)
	Afastado/Licença Médica	1 (3,3)
Aposentado	6 (20,0)	
<b>Renda Familiar em Salários Mínimos</b>	<2 salários	19 (63,3)
	2-4 salários	9 (30,0)
	5-10 salários	2 (6,7)

N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual;  
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

**Tabela 1.** Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas de pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica acompanhados no Ambulatório de Hepatologia de Palmas, Tocantins, Brasil, 2024.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências de variáveis clínicas dos pacientes com DHEM. Constata-se a elevada prevalência da síndrome metabólica (76,7%; n=23), bem como de hipertensão arterial sistêmica (76,7%; n=23), diabetes mellitus (70,0%; n=21) e dislipidemia (70,0%; n=21). Dados de Cotrim *et al.* (2011), em estudo sobre o perfil clínico e histológico de pacientes com Doença Hepática Gordurosa Não-Alcoólica no Brasil, foram semelhantes aos encontrados nessa pesquisa, exceto pela prevalência de diabetes mellitus

tipo 2. No estudo citado de Cotrim *et al.*, 64% dos pacientes eram hipertensos, 66,8% apresentavam dislipidemia e 22,7% eram diabéticos. Esses dados estão em conformidade com as evidências atuais que consideram a DHEM como manifestação hepática da síndrome metabólica (SILVA JUNIOR *et al.*, 2024).

**Tabela 2.** Distribuição de frequências das variáveis clínicas pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica acompanhados no Ambulatório de Hepatologia de Palmas, Tocantins, Brasil, 2024.

Variáveis	Categorias	N (%)
Tabagismo	Não fumante	22 (73,3)
	Tabagista	1 (3,3)
	Ex-tabagista	7 (23,3)
Etilismo	Abstêmio	26 (86,7)
	Etilista	0 (0,0)
	Consumo social	4 (13,3)
	Ex-etilista	6 (20,0)
Hipertensão	Não	7 (23,3)
	Sim	23 (76,7)
Pré-Diabetes ou Diabetes <i>Mellitus</i>	Não	9 (30)
	Sim	21 (70,0)
Dislipidemia	Não	9 (30)
	Sim	21 (70,0)
Síndrome Metabólica	Não	7 (23,3)
	Sim	23 (76,7)
Estado nutricional de acordo com IMC	Baixo Peso	1 (3,3)
	Eutrofia	2 (6,7)
	Sobrepeso	11 (36,7)
	Obesidade	16 (53,3)
Risco Metabólico de acordo com Perímetro de Cintura	Sem risco	0 (0,0)
	Risco elevado	5 (16,7)
	Risco muito elevado	25 (83,3)
Risco Cardiovascular de acordo com Razão Cintura-Estatura	Sem risco	0 (0,0)
	Com risco	30 (100)
Nível de Atividade Física	Muito ativo	6 (20,0)
	Ativo	16 (53,4)
	Insuficientemente ativo	4 (13,3)
	Sedentário	4 (13,3)
Risco de fibrose hepática avançada de acordo com FIB4	Ausência	22 (73,4)
	Indeterminado	7 (23,3)
	Presença	1 (3,3)

N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual;  
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação à classificação nutricional, verifica-se que 90% (n=27) dos indivíduos apresentam excesso de peso, seja sobrepeso (36,7%) ou obesidade (53,3%), o que

também é semelhante aos dados encontrados por Cotrim *et al.* (2011), em que o sobrepeso esteve presente em 44,4% dos casos e a obesidade, em 44,7%.

Conforme observa-se na Tabela 3, quanto à estatística descritiva das medidas antropométricas e dos exames laboratoriais, a média do IMC foi de  $33,82 \pm 6,42$  kg/m<sup>2</sup>. Outra informação relevante é que 100% (n=30) dos indivíduos desta pesquisa apresentaram diagnóstico de obesidade visceral, baseado nos critérios do perímetro de cintura (PC) com uma média de  $106,83 \pm 5,3$ cm para os homens e de  $114,50 \pm 30$  cm para as mulheres. De acordo com esse mesmo critério, os sujeitos foram ainda estratificados quanto ao risco metabólico, conforme expresso na Tabela 2, sendo que 16,7% (n=5) corresponderam a categoria “risco metabólico elevado” e 83,3% (n= 25) a “risco metabólico muito elevado”; portanto, nenhum dos pacientes foi classificado como “sem risco metabólico”. Tais informações quanto ao estado nutricional e à distribuição da gordura corporal, corroboram os dados da literatura acerca do papel fundamental da obesidade, sobretudo da obesidade visceral, na fisiopatologia da DHEM (SILVA JUNIOR *et al.*, 2024).

