



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Associação entre os transtornos depressivo e de ansiedade e a evolução de pacientes indicados ao transplante hepático em centro de referência de Salvador, Bahia, Brasil

Maria Isabel Ribeiro Oliveira Teles

Salvador (Bahia)
Maio, 2016

Universidade Federal da Bahia
Sistema de Bibliotecas
Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira

T269 Teles, Maria Isabel Ribeiro Oliveira.

Associação entre os transtornos depressivos e de ansiedade e a evolução de pacientes indicados ao transplante hepático em centro de referência de Salvador, Bahia, Brasil / Maria Isabel Ribeiro Oliveira Teles. – 2016.

45 fl.

Orientador: Prof. Lucas de Castro Quarantini.
Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2016.

1. Transtornos de ansiedade. 2. Sintomas depressivos. 3. Transplante hepático
I. Quarantini, Lucas de Castro. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616.89-008.441



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Associação entre os transtornos depressivo e de ansiedade e a evolução de pacientes indicados ao transplante hepático em centro de referência de Salvador, Bahia, Brasil

Maria Isabel Ribeiro Oliveira Teles

Professor orientador: **Lucas de Castro Quarantini**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Maio, 2016

Monografia: *Transtornos depressivo e de ansiedade e a evolução clínica em uma coorte de indivíduos indicados ao transplante hepático em um centro de referência de Salvador, Bahia, Brasil*, de **Maria Isabel Ribeiro Oliveira Teles**.

Professor orientador: **Lucas de Castro Quarantini**

COMISSÃO REVISORA:

- **Lucas de Castro Quarantini** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria da Glória Bomfim Arruda**, Professora do Departamento de Medicina e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Angelina Xavier Acosta**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2016.

“Nossa vida é o que os nossos pensamentos fazem dela”.
James Allen

EQUIPE

- Maria Isabel Ribeiro Oliveira Teles, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: isabelroteles@hotmail.com;
- Professor orientador: Lucas de Castro Quarantini, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA
Correio-e: quarantini@ufba.com;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES)

HOSPITAL PORTUGUÊS DA BAHIA

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **Lucas de Castro Quarantini**, pelas orientações acadêmicas e à minha trajetória profissional de futura médica.
- ◆ À Professora Doutora **Glória Bomfim**, pelas contribuições ao meu trabalho e pelo exemplo de profissional dedicada e estudiosa.
- ◆ À Professora Doutora **Angelina Acosta**, pelas instruções e recomendações adquiridas a cerca do trabalho científico.
- ◆ Ao meu marido, **João Maurício**, pela cumplicidade, cuidado, incentivo e carinho dedicados. À nossa filha, **Maria Edna**, por despertar o maior amor que existe em mim.
- ◆ À minha família, pelo apoio e suporte incondicionais. Minha Mãe **Adelma**, inspiração constante, com quem aprendi o valor do conhecimento e do estudo e o quão importante é a ética no exercício da profissão, condições indispensáveis ao bom médico. Meu pai **José Alfredo**, exemplo de caráter e dedicação a família, a quem devo os ensinamentos de humildade e generosidade. Aos meus irmãos **Alfredo e Gustavo**, por serem referências de aprendizado e dedicação. À **Vivian**, por sempre ter acompanhado e apoiado minha trajetória.
- ◆ À Doutoranda **Mychelle Moraes**, pela orientação referente à linha de pesquisa em hepatopatias e transtornos mentais.
- ◆ À Mestranda **Ana Paula**, pela orientação referente à linha de pesquisa em hepatopatias e transtornos mentais.
- ◆ Aos colegas **Carolina Arruda, Lucas Ferreira, José Edson Araújo e Tayne Miranda** pela contribuição na coleta e organização dos dados da pesquisa.
- ◆ Aos pacientes hepatopatas, importantes colaboradores desta pesquisa.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. METODOLOGIA	8
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSSÃO	21
VII. CONCLUSÕES	27
VIII. SUMMARY	29
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
X. ANEXOS	
• ANEXO I: Ficha de registro de dados (dados pós-transplante)	33
• ANEXO II: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	34
• ANEXO III: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	35
• ANEXO IV: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Status dos pacientes com relação à situação para realização do transplante hepático	11
-----------	---	-----------

TABELAS

TABELA 1	Comorbidades psiquiátricas atuais ou passadas apresentadas pelos pacientes	12
TABELA 2	Características sociodemográficas dos pacientes	13
TABELA 3	Comorbidades clínicas dos pacientes	14
TABELA 4	Características clínicas dos pacientes submetidos ao transplante hepático	15
TABELA 5	Desfechos clínicos dos pacientes	17
TABELA 6	Características sociodemográficas dos pacientes com transtorno de ansiedade	17
TABELA 7	Características sociodemográficas dos pacientes com sintomas depressivos	18
TABELA 8	Situação dos pacientes com transtorno de ansiedade em relação ao transplante hepático	18
TABELA 9	Situação dos pacientes com sintomas depressivos em relação ao transplante hepático	19
TABELA 10	Desfechos clínicos dos pacientes com transtorno de ansiedade	20
TABELA 11	Desfechos clínicos dos pacientes com sintomas depressivos	20

I. RESUMO

Associação entre os transtornos depressivo e de ansiedade e a evolução de pacientes indicados ao transplante hepático em centro de referência de Salvador, Bahia, Brasil.

Introdução: O transplante hepático trouxe inúmeros avanços clínicos, como a melhoria da qualidade de vida e a longevidade dos pacientes hepatopatas crônicos. Entretanto, pacientes diagnosticados com transtorno de ansiedade e com sintomas depressivos possuem riscos de complicações pós-transplante. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar a associação entre o transtorno de ansiedade e sintomas depressivos e a evolução clínica de pacientes indicados ou submetidos ao transplante hepático. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo e retrospectivo, que incluiu 202 indivíduos em lista de espera, do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo - HUPES). Foram utilizados os questionários representados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD – **anexo IV**), o *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0* (M.I.N.I. PLUS) (Amorim, 2000) para o diagnóstico psiquiátrico, o questionário pré-transplante com dados sócio-demográficos e clínicos, e o questionário pós-transplante (**anexo I**) preenchido após revisão de prontuários. **Resultados:** Do total da amostra, 29 pacientes (14%) tinham sintomas depressivos e 26 pessoas (13%) tiveram o diagnóstico de transtorno de ansiedade. A cirrose hepática representou o diagnóstico clínico inicial majoritário com 60% dos casos, enquanto a etiologia da doença hepática mais prevalente em termos absolutos foi a hepatite por vírus C com 94 casos (46,5%). Vinte e dois e meio por cento dos óbitos e 50% das rejeições agudas pertenceram a pacientes com transtorno de ansiedade ou com sintomas depressivos. Nenhum paciente com tais desordens desenvolveu reinfecção viral. **Conclusão:** Embora não tenha sido possível estabelecer inferência estatística conclusiva que mostrasse maior prevalência de desfechos negativos entre os pacientes com transtorno de ansiedade e sintomas depressivos, o impacto na evolução clínica é indiscutível e merece atenção.

Palavras chave: 1. Transtorno de ansiedade; 2. Sintomas depressivos; 3. Transplante hepático.

II. OBJETIVOS

PRIMÁRIO

Avaliar a associação entre o transtorno de ansiedade e sintomas depressivos e a evolução dos pacientes indicados ao transplante hepático.

