



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



Monografia

Estudo transversal de comorbidades psiquiátricas em indivíduos em lista de espera para transplante de fígado, em hospital de referência de Salvador, Bahia

JOSÉ EDSON OLIVEIRA ARAÚJO FILHO

Salvador (Bahia)
Maio, 2016

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

A658 Araújo Filho, José Edson Oliveira.
Estudo transversal de comorbidades psiquiátricas em indivíduos em lista de espera para transplante de fígado em hospital de referência de Salvador, Bahia / José Edson Oliveira Araujo Filho . – 2016.

36 fl. ; il.

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

1. Transtornos mentais. 2. Transplante de fígado. I. Quarantini, Lucas de Castro. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 159.9



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



Monografia

Estudo transversal de comorbidades psiquiátricas em indivíduos em lista de espera para transplante de fígado, em hospital de referência de Salvador, Bahia

JOSÉ EDSON OLIVEIRA ARAÚJO FILHO

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: Estudo transversal de comorbidades psiquiátricas em indivíduos em lista de espera para transplante de fígado, em hospital de referência de Salvador, Bahia, de **José Edson Oliveira Araújo Filho**.

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.
- **Eduardo Pondé de Sena**, Professor do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Valéria Gusmão Bittencourt**, Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico 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 IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 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.

*“A arte de escutar é como uma luz que,
subitamente, dissipa a escuridão.”*

Dalai Lama

À minha irmã Ana Thereza, meu
pai Edson e minha mãe Ana. Com
gratidão.

EQUIPE

- José Edson Oliveira Araújo Filho, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: joseedsonfilho@gmail.com;
- Lucas de Castro Quarantini, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Hospital Universitário Professor Edgar Santos

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos Próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **Lucas de Castro Quarantini**, pela presença marcante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futuro médico.
- ◆ Ao Professor Doutor **Eduardo Pondé de Sena**, membro da Comissão Revisora desta Monografia, pelas contribuições ao meu trabalho e pela disponibilidade para orientar – me na revisão deste.
- ◆ À Professora Doutora **Valéria Gusmão Bittencourt**, membra da Comissão Revisora desta Monografia, sem a qual muito deixaria de ter aprendido. Meus agradecimentos pela orientação.
- ◆ À Professora Doutora **Lívia Fonseca**, membra suplente da Comissão Revisora desta Monografia, meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade e orientações dispensadas.
- ◆ À Doutoranda **Mychelle Morais** e à Mestranda **Ana Paula**, pelas constantes orientações e atenção referentes à linha de pesquisa em hepatopatias e transtornos mentais e aos aspectos metodológicos do trabalho.
- ◆ Aos colegas **Carolina Arruda, Lucas Ferreira, Maria Isabel Telles e Tayne Miranda** pela colaboração na coleta e organização dos dados do presente trabalho.
- ◆ À minha família: minha mãe **Ana**, meu pai **Edson** e, especialmente, minha irmã **Ana Thereza** por me fornecerem substrato afetivo e consubstancial apoio para seguir em frente com este trabalho.
- ◆ À **Bárbara**, pela cumplicidade e atenção dedicadas a mim nestes dois anos de construção desta monografia e pela escuta atenta aos meus dilemas e discussões acerca dela, desde os primeiros passos de sua formulação.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. REVISÃO DA LITERATURA	5
III.1. Evolução Histórica do Transplante de Fígado	5
III.2. Indicações e Contraindicações ao transplante	5
III.3. Perfil Sócio Demográfico e Clínico	6
III.4. Comorbidades Psiquiátricas antes do transplante	7
III.5. Aspectos psiquiátricos no curso da Hepatite C	8
III.6. Qualidade de Vida do paciente em lista	9
IV. MATERIAIS E MÉTODOS	9
V. RESULTADOS	13
V.1. Dados sócio – demográficos e psiquiátricos	13
V.2. Indicação ao transplante hepático	14
V.2.1. Hepatite C X Outras etiologias	14
V.2.2. Comorbidades Psiquiátricas X Indicação ao transplante	15
V.2.3. Qualidade de vida (SF – 36) X Indicação ao transplante	15
VI. DISCUSSÃO	16
VII. CONCLUSÕES	19
VIII. SUMMARY	21
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
X. ANEXOS	27
•ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	27
•ANEXO II: Parecer do Comitê de Ética	28

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

TABELAS

TABELA I. Dados Sócio – Demográficos X Comorbidades Psiquiátricas	13
TABELA II. Indicação ao Transplante X Comorbidades Psiquiátricas	14
TABELA III. Qualidade de vida (SF – 36) X Indicação ao Transplante	15

I . RESUMO

ESTUDO TRANSVERSAL DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM INDIVÍDUOS EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE DE FÍGADO, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, EM SALVADOR, BAHIA. **Introdução:** aspectos psicológicos e psiquiátricos relacionados ao transplante requerem intervenção terapêutica pois podem afetar o processo de recuperação, a qualidade de vida e a aderência ao tratamento de pacientes transplantados em potencial. **Objetivo:** descrever aspectos clínicos, psiquiátricos e sócio - demográficos de indivíduos candidatos ao transplante hepático. **Métodos:** estudo transversal onde foram pesquisados 202 pacientes entre os anos de 2010 e 2014, avaliados pelo serviço de Hepatologia do Hospital Universitário Professor Edgar Santos. Foram utilizados o M.I.N.I. Plus e a SF - 36, instrumentos de identificação de transtornos mentais e mensuração de qualidade de vida, respectivamente, no momento antecedente ao transplante. **Resultados:** o perfil dos indivíduos com pelo menos uma comorbidade psiquiátrica é representado como uma maioria do sexo masculino, casado e em relacionamento estável. Não foi possível estabelecer associação entre as comorbidades psiquiátricas, individualmente, e a qualidade de vida com a Hepatite C em virtude dos valores de p estarem acima de 0,05. **Discussão:** indivíduos diagnosticados com doenças clínicas costumam ter baixa percepção da própria qualidade de vida em comparação a indivíduos saudáveis. Uma parte dos indivíduos revelou que estava fazendo uso de álcool mesmo sendo obrigatória a abstinência por 6 meses antes do transplante. **Conclusão:** dado a presença de transtornos psiquiátricos independentemente da doença de base que indicou o transplante e a “uniformização” da qualidade de vida entre os dois grupos, o profissional de saúde mental, notadamente o psicólogo treinado na área de transplante, exerce, na equipe multidisciplinar de transplante de fígado, um papel crucial no sentido de produzir cuidado a estes pacientes.