**Tabela 3.** Estatística descritiva das medidas antropométricas e exames laboratoriais pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica acompanhados no Ambulatório de Hepatologia de Palmas, Tocantins, Brasil, 2024.

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor Máximo	Valor Mínimo
<b>Índice de Massa Corporal (kg/m<sup>2</sup>)</b>	33,82	6,42	33,66	43,91	16,51
<b>Perímetro de cintura - Feminino (cm)</b>	114,50	30,02	109,5	220,0	82,5
<b>Perímetro de cintura - Masculino (cm)</b>	106,83	5,31	106	116	110
<b>Razão Cintura - Estatura</b>	0,69	0,13	0,69	1,23	0,54
<b>Glicemia Jejum (mg/dl)</b>	121	53	105	335	74
<b>Hemoglobina glicada (%)</b>	6,3	1,3	6,1	11,1	3,4
<b>Colesterol Total (mg/dl)</b>	199	45	199	300	128
<b>Colesterol LDL (mg/dl)</b>	114	40	111	201	44
<b>Colesterol HDL (mg/dl)</b>	53	14	47	85	36
<b>Triglicerídeos (mg/dl)</b>	173	116	141	659	64
<b>TGO (U/L)</b>	32	21	23	96	10
<b>TGP (U/L)</b>	30	19	25	103	11

---

<b>Escore FIB4</b>	1,37	0,90	1,10	4,83	0,43
--------------------	------	------	------	------	------

---

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Os resultados da Razão Cintura-Estatura (RCE), apresentados na Tabela 2, evidenciaram que 100% (n=30) da amostra estudada foi categorizada como “com risco cardiovascular”, com uma média da RCE dos sujeitos da pesquisa de  $0,69 \pm 0,13$ . Já está bem estabelecido na literatura essa estreita correlação entre DHEM e risco cardiovascular (SILVA JUNIOR et al., 2024). Uma meta-análise, publicada por Tharger *et al.* (2016), com 16 estudos observacionais e dados de 34.043 indivíduos com DHEM valida essa informação; nessa meta-análise, os indivíduos com DHEM apresentaram maior risco de eventos cardiovasculares fatais e/ou não-fatais do que aqueles sem DHEM (razão de chances 1,64) e esse risco permaneceu elevado, mesmo após ajuste para outros fatores de risco cardiometabólicos.

Além do papel de destaque das comorbidades metabólicas no desenvolvimento da DHEM, sabe-se também da contribuição do sedentarismo nesse processo. Conforme ressalta KIM *et al.* (2020), o comportamento sedentário é um preditor independente de DHEM e está associado a um maior risco de progressão de DHEM. Na presente pesquisa, no entanto, a minoria dos indivíduos foram classificados nas categorias sedentário (13,3%, n=4) e insuficientemente ativo (13,3%, n=4).

Em relação à categorização dos indivíduos quanto ao risco de fibrose avançada, utilizando-se o resultado do *fibrosis-4 index* (FIB-4), observa-se que 73,4% (n=22) dos indivíduos foram classificados como “ausência de fibrose avançada” e 23,3% (n=7) como “indeterminado para fibrose avançada” conforme descrito na Tabela 2. A média do valor do FIB-4 na amostra estudada foi de  $1,37 \pm 0,90$ , como demonstrado na Tabela 3, sendo o valor máximo de 4,83 e o valor mínimo de 0,43. Sabe-se que a fibrose é o principal fator de risco para a progressão da DHEM, identificando pacientes com risco significativamente maior de desenvolver cirrose, insuficiência hepática e câncer de fígado. Além disso, a presença de fibrose hepática está associada à mortalidade tanto hepática quanto não-hepática, incluindo as complicações cardiovasculares.

Em relação à percepção sobre a doença, verificou-se que 83,3% (n=25) dos pacientes foram classificados como “maior percepção de ameaça imposta pela doença” e 16,7% (n=5) como “menor percepção”, conforme observa-se na Tabela 4. Sobre os valores observados para a percepção da doença nesta pesquisa, a média do escore total foi de  $39 \pm 7$ .