SECUNDÁRIOS

1. Investigar e determinar os transtornos ou sintomas psiquiátricos em pacientes no período pré transplante hepático;
2. Determinar características sociodemográficas (sexo, estado civil, faixa etária, naturalidade e ocupação) e clínicas (comorbidades clínicas, diagnóstico clínico inicial e etiologia da doença hepática) dos pacientes no período pré transplante hepático;
3. Determinar os desfechos clínicos, tais como rejeição, reinfeção e morte, dos pacientes da amostra;
4. Determinar características sociodemográficas (sexo e faixa etária) dos pacientes com transtorno de ansiedade e sintomas depressivos; e
5. Avaliar associação entre o transtorno de ansiedade e sintomas depressivos e desfechos clínicos, tais como rejeição, reinfeção e morte.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A primeira tentativa de realizar o transplante de fígado humano ocorreu nos Estados Unidos em meados da década de sessenta, entretanto somente após quatro anos a técnica utilizada aprimorou-se o suficiente para alcançar o sucesso cirúrgico com resultados satisfatórios. A descoberta ainda na mesma década da ciclosporina, considerada potente droga imunossupressora, está entre os destaques responsáveis pela crescente evolução dos transplantes. No Brasil, mais especificamente no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no ano de 1985 foi realizado o primeiro transplante hepático da América Latina.^{1,2}

Ao longo dos anos, o transplante hepático revolucionou a Medicina e atualmente já é considerado um procedimento bem estabelecido que trouxe inúmeros avanços, entre os quais a evolução na qualidade de vida e a longevidade dos pacientes hepatopatas crônicos terminais.³ Os resultados pós-transplante tem melhorado continuamente através de técnicas avançadas e terapêutica imunossupressora cada vez mais aprimorada. Dessa maneira, intensificou-se a busca pelos fatores de risco que de alguma forma trouxessem resultados negativos a longo prazo, como os transtornos psiquiátricos.⁴

No Brasil, a situação é preocupante, visto que ocupa o segundo lugar mundial em termos absolutos de transplantes hepáticos (1723 procedimentos apenas no ano de 2013), atrás somente dos Estados Unidos que realizou 6384 intervenções. Todavia, o acompanhamento psicopatológico dos pacientes em fila de espera e durante o pós-transplante ainda se revela aquém do ideal, com repercussões graves na recuperação e tratamento dos doentes.⁵

Nessa perspectiva e com intuito de ratificar a importância das comorbidades psiquiátricas nos pacientes, existem condições específicas que, embora não sejam impeditivas, são agrupadas e merecem cautela quanto a indicação ao transplante. Como exemplos temos: o uso ativo de substâncias psicoativas, psicose ativa, transtorno de personalidade grave e transtorno neurocognitivo grave.⁶

Os transtornos depressivo e de ansiedade, assim como o abuso e dependência de álcool, são as condições psiquiátricas mais comumente encontradas nos pacientes em

espera para transplante hepático.⁷ Em um estudo de coorte prospectivo realizado por pesquisadores, foi verificado que quase metade dos setenta pacientes na fila de espera para o transplante hepático possuíam sintomas relacionados a depressão. Além disso, características como o abuso de álcool estão diretamente associadas ao caráter emocionalmente deprimido desses pacientes.⁸

O estado neuropsiquiátrico, a adesão terapêutica, o suporte social e o acompanhamento do paciente são alguns dos fatores determinantes para a qualidade de vida do pós-transplantado. Evidências e pesquisas contínuas reafirmam que as perturbações psiquiátricas, incluindo transtornos depressivo e de ansiedade, são frequentes no período pré e pós-transplante. Além disso, pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos possuem maior risco de complicações na fase pós-transplante, tanto na qualidade de vida e no próprio estado psiquiátrico quanto na evolução clínica, principalmente pela não adesão ao tratamento terapêutico. Dentre os principais determinantes da adesão pós-transplante destacam-se a história de não adesão pré transplante, o suporte social e a presença de perturbações psiquiátricas.⁴

A associação entre transtornos depressivos e diversos desfechos clínicos no pós-transplante (perda do enxerto, rejeição celular aguda, primeira infecção e primeira internação) foi avaliada por um estudo de coorte retrospectivo, no qual dos 179 pacientes, 65 tinham depressão. Concluiu-se que aqueles que tinham depressão e faziam uso de antidepressivo evoluíram com menos morbidades que aqueles não usuários do medicamento, atestando que o tratamento farmacológico da depressão pode reduzir significativamente a incidência de rejeição celular aguda nos indivíduos submetidos ao transplante. No entanto, estudos futuros são necessários para avaliar definitivamente os resultados dos efeitos dos medicamentos.⁹

A hepatite C está entre as principais causas de indicação ao transplante de fígado, sendo os transtornos neuropsiquiátricos comumente encontrados nos pacientes portadores do vírus C da hepatite (VHC), principalmente a depressão e o risco de suicídio. Em uma pesquisa realizada com noventa pacientes infectados pelo VHC em um hospital universitário do nordeste brasileiro, observou-se que 44 (49%) tinham pelo menos um diagnóstico psiquiátrico.¹⁰ O interferon é a droga de escolha no tratamento da hepatite C crônica, mas pode induzir depressão e outros quadros psiquiátricos. Nesse contexto, a

equipe médica deve estar atenta aos efeitos adversos da droga e suas implicações ao curso da doença hepática.¹¹

O acompanhamento psiquiátrico dos pacientes submetidos ao transplante hepático é imprescindível, uma vez em que o tratamento psicofarmacológico é delicado e o suporte adequado pode ajudar no controle da morbimortalidade psiquiátrica, principalmente nos transtornos depressivos.¹² Devido à relevância e a possível redução significativa que as perturbações psiquiátricas, tanto no pré como no pós-transplante, poderão ter sobre a evolução clínica e a qualidade de vida do doente transplantado, é essencial que esses pacientes tenham um seguimento especializado ao longo de todo o processo de intervenção cirúrgica e de recuperação.¹³

Como demonstrado anteriormente, muitos trabalhos já realizados mundialmente examinaram os efeitos da saúde mental sobre a qualidade de vida e recuperação pós-transplante, representando evidências científicas que concluem a estreita relação dos transtornos psiquiátricos e o curso clínico desses pacientes. A avaliação psiquiátrica diagnóstica e precoce, por tanto, torna-se necessária aos candidatos ao procedimento cirúrgico, pois pode aumentar substancialmente a sobrevivência dos doentes, reduzir a taxa de complicações e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.¹⁴ A avaliação deverá incluir a análise psicopatológica geral para detectar qualquer perturbação psiquiátrica, bem como o nível de adesão terapêutica, uma vez em que são reconhecidos como fatores determinantes para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde pelos doentes transplantados, podendo ser uma causa direta dos insucessos do procedimento e das mortes pós-transplante.¹⁵

IV. METODOLOGIA

- **Desenho de estudo:** Estudo de coorte prospectivo e retrospectivo.

- **Amostra:** A amostra foi constituída por 202 pacientes acompanhados no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos (Complexo - HUPES) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), maiores que 18 anos e que devidamente leram e assinaram o TCLE – **anexo III**.