Palavras – chaves: 1. Transtornos mentais; 2. Transplante de fígado; 3. Hepatite C; 4. Qualidade de vida.

II. OBJETIVOS

Objetivo Principal:

O presente trabalho pretende descrever os aspectos clínico – psiquiátricos e sócio - demográficos dos indivíduos candidatos ao transplante hepático, no Serviço de Hepatologia do Hospital Universitário Professor Edgar Santos.

Objetivo(s) Específico(s):

1. Identificar a presença de transtornos psiquiátricos em indivíduos em lista de espera para transplante de fígado.
2. Determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos dentre os indivíduos em lista de espera para transplante de fígado.
3. Comparar a qualidade de vida entre dois subgrupos de pacientes elegíveis ao transplante de fígado: indivíduos com hepatite C e indivíduos indicados por outras doenças hepáticas.

III. REVISÃO DE LITERATURA

III. 1. Evolução do transplante hepático

Em meados da década de sessenta, mais especificamente no ano de 1963, o médico Thomas Starzl realizou, em Denver, no estado do Colorado, nos Estados Unidos, a primeira tentativa de transplante de fígado humano da história. Somente após 4 anos, a equipe de Thomas Starzl obteve o primeiro resultado positivo em relação ao transplante.¹

Diversos fatores foram importantes para o sucesso crescente dos transplantes, entretanto, a descoberta da ciclosporina, potente droga imunossupressora, na década de setenta do século XX, merece destaque, pois representou poderoso adendo à diminuição da rejeição imune ao órgão transplantado, fortalecendo, dessa forma, as bases da atenção médica aos pacientes submetidos ao procedimento.^{1,2}

Em 1985, realizou – se o primeiro transplante hepático bem sucedido na América Latina, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.¹ Com efeito, este fato marcou a expansão do transplante hepático para populações de países em que não havia significativo desenvolvimento científico, comparativamente a grandes centros de pesquisa localizados nos Estados Unidos e na Europa. Dessa forma, já delineava – se uma maior democratização, a nível global, das possibilidades terapêuticas que o transplante hepático oferece.

III. 2. Indicações e contraindicações ao transplante

No decorrer dos últimos 30 anos, o transplante de fígado se consolidou enquanto possibilidade terapêutica e, muitas vezes, imperativo médico perante a insuficiência hepática terminal aguda ou crônica, ou mesmo para indivíduos diagnosticados com doenças metabólicas que cursem com falência hepática. Ainda nesse sentido, alguns indivíduos com neoplasias hepáticas podem ter indicação ao transplante, contanto que o tumor tenha indicação exclusiva de hepatectomia total e que necessariamente, não possua metástases extra-hepáticas.^{1,3-5}

Com o crescimento da oferta de centros pesquisadores e realizadores de transplante de fígado, concomitantemente com o desenvolvimento de outros ramos da

ciência, inclusive ligadas ao comportamento humano, as indicações para a realização do procedimento tornam-se cada vez mais rigorosas e dependentes da abordagem e do respaldo de outros profissionais, não ligados diretamente ao ato cirúrgico.⁶ Dessa forma, a saúde mental ganha espaço na produção de cuidado no âmbito do transplante de fígado.

Hoje, apesar da significativa quantidade absoluta de transplantes de fígado realizados no Brasil - segundo dados divulgados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, no ano de 2013, foram realizados 1723 transplantes de fígado no Brasil, ficando somente atrás, em quantidade absoluta, dos EUA (6384)⁷ - o tema da prevalência de comorbidades psiquiátricas em indivíduos na lista de espera de transplante continua sendo negligenciado pela produção científica nacional.

Até o presente momento, não existe impeditivo formal ao paciente com transtorno mental se candidatar ao transplante,⁸ entretanto, existem condições psiquiátricas e psicossociais específicas que devem ser interpretadas com cautela. A mera presença delas não se configura como impeditivo para o paciente que receberá o órgão transplantado. Algumas destas condições específicas são: transtorno de personalidade grave, uso ativo de substância psicoativa, psicose ativa, transtorno neurocognitivo grave, ideação suicida, suporte psicossocial ausente ou inadequado e transtorno factício.^{1,9}

III. 3. Perfil sócio demográfico e clínico

Estudos que abordam a realidade de outros países, trazem à tona a presença de transtornos psiquiátricos em indivíduos na fila de espera para transplante de órgãos.^{2,10} Em estudo de coorte realizado por Stilley et al.,¹¹ a maior parte dos indivíduos pesquisados foi transplantada em virtude de cirrose alcoólica ou hepatite C (55,5%). A maioria era do sexo masculino, casados e tinha ensino médio completo.¹¹

Neste sentido, a abordagem da realidade brasileira, no que tange à caracterização desta população e, principalmente, de seu perfil comportamental torna – se uma necessidade.