**Tabela 4.** Distribuição de frequências das variáveis Percepção sobre a Doença e Espiritualidade de pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica acompanhados no Ambulatório de Hepatologia de Palmas, Tocantins, Brasil, 2024.

Variáveis	Categorias	N (%)
Percepção sobre a doença	Maior ameaça	25 (83,3)
	Menor ameaça	5 (16,7)
Espiritualidade	Maior qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais	21 (70,0)
	Menor qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais	9 (30,0)

N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual;

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A percepção sobre a doença apresenta duas representações amplas: emocional e cognitiva. A emocional engloba preocupação, emoções, identidade e consequências; enquanto a cognitiva refere-se a controle individual, controle do tratamento e compreensão da doença. Na avaliação da percepção há ainda dois fatores referentes a causalidade e temporalidade da doença (NOGUEIRA, 2012).

Em relação à composição da representação emocional, compreende-se que a preocupação expressa o quanto o paciente sente-se apreensivo sobre os impactos da doença na sua condição de saúde; e as emoções, por sua vez, avaliam a intensidade das respostas emocionais negativas que a doença impõe ao paciente (BROADBENT *et al.*,2006). A identidade refere-se ao rótulo que o indivíduo usa para descrever sua doença e os sintomas percebidos, enquanto as consequências relacionam-se aos efeitos da doença em sua vida (BROADBENT *et al.*,2006). A representação emocional média foi de  $31,8 \pm 6,67$ ; destaca-se que os possíveis valores para esta representação variam de 0 a 40 pontos. Tais dados refletem que os pacientes da amostra estudada apresentam elevado nível de preocupação e carga emocional negativa, que pode ser atribuída, por exemplo à tristeza, medo ou frustração em relação à DHEM. Sabe-se que esses aspectos, em conjunto, podem levar a um comprometimento do bem-estar psicológico dos indivíduos (BROADBENT *et al.*,2015).

Por outro lado, na representação cognitiva, o controle individual expressa o quanto o indivíduo sente que pode controlar o curso da sua doença; enquanto o controle do tratamento mede a confiança do paciente na capacidade da terapêutica empregada em controlar seus sintomas ou minimizar os impactos da doença, sendo um indicador importante da disposição para o enfrentamento da doença (BROADBENT *et al.*,2015). A

compreensão da patologia reflete o entendimento dos pacientes sobre sua doença (BROADBENT *et al.*,2006). Na presente pesquisa, encontrou-se a média de  $7,67 \pm 4,65$  para representação cognitiva; destaca-se que os escores possíveis para esta representação variam de 0 a 30. Esse valor baixo sugere que os sujeitos da pesquisa acreditam ter menor capacidade de influenciar sua doença, expressam incertezas a respeito do tratamento, bem como entendimento impreciso sobre os aspectos relacionados à sua doença, como sintomas e evolução.

Na Tabela 4 também estão demonstradas as frequências relativas à categorização do World Health Organization Quality of Life Group-Spirituality, Religion and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB), verificando-se que 70,0% (n=21) dos participantes foram categorizados como “maior qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais”. A média do escore total do WHOQOL-SRPB foi de  $138,4 \pm 21$  pontos. Essa média pode ser considerada elevada, tendo em vista que o valor máximo do escore é 160. Tal fato demonstra que a dimensão espiritual, religiosa e/ou subjetiva dos indivíduos avaliados tem impacto significativo em sua qualidade de vida. Das oito facetas que compõem o WHOQOL-SRPB, as que apresentaram as médias mais elevadas foram o sentido de vida, admiração, força espiritual e fé.

Esses dados relacionados à espiritualidade estão em consonância com o contexto cultural da população brasileira, na qual, historicamente, a religiosidade e a espiritualidade sempre desempenharam um papel relevante. Segundo a pesquisa Global Religion de 2023, realizada pelo Instituto Ipsos, 89% dos brasileiros acreditam em Deus ou em um poder maior e 90% dos entrevistados afirmaram que essa crença os permite superar desafios, como doenças, conflitos e desastres (IPSOS, 2023).