- **Variáveis:** A variável preditora do estudo em questão foi a desordem psiquiátrica, tanto o transtorno de ansiedade quanto os sintomas depressivos, dos pacientes em lista de espera, e as variáveis de resultados foram os desfechos do pós transplante, tais como óbito, rejeição aguda e reinfeção viral. Outras comorbidades psiquiátricas podem ser consideradas potenciais variáveis confundidoras. Ademais, foi analisado também variáveis sociodemográficas como sexo, estado civil, faixa etária, naturalidade e ocupação, bem como o diagnóstico clínico inicial, a etiologia da doença hepática e comorbidades clínicas.

- **Instrumentos:** Os instrumentos utilizados na pesquisa foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) – **anexo IV**, o *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0 (M.I.N.I. PLUS)* (Amorim, 2000), traduzido para o português brasileiro, para o diagnóstico psiquiátrico, o questionário sócio-demográfico e clínico pré-transplante hepático e dados coletados a partir dos registros em prontuários na fase pós-transplante. A HAD utilizada nesse projeto constou de 14 perguntas, as quais foram respondidas pelos pacientes a partir da auto-avaliação do estado emocional e psicológico dos mesmos no momento da aplicação do questionário. As respostas das perguntas aplicadas na HDA variaram de 3 a 4 opções e para cada resposta assinalada houve a pontuação correspondente, que foi avaliada quantitativamente e qualitativamente. O M.I.N.I

PLUS foi utilizado como opção de padronização do método diagnóstico, sendo baseado nos critérios do DSM – IV, 4ª versão do manual de transtornos mentais da Associação Psiquiátrica Americana¹⁶, e no CID – 10 da Organização Mundial de Saúde.¹⁷

- **Procedimentos:** Todos os 202 pacientes incluídos inicialmente na lista de espera para transplante hepático, acompanhados no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos entre junho de 2010 até junho de 2014, foram convidados a participar da pesquisa. Após aceitarem e assinarem o TCLE, os questionários de dados sócio-demográficos e clínicos, como também a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD – **anexo IV**) e o *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0* (M.I.N.I. PLUS) (Amorim, 2000) foram aplicados por mestrandos e doutorandos pertencentes ao programa de pós-graduação em saúde mental do pesquisador e professor Dr. Lucas de Castro Quarantini. Posteriormente, foi feita a coleta de dados pós-transplante através de revisão de prontuários no Hospital Português daqueles que realizaram o procedimento, a fim de preencher o questionário que englobava dados sobre indicação ao transplante, adesão medicamentosa, comorbidades, abuso de álcool, evolução e desfechos clínicos.
- **Análise dos dados:** Após o término da coleta e construção do banco de dados, iniciamos a sua análise, utilizando medidas de associação epidemiológica a razão de prevalência (RP), proporções para variáveis qualitativas e médias para variáveis quantitativas, além das análises gráficas para determinação dos tipos de parâmetros alcançados na amostra. Posteriormente, as variáveis contínuas foram comparadas através do teste *t de Student*, ou pelo teste de *Mann-Whitney*, dependendo da confirmação dos dados seguirem padrão compatível com a distribuição normal. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher (quando necessário) e foram avaliadas as forças de associação entre as variáveis independentes e os desfechos estudados. Todos os cálculos foram realizados com auxílio do Software SPSS (*Statistical Package for Social*

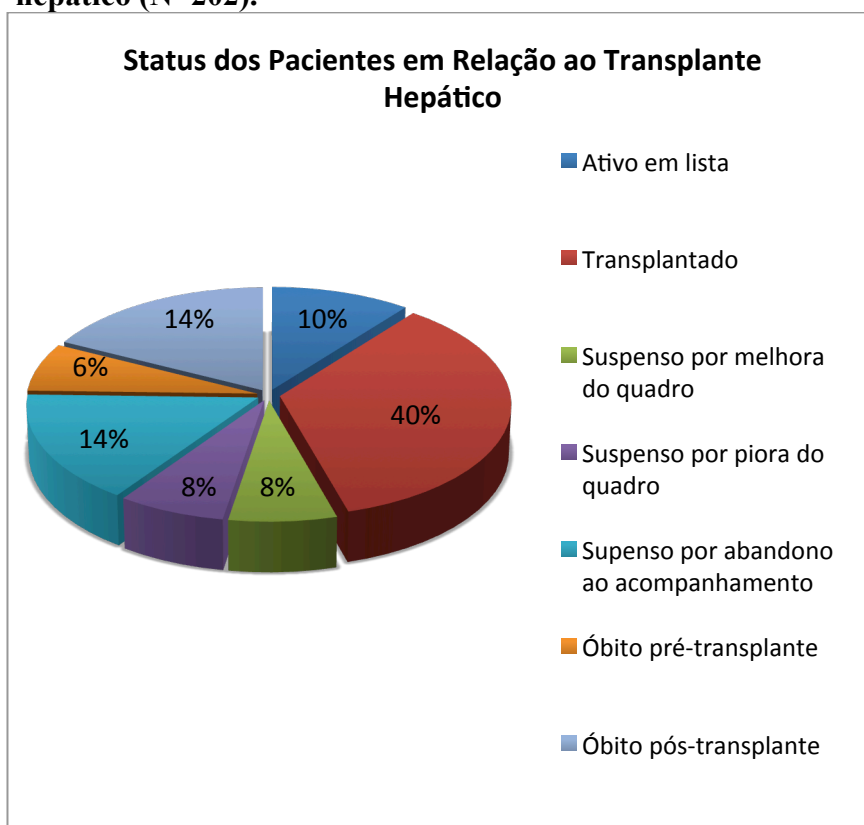
Sciences), versão 15.0, sendo considerados como estatisticamente significantes valores bicaudais com $p < 0,05$.

- **Considerações éticas:** O trabalho realizado respeita as Diretrizes e Normas da Resolução 196/96 assim como a declaração de Helsinki de 1989 sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – **anexo III** garantiu a integridade e autonomia dos participantes da pesquisa, assegurados por direito. O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa de nome “Aspectos comportamentais de hepatopatias” cujo pesquisador responsável é o Doutor Lucas de Castro Quarantini, e tem aprovação desde 28 de agosto de 2002 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira, pertencente ao Complexo – HUPES, através do Parecer/Resolução n° 14/2002 (**anexo II**). Por tanto, inexistem conflitos éticos, administrativos e processual.

V. RESULTADOS

Os status dos pacientes em relação ao transplante hepático (transplantado, suspenso, óbito e ativo em lista) foram quantificados (**gráfico 1**). Foram transplantados cerca de 40% dos pacientes e todos continuam vivos até o presente momento, enquanto 14% evoluíram a óbito após a tentativa de transplante. 14% não realizaram o transplante e foram suspensos por abandono ao acompanhamento; 10% ainda se mantem ativos na lista de espera; 6% evoluíram a óbito no período pré-transplante; 8% foram suspensos por piora do quadro clínico e outros 8% foram suspensos por melhora do quadro clínico.

Gráfico 1 - Status dos pacientes com relação à situação para realização do transplante hepático (N=202).



As desordens psiquiátricas apresentadas pelos pacientes são vistas na **tabela 1**, na qual constam a frequência e a porcentagem para cada comorbidade psiquiátrica atual ou passada. Do total de pacientes avaliados (N=202), 27 indivíduos tiveram o diagnóstico de episódio

depressivo maior (13,4%), seja atual ou passado, enquanto 26 pacientes tiveram o diagnóstico de transtorno de ansiedade (12,9%), incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico, agorafobia (atual ou ao longo da vida) e fobia social. A distímia, considerada uma variante do transtorno depressivo, englobou dois indivíduos. Sendo assim, consideramos que 29 pacientes (14,3%) eram portadores de sintomas depressivos, já que para o diagnóstico de fato do transtorno depressivo maior não é suficiente tão somente um único episódio depressivo maior. Englobando ambas condições, transtornos de ansiedade e sintomas depressivos, pode-se concluir que ocorreram 55 casos (27,2% do total).