III. 4. Comorbidades psiquiátricas antes do transplante

As condições psiquiátricas mais comumente encontradas em pacientes na lista de transplante hepático incluem abuso e dependência de álcool, abuso de opióides, transtornos de ansiedade e depressão.¹⁰

A doença hepática alcoólica (DHA) é uma das indicações mais comuns para submissão ao transplante de fígado.^{12,13} Neste sentido, a partir de um ponto de vista moralista, acredita-se que o álcool é consumido, deliberadamente, por uma pessoa, levando a complicações. Deste modo, considerando a escassez de enxertos, estes não deveriam ser usados em usuários que possuem dependência de álcool. Entretanto, outra corrente de pensamento acredita que não há diferença na sobrevida dos casos de transplante em indivíduos com DHA em comparação com outros, uma vez que a maioria dos pacientes com DHA não se abstém de álcool após o transplante.¹³

Atualmente, a duração de abstinência alcoólica necessária para realização do transplante varia pouco entre os centros de referência: a maioria (85%) assume o período de 6 meses de abstinência como condição necessária ao procedimento cirúrgico.^{8,13}

Foi visto também que abstinência antes do transplante reduz as possibilidades de recidiva do etilismo no período posterior à cirurgia. No entanto, outros estudos demonstraram que o transplante precoce (antes do tempo de abstinência preconizado pela maioria dos centros – 6 meses), mesmo durante a fase aguda da hepatite alcoólica, também está associada a um aumento da sobrevivência ao longo de 2 anos. Curiosamente, o transplante precoce foi encontrado como um fator de proteção contra a recaída ao álcool quando comparados a pacientes cirróticos em lista.¹³

A redução da taxa de complicações, a melhora da qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes candidatos têm se relacionado com a presença de uma avaliação psiquiátrica bem estruturada, no momento do pré-transplante.²

Neste sentido, destaca-se a importância da avaliação psiquiátrica pré-transplante como um instrumento de auxílio para proporcionar um acompanhamento terapêutico de maior qualidade para os pacientes, levando-se em conta que muitos indivíduos com comorbidades psiquiátricas evoluem satisfatoriamente em relação à adesão terapêutica proposta em período após o transplante.^{2,15,16}

Pacientes com depressão prévia ao transplante necessitam de mais cuidados psiquiátricos após o procedimento. Através de uma assistência psiquiátrica qualificada, o tratamento farmacológico da depressão pode reduzir significativamente a incidência de rejeição celular aguda nestes pacientes, mesmo sem alterar os índices de mortalidade.¹⁷

Entretanto, o insucesso e a baixa qualidade de vida dos indivíduos submetidos ao transplante hepático podem ser consequências da seleção de pacientes com aspectos comportamentais que induzem a fraca adesão às orientações preconizadas ou mesmo com elevado risco de complicações psiquiátricas após o transplante.¹⁸

Em uma coorte retrospectiva, realizada no Massachussets General Hospital, foram pesquisados 179 pacientes, submetidos ao transplante hepático entre os anos de 2004 e 2008, sendo que 65 destes pacientes foram diagnosticados com depressão. Estes pacientes necessitaram de mais cuidados psiquiátricos pós-transplante do que o grupo sem depressão (37% vs. 18%). Estes dados indicam que a depressão afeta a morbidade psiquiátrica pós-transplante, mas não necessariamente influenciam em outros parâmetros clínicos e em mortalidade.¹⁷

No mesmo sentido, entre aqueles com depressão, os que tomavam antidepressivos no momento do transplante tiveram menos rejeição celular aguda (13% vs. 40%) do que aqueles que não faziam uso de antidepressivos.¹⁷ No que tange à sintomas de ansiedade, estes podem induzir à baixa adesão à terapia imunossupressora, isto é, seu próprio estado psicológico faz com que eles prestem pouca atenção aos hábitos saudáveis, o que em parte conta para a ocorrência de uma má qualidade de vida um ano após a alta hospitalar após transplante.⁴³ A partir destas premissas, ressalta-se a importância de uma avaliação e seguimento psiquiátrico bem estruturado para estes pacientes.

III. 5. Aspectos psiquiátricos no curso da Hepatite C

Como muitas doenças crônicas, a hepatite C é associada ao aumento da prevalência de alguns transtornos psiquiátricos,¹⁹⁻²⁰ particularmente a depressão e o risco de suicídio.²¹⁻²⁵ Em estudo realizado por Golden et al,²⁵ foi verificado que 28% dos indivíduos com Hepatite C em espera de tratamento com interferon possuíam o diagnóstico de depressão.

A presença de sintomas depressivos na hepatite C, como em outras doenças crônicas, é importante, porque eles têm um efeito adverso sobre o curso da doença de base, com a intensificação de sintomas físicos e do comprometimento funcional, além da adesão ao tratamento reduzida e piora da qualidade de vida.²⁶

A associação entre hepatite C e sintomas psiquiátricos é de particular importância, uma vez que estes pacientes, na maioria das vezes, vêm de grupos populacionais de risco, como usuários de drogas injetáveis.²⁷

Neste contexto, é importante registrar que as estatísticas mundiais mostram que a Hepatite C está entre as três causas mais prevalentes de indicação ao transplante hepático,¹² o que reforça ainda mais a necessidade de uma avaliação psiquiátrica bem estruturada, nos indivíduos em lista de espera.

III. 6. Qualidade de vida do paciente em lista

Pacientes em fila de transplante de fígado experimentam diminuição da qualidade de vida, inclusive se comparado a transplantes de outros órgãos.⁴⁴

Aspectos psicológicos e psiquiátricos relacionados ao transplante requerem intervenção terapêutica porque podem afetar o processo de recuperação, a qualidade de vida e a aderência ao tratamento de pacientes transplantados em potencial.⁴⁵

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de Estudo:

Estudo transversal.

Amostra:

Foram pesquisados 202 pacientes, entre 2010 e 2014, avaliados pelo serviço de Hepatologia do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, em virtude de elegibilidade para transplante hepático.

Tamanho Amostral:

Por se tratar inicialmente de um estudo censitário, posteriormente transversal, todos os 202 indivíduos da população foram estudados, exceto aqueles que possuíam idade inferior a 18 anos.