Na Tabela 5, está descrita a Correlação de Spearman realizada para avaliar a associação entre a percepção sobre a doença e suas respectivas representações, cognitiva e emocional, assim como a espiritualidade e suas facetas. Observa-se, conforme apresentado nesta tabela, que não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre os escores totais de percepção da doença e os referentes à representação emocional com a espiritualidade e suas facetas. Todavia, quando se avalia a representação cognitiva da percepção da doença, verifica-se que houve correlação negativa e moderada com significância estatística entre esta representação e as facetas do WHOQOL-SRPB “Sentido de Vida” ( $r^2 = -0,449$ ,  $p = 0,013$ ), “Admiração” ( $r^2 = -0,438$ ,  $p = 0,016$ ) e “Fé” ( $r^2 = -0,459$ ,  $p = 0,011$ ). Tais informações são consistentes com o demonstrado por

Panzini *et al.* (2011), na validação brasileira do WHOQOL-SRPB, que demonstrou que quanto menor a educação, maior conexão espiritual, força espiritual e fé. Pode-se conjecturar que os indivíduos da população estudada utilizam preponderantemente recursos subjetivos relacionados a transcendência e fé no enfrentamento da sua doença.

**Tabela 5.** Correlação de Spermann ( $r^a$ ) da Percepção sobre a Doença e suas representações Cognitiva e Emocional com o Escore de Espiritualidade Total e suas facetas em

Variáveis	Percepção da Doença - Escore Total		Percepção da Doença - Representação Cognitiva		Percepção da Doença - Representação Emocional	
	$r^a$	$p$	$r^a$	$p$	$r^a$	$p$
Conexão Espiritual	0,077	0,687	-0,122	0,521	0,048	0,799
Sentido na vida	- 0,179	0,343	-0,449	0,013*	-0,007	0,973
Admiração	- 0,287	0,124	-0,438	0,016*	-0,094	0,622
Totalidade e Integração	- 0,151	0,424	-0,190	0,315	-0,199	0,292
Força Espiritual	-0,106	0,576	-0,222	0,238	-0,069	0,718
Paz interior	-0,130	0,495	-0,336	0,069	0,072	0,707
Esperança e Otimismo	-0,254	0,176	-0,340	0,066	-0,110	0,562
Fé	-0,223	0,235	-0,459	0,011*	-0,011	0,956
Espiritualidade Escore total	-0,175	0,355	-0,343	0,063	-0,057	0,764

p: nível de significância para a Correlação de Spermann

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica acompanhados no Ambulatório de Hepatologia de Palmas, Tocantins, Brasil, 2024

Na Tabela 6, são descritas de forma detalhada as análises realizadas através do Teste Exato de Fisher para avaliar a associação entre percepção de doença e espiritualidade, estado nutricional, nível de atividade física e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes desse estudo. Conforme observado, houve apenas uma associação no limite da significância estatística entre a percepção da doença e o estado nutricional. Essa associação, identificada no presente trabalho, foi semelhante ao descrito por Zelber *et al.* (2017) em um estudo sobre o “Papel da percepção da doença e da autoeficácia na modificação do estilo de vida entre pacientes com doença hepática gordurosa não-alcoólica”. Nesse estudo foi evidenciado que o IMC esteve positivamente relacionado a uma percepção de consequências mais graves da doença. Com isso, os

autores concluíram que ao se sentirem amedrontados sobre as consequências graves da patologia, os pacientes podem apresentar maior estresse emocional, o que, por sua vez, reduz a autoeficácia e, portanto, pode levar a piores hábitos nutricionais. Com base nesses dados, pode-se inferir que uma percepção mais ameaçadora sobre a DHEM pode impactar negativamente o enfrentamento dos pacientes sobre a sua doença, levando a piores hábitos alimentares e, conseqüentemente, a estados nutricionais de maior risco metabólico.

**Tabela 6.** Associação da Percepção da Doença com Espiritualidade, Estado Nutricional, Nível de Atividade Física e variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica do Ambulatório de Hepatologia de Palmas, Tocantins, Brasil, 2024.