O risco de suicídio correspondeu a 15,3% do total da amostra; o transtorno afetivo bipolar a 1,5%; o transtorno de ajustamento a aproximadamente 13%; o abuso de álcool (atual ou passado) a 42,5% e o abuso de substâncias ilícitas a 3,5%.

Tabela 1 - Comorbidades psiquiátricas atuais ou passadas apresentadas pelos pacientes (N=202).

Comorbidades Psiquiátricas	Frequência (n)/Porcentagem (%)
Episódio Depressivo Maior Atual	10 (5)
Episódio Depressivo Maior Passado	17 (8,4)
Distímia	2 (0,9)
Risco de Suicídio	31 (15,3)
Transtorno Afetivo Bipolar	3 (1,5)
Transtorno de Pânico	7 (3,5)
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	12 (6)
Agorafobia (atual)	2 (1)
Agorafobia (ao longo da vida)	2 (1)
Fobia Social	3 (1,5)
Transtorno de Ajustamento	26 (13)
Abuso de Álcool (atual)	14 (7)
Abuso de Álcool (passado)	72 (35,5)
Abuso de substâncias ilícitas	7 (3,5)

A **tabela 2** identifica as características sociodemográficas dos pacientes na lista de espera para transplante de fígado, incluindo sexo, estado civil, faixa etária, naturalidade e ocupação, assim como as respectivas frequências para cada resposta. Os resultados apontam

que o sexo masculino foi o mais prevalente, correspondendo a 157 pacientes (78% dos casos analisados). Por outro lado, a faixa etária mais prevalente entre os pacientes correspondeu a igual ou superior a 40 anos de idade, contabilizando 171 pacientes (85% do total pesquisado).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pacientes.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo (N=201)		
Feminino	44	22
Masculino	157	78
Estado Civil (N=199)		
Solteiro	24	12
Casado/Relacionamento estável	144	72,5
Divorciado	26	13
Viúvo	5	2,5
Faixa etária (N=201)		
< 40 anos	30	15
≥ 40 anos	171	85
Naturalidade (N=202)		
Bahia	187	92,6
Salvador	63	33,6
Interior da Bahia	124	66,4
Outros estados	15	7,4
Ocupação (N=198)		
Desempregado	11	5,6
Está ativo profissionalmente	100	50,5
Aposentado por idade	48	24,2
Aposentado por doença	36	18,2
Estudante	3	1,5

Na **tabela 3** é possível identificar a quantidade de pacientes portadores de comorbidades como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, ambas consistindo

nas comorbidades clínicas mais frequentemente observadas. Do total, 56 pacientes (27,7%) possuíam Diabetes Mellitus e 46 pacientes (22,7%) tinham Hipertensão Arterial Sistêmica.

Outras comorbidades clínicas também estão exemplificadas e foram menos frequentes na amostra. Percebe-se que 9 pacientes (4,5%) possuíam complicações no trato gastrointestinal e outras 9 pessoas (4,5%) tinham comorbidades nefrológicas, tais como litíase renal e insuficiência renal.

Tabela 3 - Comorbidades clínicas dos pacientes (N=202).

Comorbidades Clínicas	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Diabetes Mellitus	56	27,7
Hipertensão Arterial Sistêmica	46	22,7
Gastrointestinal	9	4,5
Úlcera gástrica		
Gastrite		
Polipose retal		
Colelitíase		
Retocolite		
Nefrológica	9	4,5
Litíase renal		
Insuficiência renal		
Disfunção renal não dialítica		
Oftalmológica	5	2,5
Catarata		
Ceropatia		
Glaucoma		
Dermatológica	4	2
Erisipela		
Carcinoma basocelular		
Psoríase		
Ortopédica	3	1,5
Artrose		
Osteófito		
Osteomielite		
Reumatológica	3	1,5
Artrite reumatóide		
Hematológica	3	1,5
Trombose		
Anemia		
Hemocromatose		
Síndrome de Rendu		

Osler Weber		
Neurológica	2	1
AVC		
Fibromialgia		
Parkinsonismo idiopático		
Infeciosa	1	0,5
Herpes Zoster		
Cardiológica	1	0,5
Arritmia		
Endocrinológica	1	0,5
Hipotireoidismo		

Quanto ao diagnóstico clínico que resultou na indicação ao transplante hepático (**tabela 4**), 120 casos (59,3%) do total avaliado foram devido a cirrose hepática; 23 casos (11,4%) por doença crônica parenquimatosa do fígado associada a cirrose hepática; 17 casos (8,4%) por doença crônica parenquimatosa do fígado não associada a cirrose hepática (DCPF, exclusivamente); 7 casos (3,5%) por carcinoma hepatocelular (CHC); 6 casos (3%) por hepatite auto imune; 5 casos (2,5%) por quadro de cirrose associado a CHC; e 1 caso de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF).

Já na etiologia da doença hepática, também demonstrada na **tabela 4**, percebe-se que a maioria absoluta dos casos foi de etiologia viral, mais especificamente vírus C da hepatite (VHC), o que correspondeu a 94 casos (46,5%). Na amostra tiveram dois casos de infecção concomitante pelo VHC e pelo vírus B da hepatite (VHB); 7 casos (3,5%) de infecção somente pelo VHB; 25 casos (12,4%) de doença alcoólica do fígado e 11 casos (5,4%) de hepatite auto imune.

Tabela 4 - Características clínicas dos pacientes submetidos ao transplante hepático.

Diagnóstico Clínico que Conduziu ao Transplante Hepático (N=202)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Cirrose	120	59,3
DCPF/Cirrose	23	11,4
DCPF	17	8,4
CHC	7	3,5
Hepatite Autoimune	6	3

CHC/Cirroze	5	2,5
PAF	1	0,5
Outros	23	11,4
Etiologia da Doença		
Hepática (N=202)		
VHC	94	46,5
Doença Alcoólica do Fígado	25	12,4
Hepatite Autoimune	11	5,4
VHB	7	3,5
Hepatite Criptogênica	3	1,5
PAF	3	1,5
Colangite Esclerosante Primária	3	1,5
Síndrome de Budd-Chiari	2	1
VHC + VHB	2	1
NASH	1	0,5
Hemocromatose	1	0,5
Outros	50	24,7

CHC - Carcinoma Hepatocelular; DCPF - Doença Crônica Parenquimatosa do Fígado; PAF - Polineuropatia Amiloidótica Familiar; VHC - vírus C da hepatite; VHB - vírus B da hepatite; NASH - Esteatohepatite Não Alcoólica; Outros – diversos diagnósticos e etiologias minoritários.

Os desfechos da evolução dos pacientes, quanto a reinfecção viral, rejeição e morte estão da **tabela 5**. Em relação aos óbitos, foi visto que 40 indivíduos (19,8%) evoluíram a óbito durante todas as fases da pesquisa. A incidência de rejeição aguda pós transplante hepático foi de 8 casos, o equivalente a 4% dos 202 pacientes analisados, embora signifique 10% dos submetidos ao transplante e que ainda estão vivos. Em relação a reinfecção viral, percebe-se que 7 pacientes (3,5% do total pesquisado, mas 8,7% do total transplantado e que sobreviveu) foram reinfecados pelo VHC ou VHB.