Variáveis:

Variáveis dependentes: comorbidade psiquiátrica (episódio depressivo maior (EDM) atual ou ao longo da vida; risco de suicídio; transtorno bipolar; transtornos de ansiedade, transtorno de ajustamento; abuso e dependência de álcool atual e ao longo da vida e abuso e dependência de substâncias psicoativas) e qualidade de vida. Variável independente: indicação ao transplante hepático e perfil sociodemográfico (sexo, idade, estado civil e ocupação).

A variável transtorno de ansiedade se refere á totalidade dos pacientes com os seguintes diagnósticos: transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobia específica, transtorno de estresse pós – traumático e transtorno do pânico.

Vieses:

Podem existir vieses de recordação neste estudo, em virtude do M.I.N.I. Plus inquirir sobre histórico de sintomas psiquiátricos ao longo da vida dos pacientes.

A abstinência alcoólica por no mínimo 6 meses é condição obrigatória para elegibilidade ao transplante de fígado, este fato traz consigo a possibilidade do indivíduo entrevistado ter omitido informações relacionadas ao uso e abuso de álcool.

Limitações:

O presente trabalho, inicialmente, foi idealizado para ser um estudo censitário, entretanto devido às perdas referentes ao seguimento dos pacientes (óbitos, desistência, convicção religiosa) decidimos por alterar o desenho para um estudo transversal.

Instrumento Aplicado:

Em virtude da necessidade de padronizar o método diagnóstico durante a pesquisa, optou – se pelo uso do Mini International Neuropsychiatric Interview em sua versão estendida - M.I.N.I. PLUS.²⁸

O M.I.N.I. baseia – se em critérios do DSM – IV, 4ª versão do manual de transtornos mentais da Associação Psiquiátrica Americana,⁴⁰ e no CID – 10 da Organização Mundial de Saúde³⁸. Estudos comparando o M.I.N.I. ao SCID-P⁴¹ e ao CIDI⁴² (entrevistas padronizadas desenvolvidas pela OMS para entrevistadores leigos) foram desenvolvidos e comprovaram que o M.I.N.I. possui confiabilidade e validade comparáveis às das escalas supracitadas. Além disto, indicou – se que a duração da entrevista guiada pelo uso do M.I.N.I. seja mais breve do que às do SCID-P e ao CIDI, o que tornou, de fato, este questionário adequado para o objetivo proposto pelo trabalho.²⁸

A organização estrutural do M.I.N.I. é feita em módulos, representados por letras do alfabeto e correspondendo a cada categoria diagnóstica. Existe no início de cada módulo, pergunta(s) – chave que representam o(s) critério(s) obrigatórios de cada diagnóstico.

As perguntas foram respondidas com um simples “sim” ou “não”, propriedade que dinamizou a entrevista.

Através do uso da escala de auto avaliação SF – 36³⁹ foram obtidas pontuações referentes à qualidade de vida dos pacientes nos diferentes domínios apresentados por este instrumento. Estes domínios são: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

A pontuação final de cada domínio varia entre 0 a 100 e não foi atribuído nenhum ponto de corte para as pontuações finais, em virtude da ausência de trabalhos científicos que nortegassem tal atitude.

As entrevistas do presente trabalho foram realizadas por mestrandos e doutorandos do programa de pós-graduação em saúde mental cujo pesquisador

responsável era o Professor Dr. Lucas de Castro Quarantini, no Serviço de Hepatologia do Ambulatório Magalhães Neto, no Complexo do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Salvador, Bahia. A aplicação do MINI PLUS e da SF - 36 foi realizada posteriormente às consultas médicas, no ambulatório de Hepatologia do referido hospital. Os dados referentes às indicações clínicas para o transplante hepático foram obtidas através de revisão de prontuário.

Métodos Estatísticos:

A partir dos resultados obtidos pela aplicação do M.I.N.I. Plus e SF - 36 objetivou-se inferir a prevalência de pessoas com transtornos psiquiátricos dentre os indivíduos na fila de espera do transplante.

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 16.0, sendo considerados como estatisticamente significantes valores bicaudais com $p < 0,05$.

V. RESULTADOS

A tabela 1 traz o perfil sócio demográfico e psiquiátrico da amostra estudada.

Dentre os 202 pesquisados, a notória maioria dos indivíduos era do sexo masculino (78,4%). Adicionalmente, a maioria é casada ou se encontra em um relacionamento estável (72,4%).

Foram diagnosticados 107 indivíduos com pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, mostrando uma prevalência de 53,8% dentre os indivíduos da amostra estudada.

O perfil dos indivíduos com pelo menos uma comorbidade psiquiátrica é representado como uma maioria do sexo masculino, casado e em relacionamento estável; não sendo possível determinar a idade e a ocupação destes pacientes, em virtude dos valores de p, para estas variáveis, serem maiores que 0,05.

TABELA 1

Dados socio demográficos x comorbidades psiquiátricas (N = 201)

Variáveis	Total	Comorbidades Psiquiátricas		Valor p
		Ausentes (n = 94)	Presentes (n = 107)	
Sexo				0,028
Feminino	44 (21,9)	27 (28,7)	17 (15,9)	
Masculino	157 (78,1)	67 (71,3)	90 (84,1)	
Idade				0,700
< 40	30 (14,9)	15 (16,0)	15 (14,0)	
≥ 40	171 (85,1)	79 (84,0)	92 (86,0)	
Estado Civil				0,023
Solteiro(a)	24 (12,1)	10 (10,9)	14 (13,1)	
Casado(a)/ Relacionamento				
Estável	144 (72,4)	75 (81,5)	69 (64,5)	
Divorciado	26 (13,1)	6 (6,5)	20 (18,7)	
Viúvo	5 (2,5)	1 (1,1)	4 (3,7)	
Ocupação				0,807
Desempregado	11 (5,6)	4 (4,3)	7 (6,6)	
Está ativo profissionalmente	100 (50,5)	49 (53,3)	51 (48,1)	
Aposentado por idade	48 (24,2)	20 (21,7)	28 (26,4)	
Aposentado por doença	36 (18,2)	17 (18,5)	19 (17,9)	
Estudante	3 (1,5)	2 (2,2)	1 (0,9)	

A tabela 2 mostra que quase metade dos indivíduos candidatos ao transplante (83 pacientes) tiveram como etiologia da doença hepática a hepatite C (VHC).