Categorias	Percepção da Doença		Total N (%)
	Maior ameaça N (%)	Menor ameaça N (%)	
<b>Classificação Etária</b>	<i>p</i> = 0,300		
Adultos	18 (60)	2 (6,7)	20 (66,7)
Idosos	7 (23,3)	3 (10,0)	10 (33,3)
<b>Sexo</b>	<i>p</i> = 0,254		
Feminino	21 (70)	3 (10,0)	24 (80,0)
Masculino	4 (13,3)	2 (6,7)	6 (20,0)
<b>Hipertensão</b>	<i>p</i> = 0,565		
Não	5 (16,7)	2 (6,7)	7 (23,3)
Sim	20 (66,7)	3 (10,0)	23 (76,7)
<b>Pré-diabetes ou diabetes</b>	<i>p</i> = 0,622		
Não	7 (23,3)	2 (6,7)	9 (30,0)
Sim	18 (60,0)	3 (10,0)	21 (70,0)
<b>Dislipidemia</b>	<i>p</i> = 1		
Não	8 (26,7)	1 (3,3)	9 (30,0)
Sim	17 (56,7)	4 (13,3)	21 (70,0)
<b>Síndrome Metabólica</b>	<i>p</i> = 0,565		
Não	5 (16,7)	2 (6,7)	7 (23,3)
Sim	20 (66,7)	3 (10,0)	23 (76,7)
<b>Espiritualidade</b>	<i>p</i> = 1		
Maior qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais	17 (56,7)	4 (13,3)	21 (70,0)
Menor qualidade de vida em relação à espiritualidade, religião e crenças pessoais	8 (26,7)	1 (3,3)	9 (30,0)
<b>Estado Nutricional</b>	<i>p</i> = 0,056		
Baixo peso	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)
Eutrofia	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)
Sobrepeso	9 (30,0)	2 (6,7)	11 (36,7)
Obesidade	15 (50,0)	1 (3,3)	16 (53,3)
<b>Nível de Atividade Física</b>	<i>p</i> = 1		
Muito ativo	5 (16,7)	1 (3,3)	6 (20,0)
Ativo	13 (43,3)	3 (10,0)	16 (53,3)
Insuficientemente ativo	3 (10,0)	1 (3,3)	4 (13,3)
Sedentário	4 (13,3)	0 (0,0)	4 (13,3)

N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual;  
 p: nível de significância para o Teste Exato de Fisher.  
 Fonte: Elaborada pela autora (2024)

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente pesquisa, foi possível verificar que a maioria dos pacientes estudados, com Doença Hepática Esteatótica Metabólica (DHEM), apresentaram maior percepção de ameaça imposta pela doença, além de maior qualidade de vida relacionada à espiritualidade e estado nutricional compatível com alto risco metabólico. Entretanto, em relação à atividade física, foi identificada uma baixa frequência de sedentarismo.

Destaca-se que, embora a correlação entre a percepção global da doença e espiritualidade não tenha sido estatisticamente significativa, ao se avaliar a representação cognitiva da percepção da doença isoladamente, verificaram-se algumas associações inversas relevantes com as facetas da espiritualidade “sentido de vida”, “admiração” e “fé”. Assim, percebeu-se que os indivíduos com menor controle da doença e compreensão mais limitada sobre ela eram aqueles com os maiores escores para essas facetas da espiritualidade. Também foi encontrada associação no limite da significância estatística entre a percepção da doença e o estado nutricional do paciente. Apesar das poucas associações estatisticamente significativas identificadas, limitação que pode estar relacionada ao tamanho amostral, a análise conjunta dos resultados suscitou reflexões importantes a respeito dessa temática.

Além disso, considerando que as mudanças do estilo vida ainda constituam as medidas de primeira linha no tratamento da DHEM e que fatores psicológicos podem estar associados às baixas taxas observadas de adesão terapêutica, entender a percepção dos pacientes sobre a doença é fundamental. Ademais, sabe-se que as percepções e crenças dos pacientes sobre suas doenças não são estáticas e podem ser suscetíveis a intervenções educativas que visem melhorar os resultados de saúde. Assim, esta pesquisa mostrou-se relevante, pois pode instigar o desenvolvimento de trabalhos futuros com maior tamanho amostral, que busquem investigar outros fatores associados a percepção sobre a doença, contribuindo, desse modo, para o planejamento e a elaboração de abordagens multidisciplinares mais eficazes no enfrentamento da DHEM.

#### REFERÊNCIAS

ASHWELL, M.; GIBSON, S. A proposal for a primary screening tool: 'Keep your waist circumference to less than half your height'. **BMC Medicine**, v. 12, p. 26, 2014.

BESSA, P.; MELO, O. J. M. de. A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA. **Revista Psicologia & Saberes**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1454>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, 76 p, 2011.

BROADBENT, E.; PETRIE, K. J.; MAIN, J.; & WEINMAN, J.. The Brief Illness Perception Questionnaire. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 60, n. 6, p. 631–637, 2006.