Tabela 5 - Desfechos clínicos dos pacientes.

Óbito (N=202)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
----------------------	-----------------------	------------------------

Sim	40	20
Não	162	80
Rejeição Aguda no Pós- Transplante (N=202)		
Sim	8	4
Não	194	96
Reinfecção Pós- Transplante em Pacientes que Apresentavam Hepatites Virais (N=202)		
Sim	7	3,5
Não	195	96,5

A ligeira maioria dos pacientes com transtorno de ansiedade (54%) eram homens, e 77% tinham idade igual ou superior a 40 anos. Entre os pacientes com sintomas depressivos, aproximadamente 70% eram homens e novamente a idade superior ou igual a quarenta anos foi majoritária com quase 83% da amostra, como podemos analisar a partir das características sociodemográficas dos pacientes com transtorno de ansiedade e sintomas depressivos nas tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos pacientes com transtorno de ansiedade. (N=26)

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	12	46
Masculino	14	54
Faixa etária		
< 40 anos	6	23
≥ 40 anos	20	77

Tabela 7 - Características sociodemográficas dos pacientes com sintomas depressivos (N=29).

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
-----------	----------------	-----------------

Sexo		
Feminino	9	31
Masculino	20	69
Faixa etária		
< 40 anos	5	17,2
≥ 40 anos	24	82,8

O status dos pacientes com transtorno de ansiedade e sintomas depressivos em relação à situação ao transplante hepático foi determinado nas **tabelas 8 e 9**, respectivamente. Pode-se inferir que oito casos entre os portadores de transtorno de ansiedade foram transplantados e continuam vivos, representando 30,8% do total. Em seguida, os casos de suspensão por piora do quadro ou abandono do tratamento corresponderam a cinco indivíduos cada. 15,5% foi suspenso por melhora do quadro e 15,3% evoluiu a óbito durante as fases do transplante. Nesse sentido, onze pessoas com transtorno de ansiedade foram transplantadas, sendo que três foram a óbito no pós-transplante.

Dos indivíduos com sintomas depressivos, nove pacientes foram transplantados e continuam vivos, correspondendo a 31%. Em seguida, oito pessoas (27,5%) foram suspensas por abandono ao acompanhamento e sete (24%) suspensas por piora do quadro clínico. Por fim, foi constatado cinco óbitos (17,5%) ao longo da pesquisa entre aqueles com sintomas depressivos. Sendo assim, treze pessoas com sintomas depressivos recebem o transplante, embora quatro delas viessem a óbito posteriormente.

Tabela 8 - Situação dos pacientes com transtorno de ansiedade em relação ao transplante hepático (N=26).

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Ativo em lista	0	0
Transplantado	8	30,8
Suspenso por melhora do quadro	4	15,5
Suspenso por piora do quadro	5	19,2

Suspensão por abandono ao acompanhamento	5	19,2
Óbito pré-transplante	1	3,8
Óbito pós-transplante	3	11,5

Tabela 9 - Situação dos pacientes com sintomas depressivos em relação ao transplante hepático (N=29).

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Ativo em lista	0	0
Transplantado	9	31
Suspensão por melhora do quadro	0	0
Suspensão por piora do quadro	7	24
Suspensão por abandono ao acompanhamento	8	27,5
Óbito pré-transplante	1	3,5
Óbito pós-transplante	4	14

Os pacientes com diagnósticos de transtorno de ansiedade tiveram os desfechos clínicos quantificados na **tabela 10**. Do total de quarenta indivíduos que vieram a óbito e que já foram observados anteriormente, quatro pacientes tinham o diagnóstico de transtorno de ansiedade, o que representa 10%. Em relação a rejeição aguda, nota-se que do total de oito pacientes que evoluíram para esse desfecho, dois (25%) tinham o quadro de transtorno de ansiedade estabelecido. No entanto, foi verificado que nenhum paciente com quaisquer transtorno de ansiedade desenvolveu reinfeção por hepatite viral.

Tabela 10 - Desfechos clínicos dos pacientes com Transtorno de Ansiedade.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Óbitos (N=40)	4	10
Rejeição Aguda no Pós-Transplante (N=8)	2	25

Reinfecção Pós- Transplante em Pacientes que Apresentavam Hepatites Virais (N=7)	0	0
---	---	---

Em referência aos pacientes com sintomas depressivos, a **tabela 11** mostra que representaram 12,5% do total de óbitos, 25% das rejeições agudas no pós-transplante e, semelhante ao transtorno de ansiedade, não houve caso que desenvolvesse reinfecção por hepatite viral após o transplante.

Tabela 11 - Desfechos clínicos dos pacientes com sintomas depressivos.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Óbitos (N=40)	5	12,5
Rejeição Aguda no Pós- Transplante (N=8)	2	25
Reinfecção Pós- Transplante em Pacientes que Apresentavam Hepatites Virais (N=7)	0	0

VI. DISCUSSÃO

O estudo apresentado ratifica as expectativas e as conclusões já apresentadas por pesquisas anteriores da literatura, nas quais destaca-se a elevada prevalência de transtornos mentais entre os pacientes em lista de espera para transplante. No presente estudo, em particular, os dados de prevalência de pelo menos um transtorno mental atual ou vivenciado ao longo da vida (53,8% dos pacientes em fila de espera) são significativos quando comparados aos da população em geral. Uma revisão sistemática da literatura feita anteriormente aponta que 29,2% de 450 mil indivíduos pesquisados em 38 países no mundo revelaram ter vivenciado ao menos um transtorno mental durante toda a vida.¹⁸

Importante ressaltar que um único paciente pode receber mais de um diagnóstico psiquiátrico, caracterizando o quadro como transtornos comórbidos, fator que impossibilita definir com clareza os transtornos mais prevalentes devido a grande probabilidade dos dados serem enviesados por variação amostral.

No que tange o status dos pacientes em relação ao transplante hepático, 40% do total da lista foi transplantado e continua vivo, ao passo que 10% permanece ativo na lista de transplante à espera da intervenção cirúrgica. Os óbitos foram equivalentes a 20% do total de pacientes avaliados na pesquisa (6% correspondeu as mortes pré-transplante e 14% as mortes pós-transplante). Sendo assim, o total de transplantados (vivos e falecidos) correspondeu a 109 pacientes (54%) e a maioria dos óbitos sucederam o transplante hepático.

Nota-se, por tanto, que pouco mais da metade dos pacientes indicados ao transplante de fígado foram submetidos ao procedimento cirúrgico. Fato que comprova a estatística vigente no país, cujo principal obstáculo é a falta de doadores efetivos. Ainda assim, o fígado é o segundo órgão mais transplantado no Brasil, atrás somente do elevado número de transplantes renais.⁵

A pesquisa realizada revela que 5% dos pacientes em fila de espera para transplante hepático foram diagnosticados em um episódio depressivo maior no momento da avaliação, enquanto 8,4% já tiveram pelo menos um episódio depressivo maior no passado, contabilizando 13,4% do total de pacientes pesquisados. Esse dado é um pouco superior ao já apresentado por outro estudo realizado no mesmo âmbito, em que foi revelado sintomas

conjuntos de ansiedade e depressão em 10% dos pacientes internados, com piora do quadro durante a fase de isolamento pré-transplante.¹⁹

Ainda dentro do conjunto de transtornos depressivos, há a distímia (transtorno depressivo persistente e crônico), que atualmente representa a consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico, sendo verificado no estudo dois pacientes com esse diagnóstico (0,9% do total).