No momento atual, 6,9% dos pacientes (14 indivíduos) da amostra faziam uso abusivo de álcool no momento atual.

Não foi possível estabelecer qualquer associação entre as comorbidades psiquiátricas, individualmente, com a Hepatite C em virtude dos valores de p estarem acima de 0,05.

TABELA 2

Indicação ao transplante e Comorbidade Psiquiátrica (N = 202)

	Total (n = 202)	Outras indicações (n = 119)	VHC (n = 83)	Valor de p
EDM Atual				0,318
Ausente	192 (95,0)	115 (96,6)	77 (92,8)	
Presente	10 (5,0)	4 (3,4)	6 (7,2)	
EDM Passado				0,791
Ausente	185 (91,6)	110 (92,4)	75 (90,4)	
Presente	17 (8,4)	9 (7,6)	8 (9,6)	
Transtorno Bipolar				1,000
Ausente	199 (98,5)	117 (98,3)	82 (98,8)	
Presente	3 (1,5)	2 (1,7)	1 (1,2)	
Risco de suicídio				0,696
Ausente/baixo	195 (96,5)	114 (95,8)	81 (97,6)	
Moderado/alto	7 (3,5)	5 (4,2)	2 (2,4)	
Transtornos de ansiedade				0,893
Ausente	182 (90,1)	108 (90,8)	74 (89,2)	
Presente	20 (9,9)	11 (9,2)	9 (10,8)	
Abuso de Álcool (Passado)				0,746
Ausente	130 (64,4)	75 (63,0)	55 (66,3)	
Presente	72 (35,6)	44 (37,0)	28 (33,7)	
Abuso substâncias ilícitas				0,166
Ausente	197 (97,5)	118 (99,2)	79 (95,2)	

Presente	5 (2,5)	1 (0,8)	4 (4,8)	0,613
Transtorno de Ajustamento				
Ausente	176 (87,1)	102 (85,7)	74 (89,2)	
Presente	26 (12,9)	17 (14,3)	9 (10,8)	

EDM = Episódio Depressivo Maior

A tabela 3 traz os resultados do cálculo segundo a escala SF – 36, em seus 8 domínios, relacionando a qualidade de vida e a presença de Hepatite C entre os indivíduos da amostra.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com Hepatite C e os indivíduos com outras etiologias, no que tange à qualidade de vida.

TABELA 3

Qualidade de vida (SF-36) X Indicação ao transplante				
	Total (n = 202)	Outras indicações (n = 119)	VHC (n = 83)	Valor de p
Capacidade funcional	75,0 (55,0 – 90,0)	75,0 (55,0 – 90,0)	80,0 (55,0 – 95,0)	0,444
Limitação aspectos físicos	25,0 (0 – 75,0)	25,0 (0,0 – 75,0)	25,0 (0 – 75,0)	0,254
Dor	72,0 (51 - 100)	62,0 (41,0 – 100,0)	72,0 (58,8 – 100,0)	0,264
Estado geral de saúde	57,0 (42,0 – 72,0)	60,0 (42,0 – 72,0)	55,0 (44,2 – 78,2)	0,889
Vitalidade	65,0 (50,0 – 80,0)	65,0 (50,0 – 80,0)	70,0 (55,0 – 90,0)	0,107
Limitação aspectos sociais	75,0 (50,0 – 100,0)	75,0 (50,0 – 100,0)	75,0 (50,0 – 100,0)	0,571
Limitação aspectos emocionais	100 (33,3 – 100,0)	100 (33,3 – 100,0)	100 (66,7 – 100,0)	0,066
Saúde mental	80,0 (68,0 – 92,0)	80,0 (64,0 – 92,0)	84,0 (72,0 – 92,0)	0,214

VI. DISCUSSÃO

Até o presente momento, no Brasil, não há proibição expressa, na Lei regulatória do transplante de fígado, à elegibilidade do paciente com transtorno mental.⁸

O presente estudo traz resultados que corroboram a expectativa precedente ao início deste, uma vez que a literatura científica especializada já indicava a elevada prevalência de transtornos mentais entre indivíduos indicados ao transplante hepático.⁹ Segundo os dados do presente estudo, 53,8% dos pacientes abordados na fila de espera, possuem diagnóstico de pelo menos um transtorno mental, no presente momento ou ao longo da vida. Estes dados são considerados elevados quando comparados aos referentes à prevalência de transtornos mentais na população mundial. Uma revisão sistemática e metanálise da literatura realizadas revelaram que 17,6% dentre cerca de 650 mil pessoas em 59 países pesquisados vivenciaram pelo um transtorno mental durante os 12 meses anteriores à avaliação da pesquisa e 29,2% de 450 mil indivíduos pesquisados em 38 países revelaram ter vivenciado pelo menos um transtorno mental durante toda a vida.²⁹

Outros estudos feitos em populações sujeitas a intenso estresse psíquico trouxeram resultados parecidos com o presente trabalho. Numa série de 80 pacientes, durante o período de isolamento, parte do protocolo do transplante de medula óssea, 37,5% dos indivíduos apresentavam algum transtorno mental, sendo o transtorno de ajustamento o mais prevalente, cerca de 11%.³⁰ Em outro estudo da mesma área, detectaram-se, no momento da internação, sintomas de ansiedade e depressão em 10% dos pacientes (n = 107), sendo que, após duas semanas de isolamento (precedentes ao transplante), os sintomas depressivos pioraram.³¹

Ainda neste sentido, um estudo realizado em pacientes submetidos a transplante cardíaco mostrou que, após o procedimento, 26% dos indivíduos (n = 102) apresentavam depressão, sendo que o acompanhamento destes indivíduos, durante os 5 anos posteriores, não revelou diferença em relação ao grupo sem diagnóstico de depressão.³² Estes dados trazem ainda mais discussão para o âmbito da necessidade de aprimoramento da avaliação psiquiátrica anterior ao transplante.