BROADBENT, E.; WILKES, C.; KOSCHWANEZ, H.; WEINMAN, J.; NORTON, S.; PETRIE, K. J. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. **Psychology & Health**, v. 30, n. 11, p. 1361-1385, 2015. DOI: 10.1080/08870446.2015.1070851.

CHALASANI N.; YOUNOSSI Z.; LAVINE JE.; DIEHL AM.; BRUNT EM.; CUSI K, *et al*. The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology and the American Gastroenterological Association. **Hepatology (Baltimore, Md)**, v. 55, n. 6, p.2005–2023, 2012.

COTRIM, Helma P. *et al*. Nonalcoholic fatty liver disease in Brazil. Clinical and histological profile. **Annals of Hepatology**, v. 10, n. 1, p. 33-37, 2011.

EASL-EASD-EASO. EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (EASL); EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES (EASD); EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY (EASO). Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). **Journal of Hepatology**, v. 81, n. 3, p. 492-542, set. 2024. DOI: 10.1016/j.jhep.2024.04.031. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.04.031>.

KIM, D.; VAZQUEZ-MONTESINO, L. M.; LI, A. A.; *et al*. Inadequate physical activity and sedentary behavior are independent predictors of nonalcoholic fatty liver disease. **Hepatology (Baltimore, Md)**, v. 72, n. 5, p. 1556–1568, 2020.

IPSOS. 89% dos brasileiros acreditam em Deus ou em um poder maior, aponta pesquisa Ipsos. 2023. Disponível em: <https://www.ipsos.com/pt-br/89-dos-brasileiros-acreditam-em-deus-ou-em-um-poder-maior-aponta-pesquisa-ipsos>. Acesso em: 29 de outubro 2024.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de

Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n 2, p.5-18, 2001.

MOREIRA, R. O. *et al.* Brazilian evidence-based guideline for screening, diagnosis, treatment, and follow-up of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) in adult individuals with overweight or obesity: A joint position statement from the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM), Brazilian Society of Hepatology (SBH), and Brazilian Association for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (Abeso). **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 67, n. 6, p. e230123, 2023.

NOGUEIRA, G. S. Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira. 2012. XIII, 86 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

PANZINI, R.G; MAGANHA, C.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p. 153-165, 2011.

PINTO DO NASCIMENTO, N.; WOLL DIAS, G.; DAROIT, L.; RIBEIRO SILVA BENINCÁ, C. **Avaliação de Personalidade Tipo D e Percepção de Doença em Pacientes Cardiopatas**. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 67–82, 2019. DOI: 10.20435/pssa.v11i2.681.

RINELLA, M. E. *et al.* American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. **Hepatology**, v.77, p.1797–1835, 2023.

SILVA JÚNIOR, W. S.; VALÉRIO, C. M.; ARAUJO-NETO, J. M.; GODOY-MATOS, A. F.; BERTOLUCI, M. Doença hepática esteatótica metabólica (DHEM). Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-8. ISBN 978-65-272-0704-7.

STINE, J. G.; LONG, M. T.; COREY, K. E.; *et al.* **American College of Sports Medicine (ACSM) International Multidisciplinary Roundtable report on physical activity and nonalcoholic fatty liver disease**. *Hepatology Communications*, v. 7, n. 4, 2023.

TARGHER, Giovanni; BYRNE, Christopher D.; LONARDO, Alessandra; *et al.* Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: a meta-analysis. *Journal of Hepatology*, v. 65, p. 589-600, 2016.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref. Quality of Life Assesment. **Psychol Med**, v. 28, n.3, p. 551-558, 1998.

WHOQOL-SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO Expert Committee, p. 462, 1995.

YOUNOSSI, Z. M.; GOLABI, P.; DE AVILA, L.; PAIK, J. M.; SRISHORD, M.; FUKUI, N.; et al. The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Hepatology**, v. 71, n. 4, p. 793-801, 2019. DOI: 10.1016/j.jhep.2019.06.021.

ZELBER-SAGI, S.; BORD, S.; DROR-LAVI, G.; SMITH, M. L.; TOWNE, S. D. Jr.; BUCH, A.; WEBB, M.; YESHUA, H.; NIMER, A.; SHIBOLET, O. Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients. **World Journal of Gastroenterology**, v. 23, n. 10, p. 1881-1890, 2017. DOI: 10.3748/wjg.v23.i10.1881.