Após cauteloso exame científico das evidências, os transtornos bipolares foram separados dos transtornos depressivos na versão mais recente do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria, tendo ambos como característica em comum o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Entretanto, o que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia.²⁰ Sendo assim, os transtornos bipolares não foram considerados nos resultados.

Em uma pesquisa feita com pacientes cardiopatas hospitalizados, foi observado índices de morbimortalidade 40% superiores naqueles com episódios depressivos recorrentes quando comparados aos pacientes que tinham vivenciado apenas o primeiro episódio depressivo durante o internamento.²¹ Nessa perspectiva, é possível atestar a necessidade de avaliações psicopatológicas minuciosas a fim de garantir adequado acompanhamento aos pacientes com transtornos mentais e que possam repercutir positivamente na qualidade de vida, na melhora clínica e sobrevida dos indivíduos. Dessa maneira, será possível minimizar os riscos e o impacto da recorrência dos transtornos mentais.

A taxa de risco de suicídio correspondeu a 15,3%, o que atenta para a necessidade veemente de acompanhamento psicossocial. Neste estudo, vale ressaltar que não foram identificados pacientes com transtornos psicóticos.

No presente estudo, os transtornos de ansiedade totalizaram 13% do montante de pacientes avaliados na pesquisa. Importante salientar que dentro dessa prevalência de 13% de transtornos de ansiedade, somente foram enquadrados o transtorno de pânico, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), agorafobia e fobia social (transtorno de ansiedade social). Por tanto, o transtorno de ansiedade induzido por substâncias/medicamentos, bem como transtorno depressivo induzido por substâncias/medicamentos, que envolvam a intoxicação ou abstinência por álcool ou por substâncias ilícitas/psicoativas não foram incluídos, uma vez

em que os dados apresentados se elevariam significativamente, enviesando a pesquisa, devido a alta prevalência de abuso de álcool (atual ou passado) entre os pacientes hepatopatas crônicos em fila de espera para transplante.

Embora o ataque de pânico possa ocorrer no contexto de um transtorno de ansiedade, de outro transtorno mental ou alguma condição médica particular, sendo inclusive critério diagnóstico para transtorno de pânico, um único ataque de pânico isolado, caracterizado por surto específico e abrupto de ansiedade, não é considerado transtorno mental e não pode ser codificado. Sendo, por tanto, excluído dos cálculos desse estudo.

Neste estudo, foi verificada também uma significativa prevalência de abuso e dependência de álcool entre os pacientes no período da avaliação (6,9%) e no passado (35,6%). Vale salientar algumas incongruências percebidas, uma vez em que o relato verbal de abstinência alcoólica dirigido a equipe de hepatologia muitas vezes não coincidia com a realidade. Esse fato justifica-se pelo critério de não elegibilidade ao transplante hepático de pacientes que fazem consumo de álcool nos últimos seis meses anteriores a intervenção cirúrgica, segundo a Portaria nº 541/02 do Ministério da Saúde.²²

Estudos mostram que a prevalência do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é de 0,9% entre os adolescentes e de 2,9% entre adultos na comunidade geral estadunidense. Por outro lado, a prevalência para o transtorno em outros países varia de 0,4 a 3,6%. Cabe ressaltar que o risco de morbidade durante a vida nos indivíduos com TAG corresponde a 9%.²⁰ Isso deve-se a limitada capacidade do indivíduo de realizar atividades de forma rápida e eficiente, a preocupação excessiva, a energia dispendida de forma desnecessária, a tensão e sensação de cansaço constante, a dificuldade de concentração e a perturbação do sono que levam ao sofrimento e incapacidade significativos.

No presente estudo, a prevalência de TAG correspondeu a 6% do total de pacientes analisados (N=202). Desta forma, tendo em vista a repercussão do transtorno na saúde e o risco de conduzir a uma piora clínica do paciente, justifica-se a sua identificação precoce com o intuito de reduzir a ocorrência de desfechos negativos. Essa medida de triagem prévia e cuidadosa também deve ser utilizada para os demais transtornos mentais, uma vez em que intervenções psicossociais iniciais e prévias podem trazer benefícios ao prognóstico dos pacientes.

Na população norte-americana e europeia, por exemplo, a estimativa de prevalência de transtorno de pânico é de 2 a 3% entre adultos e adolescentes. Taxas significativamente mais

baixas foram relatadas para países latino-americanos, asiáticos e africanos, variando de 0,1 a 0,8%.²⁰ Contrariamente, o presente estudo mostrou que 3,5% dos pacientes avaliados tinham o diagnóstico de transtorno de pânico, número pouco superior ao já identificado na pesquisa com adultos e adolescentes norteamericanos e europeus. Sabendo-se dos prejuízos que o transtorno de pânico acarreta ao indivíduo, como níveis altos de incapacidade social, profissional e física além de custos econômicos consideráveis e evasão laborativa, se faz necessário uma urgente intervenção diagnóstica, médica e terapêutica especializada naqueles propensos a desenvolver uma piora na evolução clínica tanto no pré quanto no pós-transplante.

Ainda nesse contexto, acrescenta-se que mais de um terço dos indivíduos com agorafobia está completamente restrito à sua casa e com limitação social. Além disso, o próprio curso a longo prazo e a evolução da agorafobia estão associados a um risco substancialmente elevado de transtorno depressivo maior secundário e transtornos por uso de substâncias.²⁰

As características sociodemográficas dos participantes da pesquisa atentam para a prevalência significativa de pessoas do sexo masculino, assim como preponderou a faixa etária mais alta (85% tinham quarenta anos ou mais). Quase a totalidade dos pacientes eram procedentes da Bahia, mas com a maioria advinda de cidades do interior do estado. Por sua vez, pouco mais da metade da amostra (50,5%) era classificada como ativa profissionalmente no quesito ocupação.

Quanto as comorbidades clínicas, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica são as mais preocupantes, à semelhança do que ocorre com a população em geral. Ambas merecem atenção e cuidado disciplinares, visto que podem interferir sobremaneira no curso patológico e clínico. Dessa forma, é possível ainda observar o risco dos pacientes virem a desenvolver situações comórbidas com os transtornos psiquiátricos e comprometer a gravidade do quadro clínico já estabelecido.

O diagnóstico clínico inicial que mais obteve casos foi a cirrose hepática como doença crônica terminal do fígado, entretanto a etiologia da doença hepática mais prevalente que indicou ao transplante foi a hepatite por vírus C (VHC), curiosamente seguindo a tendência mundial. Esse dado reforça a atenção ao fato de que, no Brasil, a principal via de transmissão do VHC é através do uso de drogas injetáveis por meio do compartilhamento de seringas.¹⁰ A doença alcoólica do fígado foi a segunda etiologia mais frequente, o que reflete o inadequado

hábito de consumo exagerado de álcool que conduz a doença hepática terminal ao extremo cuja única alternativa de tratamento é o transplante de órgão.

Os desfechos clínicos gerais do estudo revelou uma taxa de quase 20% de óbitos ao longo da pesquisa, com a maioria (14%) ocorrendo após a realização do transplante; 10% dos casos transplantados (oito pessoas) desenvolveram rejeição aguda e aproximadamente 9% (sete pessoas) cursaram com reinfecção por VHC ou VHB.