Em estudo realizado com pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM), foi observado que os índices de mortalidade para os pacientes com depressão recorrente eram 40% superiores aos pacientes que tinham a primeira depressão durante o internamento hospitalar para cuidados relacionados ao IAM.³³ Estes dados refletem o

quão imbricada é a relação entre o cuidado psiquiátrico, qualidade de vida e sobrevivência de pacientes sob situações de intenso estresse físico.

Ademais, na seara dos pacientes nefrológicos, sintomas depressivos estão presentes em cerca de 25% dos pacientes submetidos ao transplante renal, taxas também similares à população que faz uso de hemodiálise.³⁴

Indivíduos portadores de hepatite C costumam apresentar, no curso da doença, alguns sintomas comportamentais que podem predizer diminuição na sua qualidade de vida e baixa adesão ao tratamento.²¹ Por exemplo, o risco de suicídio associado a esses pacientes é cerca de 6 vezes maior do que o a população geral.²² Entretanto, no presente estudo, os indivíduos com VHC (2,4%) tiveram menor percentual de risco moderado ou alto de suicídio se comparados aos de outras etiologias (4,2%).

Sabe-se que a principal via de transmissão de Hepatite C, no Brasil, é o uso de drogas injetáveis (compartilhamento de seringas)²⁷,entretanto, os índices de abuso e dependência de substâncias psicoativas em indivíduos com Hepatite C não foram significativos (4,8%). Diante disso, acreditamos que exista viés de seleção entre os indivíduos candidatos ao transplante, corroborado pela baixa cobertura dos serviços de assistência social e pela exclusão e baixa procura de alguns segmentos da sociedade ao Sistema de Saúde.

No presente estudo, não houve diagnóstico de nenhum paciente com transtorno psicótico. Acreditamos que exista, também, um viés de seleção ratificado pela crença difundida entre os profissionais da saúde, especialmente, aos que não possuem formação em saúde mental, que tais pacientes seriam pouco aderentes ao tratamento.

Em estudo realizado, em três centros europeus, por Lobo et al.³⁵ mais de um terço dos 60 pacientes entrevistados, ou seja, 38,3%, em momento pré-transplante, foram considerados como sendo "complexos" – ponto de corte igual ou superior que 20 ou 21 - de acordo com os critérios da escala INTERMED (instrumento validado que classifica os pacientes através da avaliação de 4 domínios: biológicos, psicológicos, sociais e relacionados ao cuidado à saúde). Desta forma, justificam-se a triagem e a identificação precoce de pacientes “complexos”, em virtude deste indicador estar associado a desfechos negativos³⁶ e intervenções psicossociais precoces estarem associados a desfechos positivos.³⁷

Neste estudo, verificou-se também a relevante prevalência de abuso e dependência de álcool, no momento atual. Cerca de 6,9% dos indivíduos em lista tiveram este diagnóstico confirmado pelo MINI Plus. Este fato traz à tona a incoerência

entre o relato verbal da abstinência alcóolica diante do Serviço de Hepatologia e a resposta dada perante o presente trabalho, visto que um dos critérios de elegibilidade do transplante hepático, segundo a Portaria nº 541/02 do Ministério da Saúde⁸, é o não consumo de álcool por pelo menos nos 6 meses anteriores ao transplante.

Aspectos culturais também podem se configurar como vieses em virtude dos pacientes, costumeiramente, priorizarem o relato de sintomas físicos em detrimento dos aspectos relacionadas ao sofrimento mental. Tal atitude é reiterada com a crença difundida entre alguns médicos de que é normal entre pacientes com doenças crônicas, a presença de sintomas de ansiedade e depressão.²¹

Indivíduos diagnosticados com doenças clínicas costumam ter baixa percepção da própria qualidade de vida em comparação a indivíduos sadios.⁴⁷ Segundo os dados obtidos pelo presente trabalho, não há relação estatisticamente significativa entre qualidade de vida e diagnóstico de hepatite C. Diante disso, entendemos que entre os hepatopatas crônicos existe uma “uniformização” da qualidade da vida, não importando a natureza etiológica da indicação ao transplante hepático.

VII. CONCLUSÕES

O perfil sócio - demográfico dos indivíduos com pelo menos uma comorbidade psiquiátrica demonstra a maior prevalência de indivíduos do sexo masculino e casados ou em relacionamento estável. Não foi possível fornecer informações conclusivas sobre idade e ocupação, em virtude dos dados obtidos não serem estatisticamente significantes.

Como a literatura especializada já indicava, a fila de espera para o transplante de fígado é um momento no qual grande parte dos pacientes listados possuem comorbidades psiquiátricas já diagnosticadas e, muitas vezes, ainda sem tratamento. Diante dos 202 indivíduos pesquisados, 107 indivíduos tiveram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, neste sentido, entende – se, de fato, a necessidade veemente da contratação de psicólogos, com experiência na área de transplante, com intuito de melhorar a qualidade da produção de cuidado para estes pacientes.

Foram identificadas as seguintes comorbidades psiquiátricas nos indivíduos na fila de espera do transplante: episódio depressivo maior, risco de suicídio moderado e alto, transtornos de ansiedade, transtorno afetivo bipolar, transtorno de ajustamento, abuso e dependência de álcool e de substâncias ilícitas. Não foram diagnosticados transtornos psicóticos. Não foi possível estabelecer quais os transtornos eram mais prevalentes, em virtude dos resultados obtidos possuírem grande probabilidade de serem fruto do acaso ou de variação amostral.

O perfil clínico, referente às indicações para o transplante, refletiu a tendência mundial, retratada pela literatura, trazendo a hepatite C enquanto indicação majoritária ao transplante, na amostra retratada.

Não foi possível inferir se havia diferença da prevalência de comorbidades psiquiátricas entre os indivíduos com hepatite C e com outras indicações clínicas para transplante (outras hepatopatias), em virtude os resultados não alcançarem a significância estatística necessária para tal inferência.

Embora os resultados do presente trabalho não reiterem, em números significativos, a correlação entre o uso de drogas injetáveis (drogas ilícitas) e a presença de hepatite C, é importante chamar atenção da associação prevista em outros estudos sobre o tema. Provavelmente, ocorra um viés de seleção dos pacientes com VHC no sentido de que as estratégias de acesso à saúde básica são insuficientes, a ponto de

“selecionar” os pacientes que consomem drogas (população mais vulnerável), excluindo - os do acesso a centros terciários de atenção á hepatopatas crônicos.

O consumo de álcool, no momento da fila do transplante, deflagrado pela entrevista (protocolo do presente trabalho), demonstra a incoerência entre o relato ao médico clínico responsável e o entrevistador da pesquisa (psicólogos e psiquiatras). Neste sentido, entendemos que o relato verbal é, de fato, falho em diversas oportunidades, entretanto, a presença de um profissional treinado para entrevista destes indivíduos pode aumentar a probabilidade do relato da abstinência alcoólica ser verdadeiro.

A análise da qualidade de vida entre indivíduos com Hepatite C e outras hepatopatas não revelou resultados estatisticamente significantes em nenhum dos 8 domínios avaliados pela SF – 36. Neste sentido, sugerimos que indivíduos hepatopatas crônicos sofrem uma “uniformização” na auto - percepção de sua qualidade de vida, revelando que indivíduos em lista, não devem ter prioridades de atendimento à saúde mental baseados na natureza etiológica da indicação ao transplante.

O presente trabalho conclui que, dado a presença de transtornos psiquiátricos independentemente da doença de base que indicou o transplante (VHC ou outras hepatoparias), o profissional de saúde mental, notadamente o psicólogo treinado na área de transplante, exerce, na equipe multidisciplinar de transplante de fígado, um papel crucial no sentido de produzir cuidado a estes pacientes, melhorando sua qualidade de vida e, aumentando a adesão ao tratamento.

Por fim, reitera-se a importância do aprimoramento dos serviços de assistência social e conscientização de populações vulneráveis quanto à necessidade da busca pelos serviços de saúde.

VIII. SUMMARY

CROSS – SECTIONAL STUDY OF PSYCHIATRIC COMORBIDITIES OF PATIENTS IN WAITING LIST FOR LIVER TRANSPLANT, IN REFERENCE HOSPITAL, IN SALVADOR, BAHIA. Background: psychological and psychiatric aspects related to transplantation require therapeutic intervention because they can affect the recovery process, the quality of life and adherence to treatment of potential transplant patients. Objective: To describe the clinical, psychiatric and social - demographic of individuals who are candidates for liver transplantation. Methods: Cross-sectional study surveyed 202 patients between the years 2010 and 2014, evaluated by the Hepatology Service of the University Hospital Professor Edgar Santos. We used the M.I.N.I. Plus and the SF - 36, respectively, for mental disorders identification instruments and measurement of quality of life at the time prior to transplantation. Results: the profile of individuals with at least one psychiatric comorbidity is represented as a mostly male, married and stable relationship. Could not establish an association between psychiatric comorbidities, individually, and quality of life with Hepatitis C because of p values are above 0.05. Discussion: individuals diagnosed with clinical disease often have low self-perceived quality of life compared to healthy subjects. Some of the individuals revealed it was making use of alcohol despite being mandatory abstinence for 6 months before transplantation. Conclusion: Given the presence of psychiatric disorders regardless of the underlying disease that indicated the transplant and the "standardization" of the quality of life between the two groups, the mental health professional, especially the psychologist trained in transplantation, exercises in team multidisciplinary liver transplant, a crucial role in producing care for these patients.

Key words: 1. Mental disorders; 2. Liver transplantation; 3. Hepatitis C; 4. Quality of life

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. National Institute of Health Consensus Development Conference Statement: Liver Transplantation *Hepatology* 1984;4(suppl):107 – 110.
4. Portela MP, Neri ED, Fonteles MM, Garcia JH, Fernandes ME. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2010;56(3):322 – 26.
5. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox KL. Sabiston - Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
6. House RM, Tzepacz PT. Psychiatric consultation to organ transplant services. *Review of Psychiatry* 2000;9:515 – 34.
7. Associação brasileira de transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007 – 2014) 2014;4.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 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.
9. Grover S, Sarkar S. Liver Transplant – Psychiatric and Psychosocial Aspects. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology* 2012;4(2):382 – 92.
10. Martins PD, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R. Psychological distress in patients listed for liver transplantation. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2006;21(1):40 – 3.
11. Stillely CS, DiMartini AF, Tarter RE, de Vera ME, Sereika S, Dew MA, et al. Liver Transplant Recipients: individual, social and enviromental resources. *Prog Transplant* 2010 March;20(1):68–74.
12. Neuberger J. An update on liver transplantation: A critical review *J Autoimmun* 2015 Sep.