No universo dos transtornos de ansiedade e portadores de sintomas depressivos, que totalizaram 55 pacientes, nove casos (16,4%) foram a óbito; quatro casos (7,8%) desenvolveram rejeição aguda e nenhum paciente evoluiu com reinfecção por hepatite viral após o transplante hepático. Por outro lado, se considerarmos os pacientes que não tiveram o diagnóstico de transtorno de ansiedade e sintomas depressivos, contabilizados em 147 casos, 31 indivíduos (21%) foram a óbito; quatro casos (2,7%) desenvolveram rejeição aguda e sete pessoas (4,8%) evoluíram com reinfecção viral.

Dessa maneira, quantitativamente ocorreram mais casos de óbitos e reinfecções em números absolutos e relativos nos pacientes que não apresentavam transtornos de ansiedade ou sintomas depressivos. No entanto, em termos relativos a porcentagem de pessoas que desenvolveram rejeição aguda foi superior no grupo com as comorbidades psiquiátricas analisadas.

Os dados apresentados não são conclusivos em termos quantitativos quanto a maior ou menor tendência ou predisposição dos pacientes com as desordens psiquiátricas estudadas virem a desenvolver mais desfechos negativos, devido ao tamanho amostral limitado se comparado ao grupo que não possuía tais desordens. Dessa maneira, não é possível inferir se havia essa diferença de prevalência dos desfechos clínicos entre ambos grupos, visto que os resultados não alcançaram a significância estatística necessária para tal inferência.

Entretanto, apesar dos resultados do presente trabalho não reiterar em números significativos a correlação entre as comorbidades psiquiátricas e a maior prevalência de insucessos do tratamento, é conclusiva a associação prevista entre as duas situações. Sendo, inclusive, determinada em estudos anteriores sobre o tema, como já detalhado neste trabalho.

O quadro de desordens psiquiátricas, particularmente de ansiedade e depressão, é por vezes persistente e com tendência a cronificar com episódios de recorrência. A remissão completa é difícil, a menos que a doença seja tratada corretamente com adequada terapêutica e acompanhamento psicopatológico especializado. Ademais, estão associados a considerável

prejuízo e incapacidade em termos de desempenho de papéis, produtividade no trabalho ou escola e relações socioafetivas, sendo a gravidade do quadro um forte determinante do grau de incapacidade.

A dimensão psicológica envolvida no processo do transplante e o caráter decisivo de intervenção na vida do paciente envolvem aspectos com os quais a maioria não está habituada a lidar. Fatores como o medo do procedimento, a própria indicação ao transplante, a espera pela intervenção cirúrgica, a possibilidade de rejeição de órgãos e a terapêutica pós-transplante vinculam-se fortemente ao estado psiquiátrico dos pacientes.

Tendo em vista esse comprometimento, o diagnóstico de um ou mais transtornos mentais especificados anteriormente e os desfechos clínicos negativos estão imbricados em uma estreita relação, que podem ser revertidos ou evitados caso seja adotada uma conduta antecipada e que evite futuras complicações na evolução do tratamento dos hepatopatas pós-transplantados.

VII. CONCLUSÕES

1. A prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes em espera para transplante é significativa, com 107 pacientes portadores de ao menos uma desordem;
2. Do universo transplantado e que continua vivo (80 pessoas), aproximadamente 22% (17 pessoas) tinham sintomas depressivos ou transtorno de ansiedade (12% e 10%, respectivamente). Por outro lado, do total transplantado e que vieram a óbito (28 pessoas) 25% tinham essas comorbidades;
3. 25% dos casos de rejeição aguda tinha transtorno de ansiedade e outros 25% possuía sintomas depressivos. Do total de óbitos, 22,5% tinha o diagnóstico de alguma dessas comorbidades psiquiátricas analisadas;
4. 31%, quatro pessoas do total de treze transplantadas com sintomas depressivos, vieram a óbito no pós-transplante; 27%, três pessoas do total de onze transplantadas com transtorno de ansiedade, vieram a óbito no pós-transplante. E, por sua vez, 22,8% do total de pacientes sem essas desordens e que foram transplantados evoluíram a óbito. Sendo assim, houve uma parcela relativamente maior de óbitos do total de pacientes com as desordens do que o grupo sem as desordens observadas, apesar dos números absolutos diferirem entre ambas;
5. O estudo não foi suficiente para permitir conclusões estatísticas definitivas acerca da maior tendência do grupo com comorbidades psiquiátricas desenvolverem desfechos negativos comparado ao não portadores, haja vista a disparidade do tamanho amostral de ambos grupos, mas é perceptível a relação de associação qualitativa existente e o impacto que exerce o comprometimento psíquico na sobrevivência do indivíduo; e
6. Os pacientes com desordens psiquiátricas são susceptíveis as interferências psicológicas e clínicas que envolve a evolução do transplante. Justifica-se, por tanto, a importância de um aparato profissional multidisciplinar que exerça uma avaliação psiquiátrica diagnóstica e que, por ventura, possa determinar um insucesso terapêutico. Além disso, deve-se visar a

implantação de um acompanhamento especializado que ofereça cuidados, qualidade de vida e estimule estratégias para o aumento da adesão ao tratamento desses pacientes, a fim de otimizar os serviços disponibilizados e alcançar de modo mais efetivo a estabilidade clínica dos doentes.

VIII. SUMMARY

Association between depressive and anxiety disorders and the evolution of patients referred for liver transplantation in reference center of Salvador, Bahia, Brazil.

Introduction: Liver transplantation has brought clinical advances such as improved quality of life and longevity of chronic liver disease patients. However, patients diagnosed with anxiety disorders and depressive symptoms have risks of post-transplant complications.

Objective: The objective of this study was to evaluate the association between anxiety disorder and depressive symptoms and the clinical course of patients indicated or undergoing liver transplantation. **Methods:** A prospective and retrospective cohort study, which included 202 individuals on the waiting list, Complex University Hospital Professor Edgard Santos (Complex - HUPES). Questionnaires represented by the Hospital Anxiety and Depression Scale were used (HADS - **Annex IV**), the Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0 (MINI PLUS) (Amorim, 2000) for the psychiatric diagnosis, pretransplant questionnaire data socio-demographic and clinical, and post-transplant questionnaire (**Annex I**) completed after chart review. **Results:** Of the total sample, 29 patients (14%) had depressive symptoms and 26 people (13%) had a diagnosis of anxiety disorder. 22.5% of deaths and 50% of acute rejections belonged to patients with anxiety disorder or depressive symptoms. No patients with such disorders developed viral reinfection. **Conclusion:** Although it was not possible to establish conclusive statistical inference which show higher prevalence of negative outcomes among patients with anxiety disorders and depressive symptoms, the impact on clinical outcomes is undeniable and deserves attention.