13. Testino G, Burra P, Bonino F, Piani F, Sumberaz A, Peressutti R, et al. Acute alcoholic hepatitis, end stage alcoholic liver disease and liver transplantation: An Italian position statement *World J Gastroenterol* 2014 October;20(40):642-51.
14. 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.
15. Telles - Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, Monteiro E. Adesão nos pacientes transplantados. *Acta Médica Portuguesa* 2007; 20:73 – 85.
16. Messias E, Skotzko CE. Psychiatric assessment in transplantation. *Revista de Saúde Pública* 2000;34(4):415 – 20.
17. 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.
18. Riether AM, Lilb JW. Heart and Liver Transplantation in Stoudemire, A, Fogel, B Medical Psychiatric Practice, Washington. *American Psychiatric Press* 1991;309 – 48.
19. Yates WR, Gleason O. Hepatitis C and depression. *Depress Anxiety* 1998;7(4):188 –93.
20. Bayliss MS, Gandek B, Bungay KM, Sugano D, Hsu MA, Ware Jr JE. A questionnaire to assess the generic and disease-specific health outcomes of patients with chronic hepatitis C. *Qual Life Res* 1998;7(1):39–55.
21. 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.
22. Duberg A, Torner A, Daviosdóttir L, Aleman S, Blaxhult A, Svensson A, et al. Cause of death in individuals with chronic HBV and/or HCV infection, a nationwide community – based register study. *Journal of Virus Hepatitis* 2008;15:538 – 50.
23. Kristiansen MG, Lochen ML, Gutteberg TJ, Mortensen L, Eriksen BO, Florholmen J. Total and cause-specific mortality rates in a prospective study of community-acquired hepatitis C virus infection in northern Norway. *Journal of Virus Hepatitis* 2011;18: 237 – 44.

24. Johnson ME, Fisher DG, Fenaughty A, Theno SA. Hepatitis C virus and depression in drug users. *Am J Gastroenterol* 1998;93(5):785–9.
25. Golden J, O'Dwyer AN, Conroy RM. Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 431–8.
26. Dwight MM, Kowdley KV, Russo JE, Ciechanowski PS, Larson AM, Katon WJ. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *J Psychosom Res* 2000;49(5):311–17.
27. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: hepatites virais Brasília: Ministério, 2010.
28. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000;22(3):106 – 15.
29. 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.
30. Khan AG, Irfan M, Shamsi TS, Hussain M. Psychiatric disorders in bone marrow transplant patients. *Journal of the College of the Physicians and Surgeons – Pakistan* 2007;17 (2):98-100.
31. 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.
32. Okwuosa I, Pumphrey D, Puthumana J, Brown RM, Cotts W. Impact of Identification and Treatment of Depression in Heart Transplant Patients. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology* 2014;1 – 6.
33. Lesperance F, Frasure – Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine* 1996;58:99 – 110.
34. Chilcot J, Walter B, Spencer J, Maple H, Mamode N. Depression and Kidney Transplantation. *Transplantation* 2014;97:717 – 21
35. Lobo E, Stiefel F, Scollner W, Santabarbara J, Lobo A, Huyse F, Marcos G, Michaud L, Hohenberger W, Ludwig G. Care complexity, mood, and quality of life in liver pre-transplant patients. *Clin Transplant* 2013;27:417–25.

36. De Jonge P, Ruinemans GM, Huyse FJ, Ter Wee PM. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18: 22 - 26.
37. Stiefel F, Zdrojewski C, Belhadj F. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2008;77: 247
38. 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.
39. Ciconelli R, Ferraz M, Santos W, Meinão I, Quaresma M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3).
40. Associação Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
41. First M, Spitzer L, Miriam G, Janet W. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition With Psychotic Screen (SCID-I/P W/ PSY SCREEN) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.
42. World Health Organisation [WHO]. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Authorized Core Version 1.0. Geneva:WHO; 1990.
43. San Gregorio M, Rodríguez A, Domínguez R, Bernal J. The Influence of Posttransplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients *Transplantation Proceedings*, 2006; 38: 2406–408.
44. Domínguez R, Bernal J, San Gregorio M, Rodríguez A. Quality of Life in Patients With Kidney, Liver or Heart Failure During the Waiting List Period. *Transplantation Proceedings*, 2006; 38: 2459–461.
45. Santos Junior R, Miyazaki M, Domingos N, Valério N, Silva R, Silva RC. Patients Undergoing Liver Transplantation: Psychosocial Characteristics, Depressive Symptoms, and Quality of Life. *Transplantation Proceedings*, 2008; 40: 802–04.
46. Goetzmann L, Wagner-Huber R, Klaghofer R, Muellhaupt B, Clavien P, Buddeberg C, Scheuer E. Waiting for a Liver Transplant: Psychosocial Well-Being, Spirituality, and Need for Counselling. *Transplantation Proceedings*, 2006; 38: 2931–936.

47. Martín-Rodríguez, E. Fernández-Jiménez, M.A. Pérez-San-Gregorio, J. Pérez-Bernal, and M.A. Gómez-Bravo. Longitudinal Study of Liver Transplant Recipients' Quality of Life as a Function of Their Perception of General Health: At Waiting List and at 3, 6, and 12 Months Post-Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 2013; 45: 3653-655.

IX. ANEXOS

IX.1 - ANEXO I

A fim de salvaguardar a autonomia dos pacientes e seus direitos e em respeito aos principais documentos e declarações que tratam sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Diretrizes e Normas da Resolução 196/96 e Declaração de Helsinki de 1989) foi desenvolvido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - ANEXO I.

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 de Castro 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

IX.2 - ANEXO II

Este trabalho de monografia utilizou dados obtidos pelo trabalho de pesquisa intitulado “Aspectos Comportamentais de Hepatopatias”, que tem como pesquisador responsável o Doutor Lucas de Castro Quarantini, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira, situado no Com – HUPES, através do Parecer/ Resolução nº 19/2014 – ANEXO II.

 <p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA IORG0003460, IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014 Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014 Rua do Limeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-159 – Salvador-Bahia Telef.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: cepmco@ufba.br/cepco@ufba.br</p>

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 (à) 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).