Key - words: 1. Anxiety disorder; 2. Depressive symptoms; 3. Liver transplantation.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mies S. Transplante de Fígado. *Revista da Associação Médica Brasileira* 1998;44(2):127 – 34.
2. Telles - Correia D, Barbosa A, Barroso E, Monteiro E. Abordagem Psiquiátrica do Transplante Hepático. *Acta Médica Portuguesa* 2006;19:165 – 80.
3. O'Carroll R, Couston M, Cossar J, Masterton G, Hayes P. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: A prospective, national, single-center study. *Liver Transplantation*. July 2003; Vol 9, No 7; pp 712-720.
4. Corruble E, Barry C, Varescon I, Falissard B, Castaing D, Samuel D. Depressive symptoms predict long-term mortality after liver transplantation *Journal of Psychosomatic Research*. 2009; 71: 32–37.
5. Associação brasileira de transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007 – 2014) 2014;4.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 541, de 14 de março de 2002. Critérios para o cadastramento de candidatos a receptores de transplante de fígado - doador cadáver. *Diário Oficial da União* 15 mar 2002.
7. Martins PD, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R. Psychological distress in patients listed for liver transplantation. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2006;21(1):40 – 3.
8. López-Navas A, Ríos A, Riquelme L, Martínez-Alarcón JA, Pons M, Miras A, et al. Psychological Characteristics of Patients on the Liver Transplantation Waiting List With Depressive Symptoms *Transplantation Proceedings* 2011;43,158–60.

9. Rogal SS, Landsittel D, Surman O, Chung RT, Rutherford A. Pre-transplant depression, antidepressant use, and outcomes of orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl.* 2011 March;17(3):251–60.
10. Batista – Neves, SC, Quarantini L, Almeida AG, Bressan RA, Lacerda AL, Oliveira IR, et al. High frequency of unrecognized mental disorders in HCV – infected patients. *General Hospital Psychiatry* 2008;30:80–82.
11. Yates WR, Gleason O. Hepatitis C and depression. *Depress Anxiety* 1998;7(4):188 – 93.
12. Chiu N, Chen C, e Cheng A T A. Psychiatric consultation for post-liver-transplantation patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2009; 63: 471–477.
13. Nickel R, Wunsch A, Egle U T, Lohse A W, Otto G. The Relevance of Anxiety, Depression, and Coping in Patients After Liver Transplantation. *Liver Transplantation.* Jan, 2002; Vol 8, No 1; pp 63-71.
14. Miller L, Paulson D, Eshelman A, Bugenki M, Brown K, Moonka D, Abouljoud M. Mental health affects the quality of life and recovery after liver transplantation. *Liver Transplantation.* Nov 2013; Vol 19, No 11, pp 1272-1278.
15. Bush B: Psychosocial, emotional, and neuropsychologic factors influencing compliance and liver transplantation outcomes. *Curr Opin Organ Transplant* 2004; 9: 104-109.
16. Associação Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

17. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vols.1 e 2.
18. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta - analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology* 2014;43(2):476 – 93.
19. Tecchio C, Bonetto C, Bertani M, Cristofalo D, Lasalvia A, Nichele I, et al. Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stemcell transplant patients during protective isolation. *Psycho - Oncology* 2013;22:1790 – 97.
20. Associação Psiquiátrica Americana. DSM-5-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
21. Lesperance F, Frasere – Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine* 1996;58:99 – 110.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 541, de 14 de março de 2002. Critérios para o cadastramento de candidatos a receptores de transplante de fígado - doador cadáver. Diário Oficial da União 15 mar 2002.

X. ANEXOS

ANEXO I

FICHA DE REGISTRO DE DADOS

Dados de pós-transplante

Data: _____ Número do protocolo: _____

Nome: _____

1. Data do transplante: _____

2. Diagnóstico clínico inicial: _____

4. Etiologia da doença hepática que levou ao transplante: _____

3. Comorbidades clínicas pré-transplante:

3. Comorbidades clínicas pós-transplante:

Diabetes () _____

Hipertensão () _____

Peso _____

Altura _____

Dislipidemia () _____

5. Intercorrências Psiquiátricas (Hospitalizações, atendimento em emergência psi. Agitação psicomotora) e uso de medicamentos: _____

6. Absenteísmo nas consultas agendadas?

1º ano após transplante, consultas marcadas () Número de faltas ()

2º ano após transplante, consultas marcadas () Número de faltas ()

3º ano após transplante, consultas marcadas () Número de faltas ()

4º e anos seguintes após transplante, consultas marcadas () Número de faltas ()

Comentários _____

Comentários: _____

7. Houve perda de peso significativa? () Sim () Não

Se sim, quanto? () Kg

8. Ganho de peso significativo? () Sim () Não

Se sim, quanto? () Kg

9. Há relatos de uso de álcool? () Sim () Não

Comentários: _____

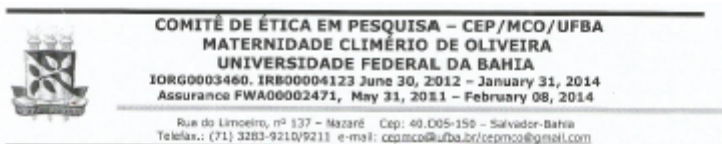
10. Fez uso de tabaco após transplante? () Sim () Não

11. Fez uso de alguma substância ilícita após o transplante? () Sim () Não

Qual: _____ Frequência: _____

ANEXO II

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)




PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA Nº 019/2014

Para análise e deliberação deste Institucional ao Doutor, Lucas de Castro Quarantini Pesquisadora Responsável pelo “Aspectos comportamentais de hepatopatias”, aprovado através do Parecer/Resolução Nº 14/2002, encaminhou em 04 de julho de 2014, a “Emenda Nº 04, datada de 30 de junho de 2014 e os questionários: 1. *Immunosuppressant therapy adherence scale (ITAS)* – 2. Escala para Avaliação de Aderência a Terapia Imunossupressora (BAASIS) – 3. Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) – 4. Questionário de qualidade de vida – SF 36.

Inexistindo nas referidas proposições conflitos administrativo, processual e ético que contraindiquem a consequente continuidade da pesquisa, ficam o mesmo **aprovado**.

Salvador, 21 de Julho de 2014.


 Professor, Doutor Eduardo Martins Netto
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (ã) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apenas, bem como a **impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nº de Protocolo _____

Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: Aspectos comportamentais de hepatopatias

Você está sendo convidado (a) para participar voluntariamente de um estudo que investiga sintomas como fadiga, depressão e alterações de qualidade de vida, relacionados às diferentes hepatopatias. Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você leia este documento.

Estas avaliações consistem somente de questionários, que têm duração aproximada de 60 minutos. Algumas exigências para participar deste estudo são:

- Você deve ter idade maior que 18 anos.
- Deve ser portador de hepatopatias.

Você estará ajudando no estudo e compreensão de **doenças do fígado, seja você transplantado ou não**, permitindo benefícios futuros para si próprio e para outras pessoas. Você poderá sair desse estudo a qualquer momento, caso decida. Os investigadores não são remunerados para a realização dessa pesquisa, assim como os pacientes voluntários não receberão benefícios financeiros para sua participação no mesmo.

Dúvidas poderão ser esclarecidas com Dr. Lucas Quarantini, no Hospital Universitário Edgard Santos, terceiro andar, Serviço de Psiquiatria Tel - 32838076. Você pode ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa no endereço Rua Augusto Viana, s/nº, 1º andar – Canela, Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Salvador- Bahia, que é membro de um grupo independente que analisou este estudo.

Suas informações clínicas são totalmente confidenciais.

Para participar deste estudo, você precisa assinar esta página.

Nome do indivíduo

Assinatura do indivíduo

Data

Assinatura do investigador

Data

ANEXO IV**ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)****Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 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

A 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

D 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

A 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

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

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

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

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

A 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

D 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

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

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

D 12) Fico esperando animado 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

A 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

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

484 - TOTAL A () 485- TOTAL D ()

486 - TOTAL A + D = ()